

Hannele Palosuo
Marita Sihto
Eero Lahelma
Johanna Lammi-Taskula
Sakari Karvonen

Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa

RAPORTTI



RAPORTTI 14/2013

Hannele Palosuo, Marita Sihto, Eero Lahelma,
Johanna Lammi-Taskula, Sakari Karvonen

Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystaloudessa



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Englanninkielisen tiivistelmän tarkistus Mark Phillips

Kansikuva Seija Puro

Taitto Raili Silius

ISBN 978-952-245-908-4 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-909-1 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-909-1>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere 2013

Esipuhe

Maailman terveysjärjestö (WHO) on vaikuttanut Suomen terveyspolitiikkaan useissa vaiheissa ja suomalaisilla on myös ollut sanansa sanottavana WHO:n terveyspolitiikan linjauksiin. Suomessa oli tekeillä kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma samoihin aikoihin kuin WHO:n Social Determinants of Health –komissio (CSDH) valmisteli maailmanlaajuisista terveyden ja terveyserojen sosiaaliin määrittäjiin kohdistuvaa terveyspoliittista aloitettaan. Suomen ohjelma (STM 2008a) valmistui hieman ennen CSDH:n loppuraporttia *Closing the Gap in a Generation - Health equity through action on the social determinants of health* (CSDH 2008). Maailman terveyskokous (WHA 2009) suositti seuraavana keväänä jäsenmaille komission ehdotusten soveltamista kansallisissa yhteyksissä. Käsillä olevan raportin tekijät halusivat antaa panoksensa asiaan tarkastelemalla WHO:n aloitteen ja Suomen ohjelman yhteneväisyyksiä ja eroavuuksia sekä esteitä, joita terveyserojen kaventamisen tiellä näyttää jatkuvasti olevan. Tätä varten oli tarpeen pohtia terveyspolitiikan muotoiluja ja toimintamahdollisuuksia myös laajemmissa yhteiskunnallista kehitystä ja kansainvälisiä vaikutuksia koskevissa yhteyksissä.

Raporttia laadittaessa kävi ilmi, että WHO:n komission työhön liittyviä raportteja, sen työstä seuranneita kansainvälisiä ja kansallisia aloitteita sekä terveyspoliittista ja tieteellistä keskustelua tuli kaiken aikaa suuret määrät lisää. Tässä työssä rajauduttiin tarkastelemaan erityisesti komission loppuraporttia *Closing the Gap* suhteessa Suomen *Terveys 2015* –kansanterveysohjelmaan sekä Kansalliseen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmaan.

Terveyden ja terveyserojen sosiaalisissa määrittäjissä on kyse paljolti samoista asioista, joita käsitellään *terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistavassa, mikä tarvittaessa voi koskea likimain kaikkia politiikkoja. Raportissa ei siksi yritetty etukäteen rajata näitä politiikan alueita vaan pyrittiin löytämään näkökulmia, joiden kautta voidaan tarkastella WHO:n komission virittämiä uudenlaisia ajatuksia ja niiden soveltamisen mahdollisuuksia Suomen oloissa. On selvää, että valinnat olisivat voineet olla myös

toisenlaisia. Esimerkiksi Euroopan unionin jäsenyyden vaikutukset kansalliseen politiikkaan jäivät varsin vähälle huomiolle.

Raportin pääkirjoittaja on vastannut raportin luonnoksesta, johon muut tekijät ovat osallistuneet ja jota on käsitelty ja viimeistelty muun muassa kirjoittajaryhmän työkokouksissa. Kiitämme erityisesti professori Ilmo Keskimäkeä, joka osallistui aktiivisesti raportin ideointiin ja alkuvaiheen keskusteluihin. Kiitämme myös useissa THL:n seminaareissa saamistamme hyödyllisistä kommentteista. Ulla Lehtosta kiitämme raportin huolelliseen lukemiseen perustuvista huomautuksista, erinomaisista kieliasun selvennyksistä ja teknisestä avusta.

Helsingissä 15.5.2013

Hannele Palosuo
Marita Sihto
Eero Lahelma
Johanna Lammi-Taskula
Sakari Karvonen

Sisältö

Esipuhe	3
Tiivistelmä	7
Abstract	9
1 Johdanto	11
2 Raportin tavoitteet	15
3 Terveyden sosiaaliset määrittäjät ja terveyserojen syyt	17
4 Terveyden taso ja jakauma Suomen terveyspolitiikassa	22
Suomen suuret kuolleisuuserot ja terveyspolitiikan kehittäminen	22
Terveyttä kaikille -ohjelmat	23
Terveys 2015	26
Terveys 2015 -ohjelman arviointia	28
Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma	30
5 WHO:n Social Determinants of Health -komission työ ja tavoitteet	33
”Social injustice is killing people on a grand scale”	35
Viitekehys, päätoiminta-alueet ja suositukset	36
Globaalit tavoitteet ja aikajänne	39
Universalismi ja julkisen vallan vastuu	40
Suositusalue 1: Elinolojen parantaminen	41
Suositusalue 2: Valta, raha, resurssit	43
Suositusalue 3: Monitorointi, tutkimus ja koulutus	51
Komission työn arviointia	52
6 Terveyden sosiaaliset määrittäjät: WHO:n ja Suomen päälinjausten vertailua	56
Elinoloja koskevat tavoitteet	58
Valta, raha ja resurssit	60
Tieto, tutkimus ja arviointi	63
Ohjelmalinjausten vertailun yhteenvetoa	64
7 Ongelman muotoilusta ratkaisuyrityksiin: Miten terveyseroja kehystetään?	67
Terveyserojen kehystäminen	68
Sosiaaliin määrittäjiin kohdistuvan politiikan kehystämisen erityisiä ongelmia	74

8	Terveyserojen kaventamisen kentät: Jännitteitä ja mahdollisuuksia	76
	Informaatio	78
	Ideologiat	80
	Intressit	82
	Instituutiot	86
	Implementaatio	88
9	Sosiaaliset määrittäjät ja eriarvoisuuden vähentäminen Suomessa: yhteenveto	96
10	Lopuksi	104
	Johtopäätöksiä	105
	Lähteet	112
	Liitekuvio	127

Tiivistelmä

Hannele Palosuo, Marita Sihto, Eero Lahelma, Johanna Lammi-Taskula & Sakari Karvonen. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystaloudessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 14/2013, 127 sivua. Helsinki 2013. ISBN 978-952-245-908-4 (painettu), ISBN 978-952-245-909-1 (verkkopainettu)

Terveyserot ja niiden vähentäminen ovat osoittautuneet monin verroin vaikeammaksi terveys- ja yhteiskuntapolitiikan ongelmaksi kuin ajateltiin pari kolme vuosikymmentä sitten. Samaan aikaan kansainvälisessä toimintaympäristössä on tapahtunut suuria muutoksia, jotka heijastuvat monin tavoin kansallisiin elinoloihin ja kansallisen politiikan toimintamahdollisuuksiin, toisin sanoen tekijöihin, jotka määrittävät väestöjen ja väestöryhmien terveyttä ja hyvinvointia. WHO:n Social Determinants of Health –komission työ (2005–2008) on tähänastisista suurisuuntaisista ja laajin terveyden sosiaalisia määrittäjiä ja terveyseroja käsitellyt kansainvälinen hanke. Maailman Terveysjärjestön 62. kokous (2009) vetosi jäsenmaihin, jotta ne toimitaisivat omissa maissaan komission suositusten mukaisesti terveyserojen vähentämiseksi. Komission työstä on seurannut runsaasti kansainvälistä ja kansallista toimintaa sekä Euroopan alueella että muualla.

Tässä raportissa esitellään WHO:n komission työtä ja erityisesti sen loppuraportin *Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health* (2008) keskeisiä ajatuksia ja ehdotuksia ja vertaillaan niiden yhteneväisyyksiä ja eroja Suomen kansallista terveystaloudetta linjaavaan Terveys 2015 –ohjelmaan (vuodelta 2001) sekä Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman (vuodelta 2008) tavoitteisiin ja toteutukseen. Komission työ ja Suomen terveystalouden linjaukset kytetään myös Suomen ja WHO:n aikaisempiin suuriin terveystaloudellisiin hankkeisiin kuten Terveystaloutta kaikille vuoteen 2000 –liikkeeseen.

WHO:n komission pääsuositukset koskivat 1) elinolojen parantamista, 2) puutustumista vallan, rahan ja resurssien epäoikeudenmukaiseen jakautumiseen ja 3) ongelman mittaamista ja ymmärtämistä sekä toimien vaikutusten arvioimista. Suomen ohjelmista löytyy samoja aineksia erityisesti ensimmäisellä ja kolmannella alueella, mutta vallan ja resurssien jakokysymyksissä komission linjaukset käsittelevät eriarvoisuuden perimmäisiä syitä tavalla, jota terveystaloudellisten ohjelmissa ei juuri esiinny Suomessa eikä muuallakaan. Komissio ottaa kantaa kansainvälisen talouden ja työnjanokehitykseen ja ehdottaa kansainvälisen tason sopimuksia globalisaation kielteisten seurauksien hillitsemiseksi. Komissio puolustaa vahvasti universaaleja sosiaali- ja terveyspalveluja kaikkialla ja suhtautuu kriittisesti muun muassa terveyden ja terveydenhuollon kaupallistamiseen ja markkinoistamiseen.

Vaikka terveyden arvosta vallitsee laaja yksimielisyys, terveyden ja terveyserojen määrittäjistä ja terveyseroihin kohdistuvista politiikan toimista ei voi sanoa samaa. Käsillä olevassa raportissa pohditaan erityisesti terveyden sosiaalisiin määrittä-

jiin liittyviä yleisiä kehyksiä, joihin usein liittyy ristiriitaisia arvoja ja intressejä. Nämä selittävät osaltaan sitä, miksi terveyseroihin vaikuttaminen on hidasta ja vaikeaa. Poliitiikan kentällä ilmeneviä ja politiikan toimeenpanoon liittyviä erilaisia jännitteitä ja kehityskulkuja paikannetaan ja pohditaan ”viiden i:n” käsitekehikossa. Nämä viisi i:tä käsittelevät terveyspolitiikassa edellytettyä *informaatiota*, terveyspolitiikan taustalla vaikuttavia *ideologioita*, terveyspolitiikkaan liittyvät *intressejä*, terveyspolitiikan toimintakenttään kuuluvia *instituutioita* sekä politiikan ja ohjelmien *implementaatiota*.

Lopuksi pohditaan WHO:n sosiaalisten determinanttien näkökulman antia Suomen terveyden eriarvoisuuden vähentämispyrkimysten kannalta sekä ehdotetaan terveyden määrittäjien alueita, joihin Suomessa olisi eriarvoisuuden kasvun hillitsemiseksi keskityttävä. Ehdotukset koskevat erityisesti pienituloisten ja syrjäytyneiden aseman korjaamista, työttömyyteen puuttumista, työoloihin vaikuttamista, palvelujärjestelmän eriarvoisuuksien korjaamista sekä alkoholipolitiikkaa.

Avainsanat: terveyserot, eriarvoisuus, sosiaaliset määrittäjät, terveyspolitiikka, WHO

Abstract

Hannele Palosuo, Marita Sihto, Eero Lahelma, Johanna Lammi-Taskula & Sakari Karvonen. Social Determinants in the Health Policy Formulations of the WHO and Finland. [Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystalitiikassa.] National Institute for Health and Welfare (THL). Report 14/2013, 127 pages. Helsinki 2013 ISBN 978-952-245-908-4 (printed), ISBN 978-952-245-909-1 (online publication)

Reducing inequalities in health has turned out to be a much harder task for health and social policy than was anticipated some two to three decades ago. During the same time the international field has undergone remarkable social changes that have impacted in many ways on national living conditions and also the preconditions of national policies, in other words, factors that determine health and well-being of populations and different population groups. The work conducted by the WHO Commission on Social Determinants of Health (2005–2008) is by far the most ambitious and extensive international undertaking focusing on the social determinants of health. The 62th World Health Assembly (2009) appealed to the member states to tackle the health inequities in their countries according to the recommendations outlined by the Commission. The work of the Commission has inspired plenty of international and national activity both in Europe and elsewhere.

This report sets out to introduce the work of the WHO Commission, especially the central ideas and recommendations presented in the final report *Closing the gap in a generation – Health equity through action on the social determinants of health* (2008) in Finnish to the Finnish audience. These ideas of the Commission are compared with the targets and implementation of the Finnish national public health programme *Health 2015* (published in 2001) and the National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008-2011, to establish their eventual compatibilities and differences. The work of the Commission and the outlines of the Finnish health policy are also considered against the earlier major health policy endeavours in Finland and the WHO, such as the *Health for All by the year 2000* movement.

The overarching recommendations of the Commission were to 1) improve daily living conditions, 2) tackle the inequitable distribution of power, money, and resources, and 3) measure and understand the problem and assess the impact of action. The national health policy programmes in Finland include similar elements especially when it comes to the first and third principles, but the way the formulations concerning the distribution of power and resources address the fundamental causes of inequity is rarely found in health policy programmes in Finland or elsewhere. The Commission analyses the development of global economy and global division of labour in a public health and health policy context and proposes agreements on an international level to curb the negative effects of globalization. The Commission defends in a pow-

erful way universal social and health services everywhere and takes a critical stand on such phenomena as commercialisation and marketisation of health and health care.

While there is a high unanimity of health as a fundamental value, this unanimity does not hold for the social determinants of health and health inequalities, or the policies to tackle them. The present report aims to clarify some common frames that are applied to social determinants of health and discusses the controversial values and interests connected with them. These may explain for their part, why having an impact on health inequalities is slow and difficult. A framework of “Five I’s” was adopted to highlight and deliberate on the different tensions and trends in the field of policies and politics. These five I’s tackle *information* that is needed for conducting health policy, *ideologies* that underlie and affect health policy, *interests* connected with health policy, *institutions* operating in the field of health policy, and problems of *implementation* of health policies and policy programmes.

Finally, the views concerning the role of the social determinants of health presented by the Commission are evaluated in the context of the aims to reduce inequalities in Finnish health policy. Some especially difficult areas are pointed out as requiring extra efforts in order to curb the growth of health inequalities. The proposals address improving the position of the poor and marginalised groups, tackling unemployment, tackling work conditions, correcting inequalities in health services and alcohol policies.

Key words: health inequalities, inequity, social determinants, health policy, WHO

1 Johdanto

Harvasta asiasta vallitsee niin yleistä yksimielisyyttä kuin terveyden arvosta ja merkityksestä yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvoinnille. Terveyspolitiikalla voi tästä näkökulmasta arvioida olevan kaikkein vankimpia arvopohjia verrattuna minkä tahansa muun politiikan arvoperustaan. Monissa elintasoja ja hyvinvointia koskevissa tarkastelemissa terveys on ollut keskeinen hyvinvoinnin määrittäjä ja elintason tärkeimpiä osatekijöitä (ks. Allardt 1976; Karisto 1984). Terveiden yhteiskunnallisen merkityksen on myös todettu kasvaneen jälkiteollisessa tietoa ja koulutusta korostavassa yhteiskunnassa (Bell 1974, ref. Melin ja Nikula 2003, 256; Kickbusch 2007). Erik Allardt kysyi yli 10 vuotta sitten, ovatko kansanterveyden tutkijat olleet liian hiljaa yhteiskunnallisia tavoitteita koskevassa keskustelussa ja jättäneet kansalaisten terveydelle antaman arvostuksen huomiotta, kun kansanterveyden tavoitteista puhutaan paljon vähemmän kuin taloudellisista ja poliittisista tavoitteista (Allardt 1999).

Hallinnollinen ja poliittinen kiinnostus väestön terveyteen ja uusiutumiseen on kuitenkin jo vanhaa perua. Väestön terveyttä koskeva tietopohja alkoi vahvistua merkantilismin vuosisadoilla 1600–1700-luvuilla, jolloin alettiin laskea syntyvyys- ja kuolleisuuslukuja. Ruotsissa oltiin 1700-luvun lopulla hyvin selvillä kulkutautien tuhoisista seurauksista, ja tietoja suuresta kuolleisuudesta, joka verotti enemmän kaupunkien kuin maaseudun väestöä, pidettiin valtiosalaisuuksina. 1700-luvun aikana Euroopassa alettiin pohtia julkisen vallan vastuuta ihmisten terveydestä ja ajatus ihmisten oikeudesta terveyteen virisi Ranskan suuren vallankumouksen aikoihin. 1800-luvun alkupuolella jo monessa Euroopan maassa osattiin tutkia köyhyyden, työolojen, asumisen ja elintapojen vaikutuksia terveyteen ja kuolleisuuteen. (Vuorinen 2011, 29–32.) Teollistumisen myötä terveydestä tuli myös vaihtoarvoinen hyödyke tai 'tavara'¹, joka oli riippuvuussuhteessa markkinoihin eläville työntekijöille toimeentulon hankkimisen ja eloonjäämisen välttämätön voimavara. Tämä terveyden tavaraluonne lieveni, kun hyvinvointivaltion kansalaisoikeudet laajenivat koskemaan peruselintasoja ja oikeutta terveyspalveluihin. (Bambra ym. 2005.) Modernissa maailmassa terveys ei ole vain yhteiskunnallisten, taloudellisten ja biologisten vaikutusten aikaansaama tulos tai lopputuote (outcome) vaan terveys on itsessään modernia yhteiskuntaa määrittävä tekijä (Kickbusch 2007, 144).

Väestön terveydestä huolehtiminen on hallinnollis-poliittisessa työnjaossa terveyspolitiikan tehtävä. Terveys ei kuitenkaan ole pelkästään terveydenhuollon eikä edes laajemmin määritellyn terveyssektorin asia. Terveyspolitiikka on Suomessa ollut akateemisenä oppiaineena sosiaalipolitiikan erityisalue (Kuusi 1963; Waris 1973),

1 Terveys voidaan taloudellisessa viitekehyksessä ymmärtää hyödykkeenä tai 'tavarana' (engl. commodity), jota yksilöt kykyjensä ja valintojensa mukaan hankkivat itselleen ja jota tuotetaan markkinoilla tai terveydenhuollossa (Bambra ym. 2005, 189). Terveiden esineellistämistä (kommodifikaatiota) on tulkittu myös modernin kulttuuriyhteiskunnan kulttuuris-taloudellisena ilmentymänä (ks. esim. Blaxter 2010, 91).

mutta se on viime vuosikymmeninä jossain määrin itsenäistynyt ja ajautunut erilleen sosiaalipolitiikan valtavirroista.² Terveysteen liittyvät asiat ovat politiikan ja yhteiskunnallisen päätöksenteon kentällä saattaneet viime vuosina saada jopa suuremman painoarvon kuin sosiaalipolitiikan tyyppisesti käsittelemät sosiaaliset (usein vähäosaisuuteen ja köyhyyteen liittyvät) ongelmat (esim. Hänninen & Palola 2010, 18). On joka tapauksessa ilmeistä, että kansanterveyden ja terveystalouden suuret, paljolti eri-arvoisuuteen liittyvät (ja usein ratkaisematta jääneet) ongelmat ovat luonteeltaan yhteiskunnallisia ja poliittisia. Viime vuosina on virinnyt selvä tarve tulkita terveystaloutta uudestaan laajassa sosiaalipoliittisessa tai yhteiskuntapoliittisessa kehyksessä (Sihto 2013) ja tähän yhteyteen myös tämä raportti sijoittuu. Terveystalouden taloudellinen painoarvo ja merkitys yhteiskunnan perustoimintojen toteutumisessa on laajentanut terveyden poliittista kiinnostavuutta ja merkitystä kaikilla politiikan lohkoilla (Ståhl ym. 2006; Kickbusch 2010; ks. myös Lehto 2013).

Suomen miesten elinajanodote ei eronnut 1900-luvun alussa (noin 43 vuotta) paljonkaan naisten elinajanodotteesta (noin 46 vuotta) (Myrskylä 2010). Vuoteen 2011 mennessä elinajanodote oli melkein kaksinkertaistunut: se oli miehillä 77,2 vuotta ja naisilla 83,5 vuotta. Viime vuosisadan aikana tapahtunut eliniän kasvu oli ehkä ylipäätään kaikkein merkittävin ihmisten hyvinvoinnissa tapahtunut muutos, kuten Erik Allardt on todennut (ks. myös Kangas 2010). Suomalaisten miesten elinikä alkoi kuitenkin vasta viime vuosisadan loppupuolella lähestyä muiden läntisten teollisuusmaiden miesten tasoa. Suomen naiset sen sijaan kuuluvat nykyään jo maailman pitkäikäisimpiin. Väestöryhmien väliset erot ovat Suomessa kuitenkin suurempia kuin monissa muissa saman kehitystason maissa. Sukupuolten väliset elinajanodotteen erot ovat supistuneet, mutta ne ovat edelleen merkittäviä ja sosioekonomisten ryhmien väliset kuolleisuuserot ovat kasvaneet 1970-luvulta lähtien (Valkonen 1990; Valkonen ym. 2007; Tarkiainen ym. 2011). 2000-luvulla rikkaimpien ja kaikkein köyhimpien maiden väestöjen elinajanodotteiden ero on edelleen yli 40 vuotta. Tämä ero ei ole viime vuosikymmeninä kaventunut, vaikka maapallon eri alueilla elinajanodotteet ovat kasvaneet ja lähentyneet toisiaan (CSDH 2008, 166; Wang ym. 2012).

Eliniän voimakas kasvu, väestöryhmittäiset elinajanodotteen erot, samoin kuin suuret eri maiden väliset elinajanodotteen erot viittaavat siihen, ettei tällainen vaihtelu voi ensisijaisesti johtua biologisista tekijöistä. Yksilöiden ja väestöjen terveyden sosiaalisiin taustatekijöihin ja terveyden sosiaaliseen kausaatioon kiinnitettiin huomiota jo antiikin lääketieteessä (Rosen 1972; Tountas 2009; Vuorinen 2011). Monissa Länsi-Euroopan maissa Suomi mukaan lukien havaittiin köyhyyden ja huonon terveyden välinen yhteys jo teollistumisen varhaisvaiheen aikaan tehdyissä sosiaalilääketieteellisissä tutkimuksissa ja pääteltiin terveyttä voitavan kohentaa korjaamalla puutteellisia elinoloja (Karisto ym. 1992; Rahkonen & Lahelma 2010; Rosen 1972; Vuorinen 2011).

² Juho Saaren (2010, 30) mukaan sosiaali- ja terveystalouden yhdistävä hallintomalli on Euroopan unionin puitteissa väistetty malli, ja eurooppalainen valtavirta yhdistää pikemminkin työ- ja sosiaaliasiain, kun taas terveys jää omaksi alueekseen. Saari pitää kuitenkin suomalaista sosiaali- ja terveystaloutta yhdistävää linjaa vahvuutena.

Infektioautien vähenemisen ja siihen liittyvän melko nopean eliniän kasvun taustalla on ollut useita toisiinsa kytkeytyviä tekijöitä ja muutosprosesseja, joissa on kyse ravitsemustason paranemisesta, työn rasittavuuden vähenemisestä, kaupungistumisesta, hygienian, sanitaation ja lääketieteen kehityksestä ja koulutustason noususta, mutta myös – ja mahdollisesti ajallisesti ensimmäiseksi – poliittisten oikeuksien laajenemisesta (Harris 2004; Deaton 2011).

Terveyserojen kasvua koskevan tiedon merkkipaaluna pidetään usein Englannin hallituksen tilaamaa vuonna 1980 julkaistua ns. Black Reportia, joka osoitti sosiaaliluokkien välisten kuolleisuuserojen kasvaneen Englannissa ja Walesissa, vaikka II maailmansodan jälkeen perustetun kansallisen terveyspalvelujärjestelmän (National Health Service, NHS) oli uskottu ja toivottu poistavan terveyden sosiaaliluokkaerot (Black ym. 1982). Raportti vaikutti merkittävästi terveyspoliittiseen keskusteluun ja terveyspolitiikan suuntaamiseen Euroopan maissa. WHO:ssa oli samoihin aikoihin alettu kerätä terveyden eriarvoisuuteen liittyvää tutkimustietoa (ks. Illsley & Baker 1991; myös Lahelma 1990). Suomessa Talousneuvoston terveyspoliittinen työryhmä oli jo tätä aikaisemmin muotoillut terveyspolitiikan tavoitteiksi väestön terveyden mahdollisimman korkean tason ja mahdollisimman tasaisen jakautuman (Talousneuvosto 1972). Myös kehitysmaiden väestöjen heikko terveystilanne oli ollut kansainvälisen kiinnostuksen kohteena 1970-luvulla (esim. Leppo 1973). Rikkaiden ja köyhien maiden välinen terveyskuilu on niiltä ajoilta pääosin kasvanut. Eettisesti tilanne on kaikkea muuta kuin hyväksyttävä, kun eroja suhteutetaan käytännössä kaikkien maailman maiden hyväksymiin ihmisoikeuksien julistukseen³ ja Maailman terveysjärjestön (WHO) perustamissopimuksen terveydellisiä oikeuksia koskeviin lausumiin⁴.

Maailman terveysjärjestö on vuosikymmenien ajan yrittänyt maailmanlaajuisilla ohjelmillaan vaikuttaa terveyden eriarvoisuuteen. Uusi merkittävä panostus globaalien terveyserojen vähentämiseksi oli WHO:n asettama kansainvälinen komissio, joka kolmen vuoden ajan paneutui terveyden sosiaalisiin määrittäjiin (Commission on Social Determinants of Health, CSDH, 2005-2008). Komissio esitti työnsä pohjalta voimakkaan vetoituksen puuttua terveyden sosiaalisiin syihin maailmanlaajuisesti, niin että terveyserot maiden välillä ja maiden sisällä olennaisesti vähenisivät seuraavien kolmen vuosikymmenen aikana (*Closing the Gap in a Generation*, CSDH 2008). Komission näkemyksen mukaan väestön terveyden jakautuminen ilmaisee sen miten hyvin sosiaali- ja talouspolitiikka ovat onnistuneet hyvinvoinnin jakamisessa (CSDH 2008, 35). Komission työstä on alkanut prosessi, jota viedään eteenpäin eri maissa

3 Ihmisoikeuksien julistuksen (1948) 25. artiklan kohdan 1 mukaan ”Jokaisella on oikeus elintason, joka on riittävä turvaamaan hänen ja hänen perheensä terveyden ja hyvinvoinnin ravinnon, vaatetuksen, asunnon, lääkin-tähuollon ja välttämättömän yhteiskunnallisen huollon osalta. Jokaisella on myös oikeus turvaan työttömyyden, sairauden, tapaturman, leskeyden tai vanhuuden sekä muun hänen tahdostaan riippumatta tapahtuneen toimeentulon menetyksen varalta.”

4 WHO:n perussäännössä todetaan: ”Mahdollisimman hyvän terveydentilan omaaminen on jokaisen ihmisen perusoikeus rotuun, uskontoon, poliittisiin mielipiteisiin, taloudelliseen tai yhteiskunnalliseen asemaan katso-matta.” (WHO 1948, Finlex, Valtiosopimukset 26/1948)

ja WHO:ssa samoin kuin muilla kansainvälisillä foorumeilla. Terveyden sosiaalisten määrittäjien teeman ympärille on Suomeen perustettu WHO:n ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteistyökeskus (WHO Collaborating Centre) vuosiksi 2011–2014.

2 Raportin tavoitteet

Terveyden sosiaaliin determinantteihin ja terveyseroihin puuttuminen on osoittautunut monin verroin vaikeammaksi terveys- ja yhteiskuntapolitiikan ongelmaksi kuin ajateltiin pari kolme vuosikymmentä sitten (esim. Mackenbach 2012). Samaan aikaan on kansainvälisessä toimintaympäristössä tapahtunut suuria muutoksia, jotka heijastuvat monin tavoin väestöjen terveyteen ja elinoloihin ja myös kansallisen politiikan toimintamahdollisuuksiin. WHO:n Social Determinants of Health –komission työtä voi pitää suurisuuntaisimpana ja laajimpana terveyden sosiaaliin määrittäjiin ja terveyseroihin kohdistuvana kansainvälisenä hankkeena. Komission yli 200-sivuista loppuraporttia *Closing the Gap* (CSDH 2008) ei ole suomennettu eikä muutenkaan kovin laajalti esitelty ja käsitelty Suomessa.⁵ Kimmo Leppo (2013) toteaa uudessa suomalaisessa terveyspolitiikan oppikirjassa, että WHO:n Social Determinants of Health –komission raportin tulisi olla pakollista luettavaa kaikille kansanterveystutkijoille ja terveyspolitiikkaan perehtyville.

Maailman terveysjärjestön 62. yleiskokous vetosi jäsenmaihiin, jotta ne toimisivat omissa maissaan komission suositusten mukaisesti terveyserojen vähentämiseksi erityisesti hallinnonalojen välisen toiminnan avulla (WHA62, 2009). Englannin terveyspolitiikasta tehtiin tähän liittyen perusteellinen tilannekatsaus ja tutkimustyöhön perustuva tulevaisuuden linjaus *Fair Society, Healthy Lives* (The Marmot Review, 2010), jonka kokoamisesta vastasi SDH-komissiota johtanut Sir Michael Marmot. Ruotsissa Statens folkhälsoinstitut ja sosiaalhallitus tekivät katsauksen CSDH:n raportin yhtäläisyyksistä Ruotsin kansanterveyspolitiikkaan, jota on vuodesta 2003 lähtien tehty determinanttipainotteisesti 11 tavoitealueella (Svenska lärdomar ... 2010). Tanskassa on tehty komission innoittamana kansallinen terveyden determinantteja koskeva ja niiden pohjalta terveyspolitiikkaa linjaava katsaus (Diderichsen ym. 2012). Norjassa on vuoden 2012 alussa tullut voimaan uusi kansanterveyslaki, joka painottaa terveyserojen vähentämistä ja terveyden determinanttien kautta kansanterveyteen vaikuttamista (MHCS 2011).

Käsillä olevan työn tavoitteena on selvittää ja arvioida, missä määrin WHO:n Social Determinants of Health –komission (SDH-komission) ehdotukset soveltuvat Suomen terveyspoliittiseen ympäristöön. Raportissa esitellään komission työtä ja sosiaaliin määrittäjiin painottuvan terveyspolitiikan sisältöä ja painopisteitä ja vertaillaan niitä Suomen kansallista terveyspolitiikkaa linjaavaan *Terveys 2015* –ohjelmaan (STM 2001) sekä Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman (STM 2008a) tavoitteisiin ja toteutukseen. SDH-komission loppuraportti (CSDH 2008) julkaistiin

5 Raportti on käännetty ranskaksi, espanjaksi, portugaliksi, venäjäksi, kiinaksi, arabiaksi ja norjaksi. Raportin Executive Summary on käännetty lisäksi ainakin ruotsiksi, unkariksi, liettuaksi, slovakiksi ja sloveniaksi.

samana vuonna kuin Suomen Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (STM 2008a).

WHO:n aikaisemmat terveystavoitteet kuten *Terveyttä kaikille vuoteen 2000*-ohjelma, perusterveydenhuollon kehittäminen, terveyden edistämisen aloitteet ja terveystavoitteinen yhteiskuntapolitiikka ovat vaikuttaneet Suomen terveystavoitteiden muotoiluun ja suomalaiset asiantuntijat ovat puolestaan myös vaikuttaneet WHO:n politiikan muotoiluun (WHO 1984; Leppo 2011; Sihto 1997). WHO:n sosiaalisia määrittäjiä koskeva työ ja Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma asettuvat sekä WHO:n että Suomen terveystavoitteiden pitkäaikaan linjaan, jonka ymmärtäminen ja muistaminen on tarpeen mahdollisia uusia ohjelmia kohti mentäessä. Siksi tämän raportin alussa luodaan katsaukset sekä terveyden sosiaalisia determinantteja koskeviin käsitteisiin (luku 3) että Suomen terveystavoitteiden pitkäaikaan linjaan (luku 4).

Raportissa esitellään verrattain tiiviisti komission laajan raportin pääajatuksukset (luku 5). Komission työhön liittyvää runsasta tausta-aineistoa ei sen sijaan esitellä, ja komission työstä seurannutta maailmanlaajuista liikettä kommentoidaan myös vain ohimennen. Tätä kirjoittaessa on myös ollut tekeillä terveyden sosiaalisia määrittäjiä liittyvä Euroopan alueen terveyseroja koskeva katsaus (Marmot ym. 2012) sekä WHO:n uusi Euroopan terveystavoitteiden ohjelma *Health 2020*. Näihin ei myöskään ole voitu ottaa kantaa joitakin kommentteja lukuun ottamatta. SDH-komission raportin linjauksia verrataan Suomen *Terveys 2015*- kansanterveysohjelman ja erityisesti Suomen Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman linjauksiin (luku 6).

Politiikan muotoilu, asialistasta sopiminen ja toimeenpano ovat sinänsä monimutkaisia ja usein myös sekä syiltään että seurauksiltaan epävarmoja poliittisia toimia (Oliver 2006, 224). Erityisen vaikeita ne saattavat olla terveyden ja muun eriarvoisuuden vähentämiseen liittyvissä yhteyksissä. Poliitiikan linjauksien ymmärtämiseksi pohditaan yleisemmin terveystavoitteiden muotoiluun ja toimeenpanoon liittyviä kehystämisen ongelmia erityisesti terveyserojen kaventamiseen tähtäävän politiikan osalta (luku 7). Poliitiikan kentällä ilmeneviä ja politiikan toimeenpanoon liittyviä jännitteitä paikannetaan ja pohditaan ”viiden i:n” käsitekehikossa. Nämä viisi i:tä kattavat terveystavoitteiden edellytetyn *information*, terveystavoitteiden taustalla vaikuttavat *ideologiat*, terveystavoitteiden liittyvät *intressit*, terveystavoitteiden toimintaa säätelevät *instituutiot* sekä politiikan ja ohjelmien *implementaation* (luku 8). Lopuksi pohditaan yhteen vetäen (luvut 9 ja 10) WHO:n sosiaalisten determinanttien näkökulman antia Suomen terveyden eriarvoisuuden vähentämisyrittämysten kannalta sekä nykytilanteen vaatimuksia.

3 Terveyden sosiaaliset määrittäjät ja terveyserojen syyt

Terveyden sosiaaliset määrittäjät (*social determinants of health*) –käsittekokonaisuuden jokainen osatermi viittaa varsin laajoihin ja monimutkaisiin ilmiöihin. *Terveyden* olemusta on pohdittu eri aikakausina, eri kulttuuripiireissä ja monella tiedon- ja tieteenalalla, minkä lisäksi terveyden yhteiskunnallinen merkitys on myös ilmeinen hallinnon ja politiikan näkökulmasta. Terveyspolitiikan kiinnostuksen kohteena on erityisesti väestön terveys ja siihen vaikuttamisen keinot. Väestön terveydentila kertoo yhteisön terveydestä, mutta sitä kuvaava tieto koostuu tavalla toisella yksilöiden terveyttä koskevasta tiedosta (ks. myös Palosuo & Lahelma 2013). *Determinantti* viittaa puolestaan määräytymiseen ja siten syy- ja seuraussuhteeseen (ks. myös Bonnefoy ym. 2007, 11). Terveyden sosiaalisia määrittäjiä koskeva terveyspoliittinen lähestymistapa on monella tavalla kytköksissä sosioekonomisten terveyserojen tutkimukseen, mutta ei rajaudu pelkästään siihen, vaan ottaa huomioon laajemmin terveyspolitiikan toimintaympäristön ja terveyteen vaikuttavat eri politiikan lohkot (ks. myös Graham 2004a). Sosioekonomisten terveyserojen selitykset antavat kuitenkin välttämättömää perustaa ja seurantaa palvelevaa tietoa sosiaalisia determinanteja painottavalle terveyspolitiikalle.

Väestön terveyden yleisosoittimena käytetään usein elinajanodotetta⁶. Kuolleisuustietojen perusteella laskettava elinajanodote samoin kuin erilaiset kuolleisuutta kuvaavat suhdeluvut (kuten imeväiskuolleisuus, kokonaiskuolleisuus ja kuolinsyyperustaiset kuolleisuusmittarit) antavat usein luotettavimman perustan myös kansainvälisille vertailuille. Kuolleisuustiedot eivät kuitenkaan anna kattavaa kuvaa väestön terveydestä. Vuonna 1948 hyväksytyyn Maailman terveysjärjestön perustamisasiakirjan mukaan terveys on ”täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei vain sairauden tai vaivan puuttumista”. Tästä yleisestä määritelmästä on kuitenkin vaikea johtaa toteuttamiskelpoisia terveyspolitiikan toimia, eikä täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila liene täysin realistinen edes hyvinvointi- tai yhteiskuntapolitiikan tavoitteena. WHO:n laaja-alainen terveystieteen näkemys oli kuitenkin II maailmansodan jälkeisenä aikana varsin radikaali, sillä lääketieteellinen terveysparadigma oli bakteriologian kehittymisen myötä jo vuosikymmeniä keskittynyt lähinnä tauteihin ja niiden spesifiin etiologiaan (ks. Karisto 1984; Vuorinen 2011). WHO:n terveyden tulkinta kiinnittääkin terveyspolitiikan suuntaamisen kannalta olennais-

⁶ Elinajanodote on tilastollinen indeksi, joka kertoo, kuinka pitkään tietty kohortti eläisi keskimäärin, jos kuolleisuus pysyisi samana kuin se on laskentahetkellä. Se ei siis kuvaa tarkasti toteutunutta keskimääräistä elinikää (Myrskylä 2010). Todelliset odotetut eliniät ovat tilastollista elinajanodotetta pitempiä. Todellisen keskimääräisen eliniän laskeminen edellyttää, että koko kohortti on kuollut. Elinajanodotetta käytetään yleisesti sen helpon laskettavuuden ja vertailtavuuden vuoksi. (Myrskylä 2010.)

ta huomiota terveyden eri ulottuvuuksiin ja samalla terveyden määrittäjiin ja yleisiin edellytyksiin.

Terveydestä puhutaan usein terveydellisen ulottuvuuden merkityksessä ilman että sitä erikseen määritellään kovinkaan tarkasti. Käytännössä terveydellä tarkoitetaan varsinkin tutkimusyhteyksissä tavallisimmin sen negaatiota, terveyden puuttumista. Mittauksen kohteena ovat useimmiten oireet, sairaudet, vammat ja erilaiset toimintakyvyn vajeet. Positiiviselle, hyvälle terveydelle ei ole olemassa kovin monia mittareita eikä liioin yhteistä käsite- tai teoriapohjaa, jolle mittareita voisi rakentaa (Blaxter 2010). Hyvä 'positiivinen' terveys määritetään useimmiten kysymällä ihmisiltä heidän omaa arviotaan terveydentilastaan asteikolla, joka ulottuu erittäin hyvästä erittäin huonoon terveyteen. Koetusta terveydestäkin tutkitaan tavallisemmin huonon kuin hyvän terveyden kokemisen yleisyyttä ja syitä (esim. Blaxter 2010; Palosuo & Lahelma 2013).

Hyvinvointitutkimuksessa terveyttä tarkastellaan hyvinvoinnin tärkeimpiin kuuluvana osatekijänä, joka on sekä itseisarvoinen päämäärä että myös resurssi muiden hyvinvoinnin kannalta tärkeiden resurssien kuten tulojen ja koulutuksen hankkimiseen (Allardt 1976; Karisto 1984; ks. myös Palosuo & Lahelma 2013). Terveys ei kuitenkaan ole resurssiluonteestaan huolimatta samaan tapaan jaettavissa kuin vaikkapa tulot (esim. Fritzell & Lundberg 2005). Kun köyhyyttä voidaan vähentää tulojen uudelleenjaolla käyttäen hyväksi esimerkiksi verotuksen, palkkapolitiikan ja sosiaaliturvan jakomekanismeja, terveyttä ei voida siirtää yksilöiltä tai ryhmiltä toisille. Sen sijaan terveyden edellytyksiä voidaan jakaa eli terveyteen voidaan vaikuttaa juuri terveyden sosiaalisten määrittäjien kautta.

Terveyden sosiaalisilla määrittäjillä tarkoitetaan sosiaali-epidemiologisessa tutkimuksessa useimmiten huonoksi koetun terveyden tai sairauksien ja erilaisten muiden terveyden ja toimintakyvyn vajeiden sekä kuolleisuuteen (ja siihen perustuvaan elinajanodotteeseen) vaikuttavia sosiaalisia syitä tai väljemmin määriteltyjä taustatekijöitä. *Sosiaalisen* käsite viittaa perusmerkityksessään sosiaalisen vuorovaikutuksen säännönmukaisuuksiin, mutta myös sosiaaliin rakenteisiin, jotka toteutuvat yhteiskunnallisissa instituutioissa, esimerkiksi luokkarakenteena. Sosiaalisen viitealue ei aina ole aivan selvä ja se voi laajimmillaan pitää sisällään myös taloudelliset ja kulttuuriset tekijät⁷. Sosiaaliset taustatekijät ovat siten yleisimmällä tasolla yhteiskunnan makrotasoisia rakenteellisia tekijöitä, mutta myös sosiaaliin suhteisiin kuten vuorovaikutukseen (perhesuhteisiin, sosiaaliin verkostoihin, sosiaaliseen tukeen) liittyviä tekijöitä ja sosiokulttuurisia elämäntapa- tai elämäntyylytekijöitä.

Terveyden ja sairauksien sosiaalisen määräytymisen tutkimiseksi tarvitaan sosiaalista asemaa kuvaavia käsitteitä. Keskeisiä sosiaalisia määrittäjiä ovat sosiaaliluokka tai sosioekonominen asema ja näiden rakenneosat: koulutus, tulotaso ja taloudellinen

⁷ Sosiaalista asemaa saatetaan käyttää taustamuuttujana epidemiologisissa tutkimusraporteissa pohtimatta tarkemmin, mitä 'sosiaalinen' tarkoittaa. 'Sosiaalisen' merkitys on tosin usein laiminlyöty myös nyky sosiologiassa, vaikka kyseessä on sosiologian peruskäsite, joka vaatii itse 'selityksen' (Pyyhtinen 2008).

vauraus sekä työmarkkina-asema ja ammatti sekä ammattiasema. Näiden osatekijöiden suhteellisesta merkityksestä ja vaikutuksista terveyteen on runsaasti tutkimuskirjallisuutta (esim. Lahelma ym. 2004; Hujts ym. 2010).

Terveyspolitiikan kohteena on ennen muuta väestö ja sen terveys, josta puhutaan myös kansanterveytensä (käsitteistä ks. Sihto 2013). Väestötasolla tarkastellaan sairastavuutta ja keskeisiä kansantauteja sekä kuolleisuutta ja keskeisiä kuolinsyitä. Yleisissä sairastavuusmittareissa mukana voivat periaatteessa olla kaikki pitkäaikaiset sairaudet niiden väestötasoisesta yleisyydestä, vakavuudesta tai haittaavuudesta riippumatta, sen sijaan ohimeneviä sairaustiloja kuten tavanomaisia infektioita ei sairastavuusmittareihin sisällytetä. Sekä epidemiologisessa tutkimuksessa että terveyspolitiikassa syytekijöitä (determinantteja) tarkastellaan ryhmätasolla vaikuttavien todennäköisyyksien pohjalta. Syy- ja vaikutussuhteet eivät siten ole yksilötasolla ”deterministisiä”, vaikka determinantin (sanakirjasuomenno ”ratkaiseva tekijä”) käsite viittaaakin varsin vahvaan kausaalisuuteen. Terveyserot kertovat väestöryhmien välisistä eroista erityisesti keskeisissä kansantaudeissa tai sairastavuudessa sekä kuolleisuudessa ja siihen perustuvassa elinajanodotteessa.

Sosiaaliepideemiologian perusajatuksia on, että jos keskeiset sairauksiin vaikuttavat tekijät ovat sosiaalisia, kulttuurisia ja taloudellisia, on sairauksien ehkäisemisenkin tapahduttava vastaavilla alueilla ja tasoilla (ks. Laaksonen & Silventoinen 2011, 24). Jos siis sosioekonomisia terveyseroja halutaan vähentää terveyspolitiikan tai yhteiskuntapolitiikan keinoin, on oltava käsitys terveyserojen sosiaalisista syistä eli niistä tekijöistä, joihin olisi voitava ja voidaan vaikuttaa (Bartley 2010, 164).

Terveyserojen etiologia selitysmalleja on ryhmitelty usein seuraaventyypisiin selitystapoihin: 1) käyttäytymiseen ja kulttuuriin liittyvät selitykset, 2) psykososiaaliset selitykset, 3) materialistiset selitykset ja 4) elämäntapojen muuttaminen (Bartley 2010; ks. myös Macintyre 1997; Black ym. 1982; Lahelma ym. 2007). Elämäntapojen muuttaminen tuovat mukanaan aikaperspektiivin, joka on terveyspolitiikan näkökulmasta haasteellinen: terveyden olemus on prosessimainen ja sairaudet saattavat olla pitkän ja monimuotoisen kehityskulun tuloksia. WHO:n SDH-komission tarkastelun aikaperspektiivi on poikkeuksellisen pitkä, kokonainen sukupolvi. Sosioekonomisiin terveyseroihin johtavia kehityskulkuja arvioitaessa on sosiaalisen kausaation ohella myös otettava huomioon käänteisen kausaation mahdollisuus, jolloin terveys onkin valikoitumisprosessin keskeinen määrittäjä: hyvä terveys auttaa nousemaan hyvään sosiaaliseen asemaan, mutta huono terveys saa aikaan sen, että henkilö pysyy heikossa sosioekonomisessa asemassa tai joutuu aiempaa heikompaan asemaan. Erilaisiin terveydellisiin vajeisiin saattaa liittyä sosiaalista syrjäytymistä, koulutuksen estymistä ja pitkäaikaistyöttömyyttä. Yhtenä esimerkkinä tällaisista sosioekonomista asemaa heikentävistä terveydellisistä ongelmista ovat nuoruusiällä alkavat vakavat mielenterveyden häiriöt (ks. esim. Ostamo ym. 2007). Osalla väestöä puolestaan huono terveys ja sairaudet aiheuttavat sosiaalista ja taloudellista ahdinkoa siksi, että sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän monimutkaisuus estää palvelujen tarpeenmukaista käyttöä ja sosiaali- ja terveysturva ei riitä kompensoimaan huonosta terveydestä aiheutuvia talou-

dellisiä ja sosiaalisia haittoja (esimerkiksi riittämätön sosiaaliturva, terveyskeskusten palvelumaksut ja palvelujen keskittämisestä johtuva palveluihin pääsyn vaikeutuminen erityisesti maaseudulla; ks. esim. Kinnunen 2009).

Kansanterveydellisesti tärkeissä elintavoissa (erityisesti ravintotottumuksissa, tupakoinnissa, alkoholinkäytössä ja liikuntatavoissa) löydetään tutkimuksissa usein selvä sosioekonomisen aseman mukainen vaihtelu. Erityisesti alkoholinkäyttö ja tupakointi selittävät Suomessa merkittävästi sosioekonomisia kuolleisuus- ja sairastavuuseroja (esim. Lahelma ym. 2007, 34; Koskinen & Martelin 2013). Eri maiden väestöissä voi kuitenkin olla eroa paitsi tottumuksissa myös niitä kuvaavan gradientin jyrkkyydessä ja joskus suunnassakin. Esimerkiksi Etelä-Euroopan tupakointi- ja ravintotottumukset ja niiden väestöryhmittäiset erot poikkeavat Pohjois-Euroopan tottumuksissa havaituista malleista (Mackenbach ym. 2008; Bartley 2010; Prättälä 2007a).

Materialistissa (ja neomaterialistisissa) selitysmalleissa huomio kiinnitetään tuloihin, varallisuuteen, köyhyyteen, tuloeroihin ja muuhun materiaalliseen toimeentuloon (Laaksonen 2011). Tällaisiin malleihin perustuvat selitykset ovat saaneet tutkimuksista runsaasti tukea. Esimerkiksi 1990-luvun alun laman iskiessä Pohjoismaat luultavasti pystyivät tulonmenetyksiä kompensoivalla sosiaalipolitiikallaan hidastamaan köyhyiden kasvua, ja myös terveyserojen kasvu oli tuolloin vähäisempää Pohjoismaissa kuin joissakin muissa Euroopan maissa (Kunst ym. 2005). EU:hun liittymisen jälkeen näyttää kuitenkin käyneen niin, että Pohjoismaissa suhteellinen köyhyys ja joiltakin osin muukin eriarvoisuus on kasvanut enemmän kuin keskisessä Euroopassa (Kuivalainen 2011; Kuivalainen & Palola 2013; Palola 2010). Miten taloudelliseen eriarvoisuuteen vaikutetaan, on hyvin moniaineksinen ja vaikea politiikan ongelma.

Mel Bartleyn käsityksen mukaan sosiaalisen aseman ja sosiaalisten olosuhteiden ja terveyskäyttäytymisen välistä suhdetta selittää parhaiten psykososiaalinen tarkastelutapa, millä hän viittaa siihen, että käyttäytymistekijöillä tai aineellisilla tekijöillä ei yksinään voida selittää sosioekonomisten ryhmien välisiä terveyseroja vaan on otettava myös huomioon sellaisia tekijöitä kuin sosiaalinen tuki, työn ja kodin välinen tasapaino ja ponnistelujen ja palkintojen välinen tasapaino (Bartley 2010, 78–79). Terveyserojen vähentämispyrkimyksissä olisi siksi toimittava yhteisötasolla ja yritettävä saada aikaan sosiaalisissa suhteissa sellainen muutos, joka mahdollistaa myös terveydelle haitallisen käyttäytymisen muutoksen. Jos yhteisötason olosuhteet ovat epäsuotuisat, ei yksilöillä välttämättä ole kiinnostusta tai mahdollisuuksia investoida omaan terveyteensä ja sitä edistäviin käyttäytymismuutoksiin. Perinteinen terveyden edistäminen ei silloin ehkä anna hyviä tuloksia. Esimerkiksi USAssa keskiluokkaan kuuluvat vähensivät tupakointiaan jo ennen kuin mittavat terveyden edistämistoimet oli aloitettu (Bartley 2010, 174).

Bartleyn mielestä terveyden eriarvoisuustutkimuksesta on kaikkiaan erittäin vaikeaa johtaa selkeitä politiikkaa koskevia päätelmiä (2010, 177; ks. myös Bonnefoy ym. 2007). Hänen mielestään terveyden eriarvoisuuteen vaikutetaan mahdollisesti enemmän politiikalla, jolla tavoitellaan muuta kuin terveyserojen kaventamista, esimerkiksi vapautta, turvallisuutta ja elämänlaatua (Bartley 2010, 177).

Syy- ja seuraussuhteita kuvaavia etiologisia malleja tarvitaan siis, jotta tiedettäisiin, mihin syytekijöihin olisi puututtava terveyserojen vähentämissuunnitelmissa. Samalla on ilmeistä, että malleista ja epidemiologisista tutkimustuloksista ei saa suoraan yksityiskohtaisia viitteitä politiikan muotoilemiseen tai interventioiden suunnitteluun ja toteuttamiseen (ks. myös Leppo 2009). Osittain on kyse mallien ja selitysten moniaikaisuudesta, mutta myös tekijöistä, joita mallit eivät kata ja jotka liittyvät politiikan ehtoihin, ymmärtämiseen ja toteuttamiseen (ks. myös Sihto & Palosuo 2013). Etiologisten ja epidemiologisten syy- ja seurausmallien kääntäminen politiikan tavoitekeino -kielelle jääkin usein vaille erillistä ja erityistä pohdintaa (ks. Sihto 2010).

Tällä hetkellä sosioekonomiset terveyserot ovat sosiaaliepideemiologian parhaiten tutkittuja alueita. Terveyden sosioekonomisen vaihtelun on todettu olevan hyvin säännönmukaista eri puolilla maailmaa (Cockerham 2013; Laaksonen & Silventoinen 2011; Mackenbach ym. 2008).

Terveyserojen ilmenemisestä ja syistä tiedetään siten varsin paljon, mutta niiden vähentämisestä terveyspolitiikan tai muun politiikan keinoin edelleen huomattavasti vähemmän.

4 Terveyden taso ja jakauma Suomen terveystaloudessa

Suomen suuret kuolleisuuserot ja terveystalouden kehittäminen

Sosioekonomiset terveyserot eivät kansainvälisessä kirjallisuudessa olleet erityisen huomion kohteena II maailmansodan jälkeisenä aikana ennen kuin Englannin Black Report (Black ym. 1982) ja WHO:n kartoitukset virittivät kiinnostusta asiaan 1980-luvun alussa. Suomessa oli kuitenkin erityispiirteitä, joiden takia terveyserot nousivat huomion kohteeksi osin jo 1940-luvun lopulla, jolloin Väinö Kannisto väitöskirjassaan (1947) osoitti kuolleisuuden suuren vaihtelun itäisen ja läntisen Suomen välillä (ks. esim. Leppo 2008). Suomen terveydenhuoltojärjestelmä oli 1950-luvulla äitien ja lasten terveydenhuoltoa lukuun ottamatta erittäin puutteellinen verrattuna teollistuneisiin länsimaihin: lääkäritiheys oli Suomessa Euroopan alhaisin, palvelujen saatavuudessa oli suuria alue-eroja ja sairauden aiheuttamat kokonaismenot lääkerekuluineen sairaille suuret (Kuusi 1961). Suomen miesten sydän- ja verisuonitautikuolleisuus oli 1960- ja 1970-lukujen taitteessa puolestaan maailman suurinta.

Kansanterveyden heikko tila ja palvelujärjestelmän puutteet virittivät suomalaisessa terveystaloudessa merkittävää terveystaloudellista tutkimusta ja toimintaa 1960- ja 1970-luvuilla. Keskeinen terveystaloudellista ajattelua suuntaava 'innovaatio' oli Tapani Purolan WHO:n positiivisen terveyden ihannemallista 'negatiiviseksi' kääntämä sairausmalli (ns. Purolan malli; ks. Purola 1971; Purola 2000), jota käytettiin muun muassa sairausvakuutusjärjestelmän arviointitutkimuksessa. Arvioinnissa verrattiin terveyspalvelujen käyttöä eri alueilla ja eri tulotasoilla olevissa kotitalouksissa ennen sairausvakuutusta ja sen voimaantumisen jälkeen (Purola ym. 1971). Tällainen sosiaali- ja terveystaloudellisen intervention vaikuttavuuden arviointitutkimus oli tuolloin ja on edelleenkin kansainvälisesti poikkeuksellista (Purola 2000). Aikaansa edellä oli valtioneuvoston alaisen talousneuvoston terveystaloudellisen työryhmän raportissa (Talousneuvosto 1972; Leppo 2010a, Leppo 2011) esitetty laaja-alainen terveystalouden konsepti, jossa kiinnitettiin huomiota sekä väestön terveyden *tasoon* että sen *jakautumiseen*. Raportissa painotettiin Purolan sairausmallin mukaisesti terveyden ja sairauksien monitasoisia syitä, joihin perimän ja biologisten tekijöiden lisäksi luettiin myös luonnonympäristön ja sosiaalisen ympäristön kautta vaikuttavat tekijät. Terveystaloudellista jäsennettiin raportissa systemaattisen tavoite-keino –hierarkian avulla, jossa päätavoitteina olivat 1) sairauksien ehkäiseminen ja terveyden edistäminen ja 2) sairauksien hoito. Tavoite-keino –puurakenteen avulla osoitettiin keinot pää- ja alatavoitteisiin minkä tahansa tarvittavan yhteiskuntapolitiikan alueelta (Talousneuvosto 1972; Puro 1976). Näkemys muistutti WHO:n piirissä myöhemmin kehitettyä terveystalouden konseptia, jota sovellettiin erityisesti 1980-luvulla Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –ohjelmassa.

Innovatiivinen oli myös vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki ja siihen perustuva palveluja monipuolisesti integroiva terveyskeskusjärjestelmä. Terveyskeskusjärjestelmä rakennettiin Suomen eri alueille positiivista diskriminaatiota noudattaen köyhiltä syrjäseuduilta kohti vauraampia keskuksia edeten. Innovaationa voidaan myös pitää kansainvälistä kuuluisuutta saavuttanutta väestöä ja eri toimijatahoja osallistanutta yhteisöinterventiota, Pohjois-Karjala –projektia, josta myös tehtiin perusteellinen arviointi ja joka innoittaa edelleenkin väestöinterventioiden toteuttajia eri puolilla maailmaa (Puska ym. 2009; Puska 2010).

Vuonna 1978 pidetyssä Alma Atan perusterveydenhuollon konferenssissa Suomi erottui ainoana maana, joka oli onnistunut toteuttamaan terveydenhuollon rakennemuutoksen sairaalapainotteisesta järjestelmästä perusterveydenhuoltoa painottavaksi (Leppo 2011, 11; Sihto 1997). Konferenssissa tähdennettiin perusterveydenhuollon merkitystä ja sen tehtäviä ennaltaehkäisyssä, tarpeettoman kalliin teknologian välttämässä ja kansalaisten osallistumisen edistämässä sekä erityisesti huonossa asemassa olevien tarpeista huolehtimisesta (ks. Melkas 1988). Alma Atan konferenssi oli puolestaan lähtölaukaus maailmanlaajuiselle *Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä* –strategialle, jonka WHO:n 32. yleiskokous käynnisti vuonna 1979 kehottaen jäsenvaltioita laatimaan omat kansalliset terveystaloudelliset ohjelmansa (Sihto 1997, 78; STM 1986, 21).

’Politiikan ikkunoiden’ voi siten sanoa olleen Suomessa 1960-luvulla ja 1970-luvun alussa auki useassa vaiheessa ja riittävän pitkään merkittäville terveystaloudellisille rakennemuutoksille. Ongelmat tunnistettiin, toimintapolitiikka osattiin muotoilla ja poliittinen ympäristö salli muutokset. Lisäksi politiikan toimijat olivat valmiita tarttumaan tilaisuuksiin. Kimmo Lepon (2010b) mukaan Suomessa elettiin terveystaloudellisen kultaa-aikaa.

Terveyttä kaikille -ohjelmat

Suomi valittiin perusterveydenhuollossa ja kansanterveyden parantamisessa saavuttamiensa tulosten ansiosta WHO:n Euroopan alueen ns. edelläkävijämaaksi (”pioneer country”) Hollannin ohella kehitettäessä kansallista Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –ohjelmaa (WHO:n terveystaloudellinen arviointi 1991; Sihto 1997, 118). Suomi saikin ensimmäisenä maana valmiiksi kansallisen ohjelmansa vuonna 1986. Samalla se oli Suomen ensimmäinen varsinainen pitkän aikavälin terveystaloudellinen ohjelma (STM 1986, 21). Ohjelmaa valmisteltiin useissa kansallisissa asiantuntijaseminaareissa vuosina 1981–1982. Luonnoksen pohjalta sosiaali- ja terveysministeriössä laadittiin hallituksen terveystaloudellinen selonteko, joka käsiteltiin eduskunnassa⁸. Ohjelmasta pyydettyjen lausuntojen ja eduskuntakäsittelyn kommenttien jälkeen viimeisteltiin *Terveyttä kaikille vuoteen 2000* –ohjelma (TK 2000). (STM 1986, 24–25.)

⁸ Ohjelmaluonnoksen eduskuntakäsittely on edelleenkin toistaiseksi ainoa Suomen eduskunnassa käyty terveystaloudellinen yleiskeskustelu.

Suomen TK 2000 –ohjelman *tasotavoite* jaettiin kolmeen osaan, jotka nimettiin seuraavasti

- lisää vuosia elämään (ennenaikaisen kuolleisuuden vähentäminen)
- lisää terveyttä elämään (sairauksien, tapaturmien ja toimintakyvyn rajoitusten ehkäiseminen)
- lisää elämää vuosiin (terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, mahdollisimman hyvä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi)

Lisäksi *jakautumataavoite* eli väestöryhmittäisten erojen vähentäminen oli ohjelman mukaan otettava huomioon kaikkiin osatavoitteisiin pyrittäessä. (STM 1986, 52–53.) Ohjelmassa esitetyn näkemyksen mukaan väestöryhmittäisiä terveyseroja synnyttävät yhteiskunnalliset mekanismit ja erojen vähentäminen on ennen muuta yhteiskuntapolitiikan tehtävä. Terveydenhuollon olisi kuitenkin myös suunnattava toimiaan huonossa asemassa olevien terveyden edistämiseen. (STM 1986, 68.) Näkemystä nimenomaisista yhteiskuntapolitiikan toimista terveyserojen vähentämiseksi ei ohjelmassa kuitenkaan kehitelty eikä siihen ohjaavia konkreettisia ehdotuksia juuri tehty.

Ohjelman strategiset periaatteet koskivat 1) terveellisten elämäntapojen kehittämistä, 2) ehkäistävissä olevien terveysriskien vähentämistä yksilöön ja ympäristöön kohdistuvien toimenpiteiden sekä 3) terveyspalvelujärjestelmän kehittämistä ja sen toiminnan tehostamista (STM 1986; ks. myös Sihto 1997). Ohjelman 32 toimintalinjasta noin kolmannes koski terveyspalvelujärjestelmän kehittämistä ja muina pääalueina olivat valitun strategian mukaisesti terveellisten elintapojen edistäminen ja erilaisien terveysriskien torjunta sekä lisäksi ohjelman toteuttamista edistävät tukitoimet (WHO:n terveystaloudellinen arviointi 1991, 132). Tapani Melkas (1988, 84) luonnehti tuolloin Suomen ohjelmaa ”teknokraattiseksi viranomaisten toimintaohjelmaksi”, jossa WHO:n maailmanlaajuisen ohjelman ideologiset painotukset ja erityisesti tasa-arvoa koskeva tavoite näkyivät enää varsin ohuesti.

Marita Sihto (1997) arvioi TK 2000 -ohjelman toteutumista erityisesti terveydenhuollossa, jonka piti ohjelman tavoitteiden mukaan orientoitua vahvemmin terveyden edistämiseen ja intersektoraaliseen, poikkihallinnolliseen toimintaan. Tutkimuksen mukaan terveyskeskuksissa työskentelevät ohjelman potentiaaliset toimeenpanijat eivät kuitenkaan olleet pitäneet ohjelmaa ylipäätään toimeenpantavana ohjelmalla. Haastateltujen ohjelman laatijoidenkin mielestä ohjelmalla pyrittiin vain vahvistamaan olemassa olevaa terveystaloudellista, eikä erillistä toimeenpanoa ollut koettu tarpeelliseksi (Sihto 1997, 177).

Ohjelmaa haluttiin arvioida ja korjata varsin pian sen hyväksytyksi tuleamisen jälkeen ja jo 1980-luvun lopulla asetettiin työryhmä pohtimaan korjaustoimia. Prosessin tukemiseksi pyydettiin WHO:ta tekemään ohjelmasta ulkopuolinen arviointi. Kansainvälisen asiantuntijaryhmän tekemä raportti oli ensimmäinen WHO:n Euroopan aluetuotoimiston tekemä yhden jäsenmaan terveystaloudellisen analyttinen arviointi (WHO:n terveystaloudellinen arviointi, 1991, 7-13).

WHO:n arvion mukaan Suomen ohjelma noudatti hyvin WHO:n Euroopan alueen Health for All (HFA) -ohjelman mallia, mutta myös Suomessa jo aiemmin aloitettua terveystalouden linjaa, jossa esimerkiksi tasa-arvo oli ollut tärkeä periaate (WHO:n ... 1991, 224). Suomi käytti arvion mukaan WHO:ta harjoitetun terveystalouden legitimoijana (WHO:n..., 218). Terveystalouden todettiin kasvaneen tasa-arvoa tähdentävästä yhteiskuntapolitiikasta huolimatta, joten terveydentilään eriarvoisuuteen ei ollut kiinnitetty tarpeeksi huomiota esimerkiksi palvelujärjestelmässä eikä myöskään tutkimuksessa. Tässä kohden Suomi ei arviointiryhmän mukaan poikennut muista maista. TK 2000 -ohjelma olisi myös vaatinut uudenlaisia hallinnonalojen välisiä toimia ja monien erilaisten toimeenpanijoiden osallistumista. Muun muassa toimeenpanevat tahot eivät olleet mukana ohjelman laatimisessa eivätkä kokeneet asiantuntijoiden laatimaa ohjelmaa omakseen (WHO:n ..., 1991, 86; myös Sih-to 1997). Tiedotusvälineitä ei ollut käytetty hyväksi ohjelman tunnetuksi tekemisessä. Ohjelman monilukuisia toimintasuosituksia ei ollut juuri priorisoitu, ohjelman toteuttamiseen, koordinointiin ja seurantaan ei ollut annettu erillisiä voimavaroja eikä vastuutahoja ollut osoitettu. WHO:n muuten sinänsä varsin myönteisesti Suomen terveystalouteen suhtautuneen arvion mukaan Suomessa tunnuttiin uskovan, että ohjelman toteuttaminen tapahtuisi itsestään (WHO:n ..., 221).

TK-ohjelmasta julkaistiin vuonna 1993 uudistettu versio, jossa WHO:n arviointi oli otettu huomioon. Ohjelman muotoilemisessa oli mukana useampia tahoja ja ensimmäisenä seitsemästä osa-alueesta⁹ oli väestöryhmien välisten terveystalouden vähentäminen (STM 1993). Terveystalouden vähentämiseen oli lisäksi 12 omaa toimenpite-ehdotusta, joille kullekin oli osoitettu vastuulliset toimijatahot. Terveystalouden vähentämisen toimenpiteiden kohdealueet olivat 1) perusterveydenhuolto, 2) terveystalouden kasvatus, 3) asuinalueitten laatu kunnissa, 4) työympäristön laatu, 5) työterveyshuolto, 6) henkilöstön koulutus, 7) vanhustenhuolto ja vanhusten elinolot, 8) tietojärjestelmät, 9) kansanterveyttä kuvaavan kertomuksen antaminen eduskunnalle säännöllisesti, 10) asiakasmaksujen ennakkoarviointi, 11) valtionosuusudistuksen toimeenpanossa toimiminen siten, ettei synnytetä eriarvoisuutta eri kuntien asukkaiden välillä, sekä 12) perusturvallisuuden parantaminen.

Ohjelman valmistuessa Suomi oli joutunut syvään talouslamaan. Uudistetun ohjelman toimeenpanon on tulkittu jääneen laman ja muiden tuon ajanjakson sosiaalisten ja poliittisten muutosten varjoon (Leppo 2010a, 38; Leppo 2010b, 29). 1990-luvun alun lamaan liittyvät yhteiskunnalliset ja poliittiset muutokset vaikuttavat edelleen myös nykyisessä terveystalouden toteuttamisen toimintaympäristössä ja niihin palataan tuonnempana. Vuosituhannen vaihteen lähestyessä Suomessa alettiin valmistella seuraavaa terveystaloudellista ohjelmaa, joka nivoutui tällä kertaa WHO:n edellistä

⁹ Osa-alueet olivat 1) väestöryhmien välisten terveystalouden vähentäminen, 2) väestön toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen, 3) ehkäisevää terveystaloudellista tukea yhteistyö, 4) terveystalouden taloudellisuuden ja vaikuttavuuden kehittäminen, 5) terveydenhuoltohenkilöstön kehittäminen, 6) johtaminen terveydenhuollossa ja 7) kansalaisten osallistuminen.

maailmanlaajuista ohjelmaa jatkavaan terveyttä kaikille –ohjelmaan, *Health for all in the 21st century* (WHO 1999).

Terveys 2015

Terveys 2015 –kansanterveysohjelma valmisteltiin vuosina 1997–2001. Kun Suomen *Terveyttä kaikille vuoteen 2000* –ohjelma esiteltiin varsin laajan ohjelma-asiakirjan (155 sivua) muodossa, *Terveys 2015* –ohjelma tiivistettiin 34-sivuiseksi vihkoseksi (STM 2001) ja suunnitelmassa ja valmisteltavana ollut laajempi taustaraportti jäi julkaisematta (Vilén 2012). Valmistelutyö oli laajapohjaista ja siinä oli mukana eri hallinnonalojen, kuntien, terveydenhuollon, kansalaisjärjestöjen, ammattijärjestöjen ja tutkimuksen edustajia¹⁰ Valmistelutyöstä vastasi valtioneuvoston asettama monialainen kansanterveyden neuvottelukunta, jonka aikaansaamista 1990-luvun lopulla Kimmo Leppo on pitänyt yhtenä toteutukseltaan heikoksi jääneen uudistetun TK 2000 -ohjelmatyövaiheen harvoista saavutuksista (Leppo 2010a, 38). Asetuspohjainen neuvottelukunta jatkaa edelleenkin toimintaansa sosiaali- ja terveystalouden alaisuudessa toimivana eri hallinnonaloja yhteen tuovana terveystaloudellisen keskustelun ja valmistelutyön foorumina sekä kansanterveysohjelmien koordinoijana.

TK 2000 –ohjelma oli saanut poliittisen tuen hallituksen terveystaloudellisen selonteon eduskuntakäsittelyssä, sen sijaan *Terveys 2015* –ohjelma-asiakirja on valtioneuvoston periaatepäätös, joka periaatteessa sitoo koko keskushallintoa, mutta on ohjelman esipuhetta tulkiten suositusluontoinen (STM 2001, 5). *Terveys 2015* –ohjelma pyrkii puhuttelemaan yhteiskuntaelämän kaikkia eri sektoreita. Sen painopiste on terveyden edistämässä pikemmin kuin terveystaloudellisuudessa, mikä puolestaan oli TK 2000 –ohjelman päätoiminta-alueita. *Terveys 2015* –ohjelman laaja-alaisuutta perustellaan myös viittaamalla Amsterdamin sopimuksen artiklaan 152, jonka mukaan Euroopan unioni sitoutuu ottamaan huomioon terveyden suojelun vaatimukset kaikkien toimialojen toiminnassa (STM 2001, 9)¹¹.

Terveys 2015 –ohjelman edelleen voimassa olevat yleistavoitteet ovat terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen (STM 2001, 15). Ohjelma toistaa näin jo 1970-luvun alussa muotoillun suomalaisen terveystalouden jäsenyyksen tasotavoitteeseen ja jakaumatavoitteeseen, joka omaksuttiin myös *Terveyttä kaikille vuoteen 2000* –ohjelmiin muuallakin. Kun Suomen TK 2000 –ohjelmaan oli kirjattu vain muutama määrällinen tavoite, *Terveys 2015* –ohjelman kahdeksasta osatavoitteesta kuudessa on jollain tavoin määrälliseen muotoon puettu tavoite, siitä huolimatta, ettei määrällisten tavoitteiden hyödyllisyydestä vallitse yksimielisyyttä (esim. Leppo 1995; Vilén 2012, 65–70). Ikäryhmittäisiä

¹⁰ Janina Vilén (2012) on pro gradu –tutkielmassaan kuvannut *Terveys 2015* –ohjelman syntyprosessia.

¹¹ Tähän artiklaan nojautuen on kehitetty Suomen myöhemmin vuonna 2006 käyttöön ottama ”Health in All Policies”, *terveys kaikissa politiikoissa* –lähestymistapa (Leppo 2010a, 38).

tavoitteita on viisi ja niissä katetaan elämäntien vaiheet lapsuudesta vanhuuteen kunkin elämäntien kannalta tärkeiden teemojen kautta: lapsilla ne ovat turvattuuteen liittyvät oireet ja sairaudet ja yleinen terveydentila, nuorilla tupakointi ja päihteet, nuorilla aikuisilla miehillä tapaturmat ja väkivaltakuolleisuus, työikäisillä työ- ja toimintakyky ja työssä pidempään jaksaminen ja yli 75-vuotiailla toimintakyky. Kaikille ryhmille yhteisiä tavoitteita on kolme. Näistä ensimmäinen tavoittelee terveiden elinvuosien lisäämistä keskimäärin kahdella vuodella verrattuna vuoden 2000 tasoon, toinen koskee tyytyväisyyttä terveystalouteihin sekä oman terveyden kokemista. Viimeisenä on eriarvoisuuden vähentämistavoite, jossa myös oli nyt ensi kertaa määrällinen tavoite:

”Tavoitteisiin [so. ohjelman kaikkiin edellisiin tavoitteisiin] pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Tällöin tavoitteena on sukupuolten, koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä.”

Ohjelman tavoitteita, toimintaa ja seuranta- ja täsmennetään 36 toimintasuunnan avulla. Kahdessa terveydenhuoltojärjestelmää koskevassa toimintasuunnassa viitataan suoraan sosioekonomisiin ryhmiin: toimintasuunta 16 edellyttää, ettei alueellinen tai sosioekonominen asema rajoita tarvittavien palvelujen käyttöä; toimintasuunta 17 edellyttää ymmärrettävän tiedon saamista sekä mahdollisuutta vaikuttaa omaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon sosioekonomisesta asemasta tai syntyperästä huolimatta. Syrjäytymisen ehkäiseminen tai syrjäytyneiden ja huono-osaisten erityinen auttaminen mainitaan kolmessa toimintasuunnassa.¹²

Kasvaneisiin terveyseroihin ja epätasaisesti jakautuneisiin riskeihin kiinnitetään huomiota useissa asiakirjan tekstiosuuksissa (s. 12, 25–26). Kansalaisten omaa roolia terveytensä edistämiseksi tähdennetään toistuvasti (esim. s. 22, 30, 31) samalla kun terveystalouden laaja-alaista kehittämistä pidetään tarpeellisena (s. 13). Toimintasuunnassa kunnan rooli on nostettu keskeiseksi, mutta valtionhallinnon tehtävää on pikemminkin häivytetty: sen roolina ”on luoda edellytyksiä ja tukea paikallista toimintaa” (s. 27). Samalla kansainväliset vaikutukset ja myös EU:n kasvanut merkitys tunnustetaan. Toimintasuunnassa 27 halutaan edistää terveystavoitteiden huomioonottamista Euroopan unionin maatalous-, liikenne-, elintarvike-, kuluttaja- ja ympäristöpolitiikassa, mutta vastaavaa katsetta ei ole suunnattu kotimaan politiikkaan.

Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita linjattiin myöhemmin muun muassa *Hyvinvointi 2015* –ohjelmassa ja ohjelmalla todettiin olevan monia leikkauspintoja *Terveys 2015* –ohjelman kanssa (STM 2007, 9). Hyvinvointiohjelmassa hahmotellut hyvinvointipolitiikan laajat tavoitteet osuvat monelta osin yksin erityisesti terveyden

12 Lapsia koskeva toimintasuunta 3, nuoria koskeva toimintasuunta 5 ja työikäisiä koskeva toimintasuunta 9.

determinanttiajattelun kanssa. Näitä ovat esimerkiksi köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisy, riittävän toimeentulon ja hoivan takaaminen sekä ylisukupolvisen huono-osaisuuden estäminen (STM 2007, 28).

Terveys 2015 -ohjelman arviointia

Terveys 2015 -ohjelman toimintasuunnat ovat verrattain yleisiä ja suositusluonteisia. Ohjelmaa ei ehkä voikaan pitää konkreettisena toimintaohjelmana (ks. myös Vilén 2012, 173–174, 178), sillä toimien tulkinta ja toimeenpano on jätetty ohjelmassa mainittujen tahojen oman aktiivisuuden ja ymmärryksen varaan. Näitä mainittuja toimijoita ovat valtiohallinnon, kuntien ja kansalaisten lisäksi järjestöt ja elinkeinoelämä. WHO:n kansainvälinen arviointiryhmä arvioi vuonna 2002 Suomen terveyden edistämisen politiikkaa ja kiinnitti tässä yhteydessä huomiota siihen, että Terveys 2015 -ohjelmasta puuttuu valtiohallinnon tason lukuun ottamatta sosiaali- ja terveysministeriön vastuualueelle kuuluvaa terveydenhuoltoa (STM 2002, 24). Kunnille vuonna 2004 suunnatussa kyselyssä ohjelman tuntemus ja sen toimeenpanoyritykset olivat verrattain heikkoja (Poikajärvi & Perttilä 2006). Vähiten kunnissa seurattiin väestöryhmien välisiä terveyseroja. Tilanne ei ollut kohentunut käytännössä lainkaan vuonna 2007 kunnanjohtajille osoitetun kyselyn mukaan ja terveyserojen kaventamiseen oli kiinnitetty huomiota vain vajaassa kolmanneksessa kyselyyn vastanneista kunnista (Wilskman ym. 2008). Vuonna 2011 Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden sisällyttäminen kuntien talous- ja toimintasuunnitelmiin oli lisääntynyt vuoteen 2004 verrattuna, mutta kaksi kolmasosaa kunnista ei ollut kirjannut terveyserojen kaventamisen tavoitetta kuntastrategiaan eikä talous- ja toimintasuunnitelmaan (Tukia ym. 2011).

Tämän perusteella saattaa herätä kysymys, onko Terveys 2015 -ohjelmaa varsinaisesti toimeenpantu kovin paljon enempää kuin aikanaan Terveystaloutta kaikille -ohjelmaa tai sen uudistettua ohjelmaversiota (ks. Leppo 2010a ja b). Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että mitään ohjelmissa ehdotettuja toimia ei olisi tehty. Myös Terveystaloutta kaikille -ohjelman aikana tehtiin monia ohjelman hengen mukaisia uudistuksia, mutta ohjelman arvioijille jäi tuolloin epäselväksi, olisiko ne tehty ilman ohjelmaa (ks. TK-ohjelman toimeenpanosta WHO:n ...1991, 83–88). Terveys 2015 -ohjelman toimeenpanon ja seurannan vastuu on pääasiassa kansanterveyden neuvottelukunnalla yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa (STM 2007, 9). Laaja-alaisen ohjelman toimeenpanon koordinoimista varten osoitettiin ministeriössä aikanaan vain yhden henkilön työpanos.

Vuonna 2008 tehdyssä väliarvioinnissa selvitettiin kuntien edustajien sekä valtionhallinnossa ja järjestöissä toimivien terveyden edistämisen asiantuntijoiden näkemyksiä ohjelman ohjaavuudesta, toimeenpanosta ja kehittämistarpeista (Muurinen ym. 2008). Muilta osin valtionhallinto (STM:ää lukuun ottamatta) ei näytä olleen selvityksessä kuultavana. Keskeisiä ongelmia tuntuivat olevan, että ohjelmaa ei selvityksen teon aikana (keväällä 2007) kovin hyvin tunnettu ja että siltä koettiin puuttuvan

toimeenpanorakenne. Tavoitteita ei pidetty riittävän konkreettisina. Lisäksi toivottiin ohjelman toimeenpanoon kytkettyä rahoitusta (Muurinen ym. 2008, 13). Terveyserojen kaventamistavoitetta pidettiin kuitenkin yleisesti ajankohtaisena ja tärkeänä (lähies kolme neljäsosaa vastanneista arvioi näin, mikä oli enemmän kuin mitä ajateltiin melkein kaikkien muiden ohjelman tavoitteiden ajankohtaisuudesta ja tärkeydestä – mt., 22–24). Ohjelman tavoitteiden toteutumista ei raportissa yritetty arvioida. Arviointia varten tehdyissä haastatteluissa esiin nostettuja ehdotuksia on sittemmin otettu monien terveystaloudellisten ohjelmien ja toimenpiteiden kohteeksi (kuten erityishuomion lisääminen lapsiin ja maahanmuuttajiin, liikuntaan, ylipainoisuuteen, mielenterveysongelmiin, työuupumukseen ja syrjäytymiseen). Terveys 2015 –ohjelman nuorten miesten tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden alenemistavoitteeseen (tavoite 3) liittyen oli tuolloin tehty erillinen katsaus (Kumpula ym. 2006).

Ohjelman tavoitteiden suuntaista terveystaloudellista voi kuitenkin arvioida toteutetun, vaikei yhteys Terveys 2015 –ohjelmaan olisi aina välttämättä ilmeinen. Terveystaloudellisen arviointia ja seuranta tehdään neljän vuoden välein STM:n kokoamassa hallituksen sosiaali- ja terveystaloudessa (tätä ehdotettiin jo TK-2000 uudistetussa yhteistyöohjelmassa) ja kertomukset vuodelta 2006 (STM 2006a, 216–219) sekä vuodelta 2010 (STM 2010, 42–44) raportoivat ohjelmaan liittyvistä hankkeista ja toimenpiteistä. Sosiaali- ja terveystaloudesministeriö on Terveys 2015 –ohjelmaan liittyen suunnannut varoja kuntien terveyden edistämistyöhön muun muassa Stakesin kuntaprojektin ja Terve Kunta –verkoston kautta. STM on tukenut alueyhteistyötä ja tietopohjan vahvistamista erillisillä terveyden edistämisen määrärahoilla (mm. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Työterveyslaitoksen yhteinen terveyserojen kaventamisen ns. TEROKA-projekti, www.teroka.fi, www.thl.fi/kaventaja). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman Kasteen lähtökohtien tulkitaan myös perustuvan Terveys 2015 –ohjelmaan (Politiikkaohjelmat ohjauskeinona 2010, 63), joskaan Terveys 2015 –ohjelmaa ei ollut merkittävä Kaste-ohjelman ensimmäistä vaihetta kuvaavaan kaavioon, jossa selvitetään ohjelman yhteyksiä muihin ohjelmiin. STM:n suurimpana suorana erillispanostuksena Terveys 2015- ohjelman toimeenpanoon voidaan ehkä pitää kansallista terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmaa (STM 2008a), joka kohdistuu Terveys 2015 –ohjelman toiseen yleistavoitteeseen ja ohjelman 8. tavoitteeseen (eli koulutus- ja ammattityhmien välisten kuolleisuuserojen kaventamiseen), joka puolestaan koskee läpäisyperiaatteella koko kansanterveysohjelmaa. Tästä näkökulmasta terveyserojen kaventamissuunnitelmaa voi pitää periaatteessa maksimaalisen laaja-alaisena Terveys 2015 –ohjelman toimeenpano-ohjelmana.

Terveys 2015 –ohjelman toimeenpano ja toteutuminen voidaan tulkita hyvin laajasti terveyden edistämisen yleisstrategiaksi, mihin myös valtiontalouden tarkastusviraston terveyden edistämisen politiikkaohjelman arvioinnissa viitataan (Politiikkaohjelmat ohjauskeinona 2010, 68). Tällainen laaja-alainen sosiaali- ja terveyssektorin rajat ylittävän *terveys kaikissa politiikoissa* –tyyppisen lähestymistavan sisältävä tulkinna on ollut perustana viimeisimmässä Terveys 2015 -ohjelman väliarvioinnissa (STM 2013). Siinä ohjelman toteutumista arvioidaan sen eri tavoitealueilla ja kaikissa toi-

mintasuunnissa monenlaisten toteutuneiden lainsäädäntö- ja kehittämishankkeiden, kansallisten ohjelmien, suositusten, julkaistujen oppaiden ja muun toiminnan valossa sekä ohjelman tulosindikaattorien pohjalta.

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman tarpeellisuutta ja mahdollisuutta alettiin tunnustella keväällä 2005 sosiaali- ja terveysministeriön virkamiesten ja terveyseroihin perehtyneiden tutkijoiden välisissä keskusteluissa. Sen taustalla olivat paitsi uudet tulokset sosioekonomisten kuolleisuuserojen kasvusta (Valkonen ym. 2003) myös eräiden Euroopan maiden terveystalouden tekemät varsin suuret ja toiveita herättäneet uudistukset. Esimerkiksi Ruotsin uutta kansanterveyslakia (2003) oli pohjustettu perusteellisella monivuotisella komiteatyöllä ja muulla terveystaloudellisesti aktiivisuudella, joka kohdensi huomiota sairauksista terveyden determinantteihin ja terveyden tasa-arvokysymyksiin (ks. esim. Backhans & Moberg 2008; Palosuo ym. 2004). Englannissa oli vuodesta 1997 niin sanotun uuden Labourin aikana käytetty runsaasti voimavaroja terveyseroihin huomion kohdistamaan terveystalouden ja julkaistu uusi kansanterveysohjelma (1999) sekä erillinen terveyserojen kaventamisen toimintasuunnitelma (2003) (ks. esim. Whitehead & Bird 2008; Palosuo ym. 2004).

Väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen oli Suomessa kirjattu myös Jätteenmäen (17.4.2003) ja Vanhasen I (24.6.2003) hallituksen ohjelmaan, jonka mukaan ”väestön terveyseroja pyritään kaventamaan määrätietoisin terveys- ja sosiaalipoliittisin toimin” (Valtioneuvoston kanslia 2003a ja b). Tämän jälkeen terveyserot on kirjattu liki kaikkiin sosiaali- ja terveystaloudellisiin strategia-asiakirjoihin ja myös seuraaviin hallitusohjelmiin.

Suomen toimintaohjelman työstäminen alkoi Vanhasen I hallituksen sosiaalipoliittisen ministeriryhmän toimeksiannosta syksyllä 2006. Valmistelusta vastasi kansanterveyden neuvottelukunta ja erityisesti sen valtakunnallisen yhteistyön jaosto. Valmisteluun osallistui toistasataa asiantuntijaa eri hallinnonaloilta, tutkimuslaitoksista ja yliopistoista, kunnista, sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmästä sekä kansalais-, ammatti- ja potilasjärjestöistä. Seitsemän valmisteluryhmää teki ohjelmaa varten keskeisiä etenemissuuntia käsittelevät taustamuistiot (julkaistu ohjelman liitteinä, STM 2008a). Terveyserojen kaventamisen tavoite kirjattiin myös Vanhasen II hallituksen ohjelmaan (Valtioneuvoston kanslia 2007)¹³. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma kytkettiin Vanhasen II hallituksen terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan ja mitoitettiin hallituskauden mittaiseksi (2008–2011).

13 Kiviniemen hallitus (2010–2011) pitäytyi Vanhasen II hallituksen terveys- ja sosiaalipoliittisissa linjauksissa, joissa todetaan, että ”sosiaali- ja terveystalouden tavoitteena on edistää terveyttä, toimintakykyä ja omatoimisuutta sekä kaventaa eri väestöryhmien välisiä terveyseroja”. Lisäksi ohjelman mukaan ”on huolehdittava kohtuullisesta toimeentuloturvasta ja työkyvyn ylläpidosta sekä varmistettava toimivat peruspalvelut kansalaisten saataville asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta”.

Terveyserojen kaventamishjelma kohdisti huomion terveyserojen syytekijöihin ja eroja tuottaviin prosesseihin. Terveyserojen vähentämiseen pyrittiin kolmen päälinjan kautta:

- vaikuttamalla yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen, työoloihin ja asumiseen;
- tukemalla terveellisiä elintapoja yleisesti ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä;
- parantamalla sosiaali- ja terveystaloudellisten tase-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä.

Sisällöllisten päälinjojen lisäksi esitettiin tavoitteita, jotka koskevat tarvittavaa seuranta- ja tietopohjaa sekä koulutusta ja viestintää. Nämä olivat siten sisältötavoitteiden kannalta tarpeellisia tukitoimia, jotka samalla määriteltiin myös omiksi instrumentaalilaisiksi tavoitteikseen.

Toimintaohjelmaa valmisteltaessa käytiin eräänlaisen ohjelmaekonomian nimissä sekä päällekkäisyyksien välttämiseksi ja synergioiden saavuttamiseksi läpi sen asialliset kytkennät käynnissä olleisiin muihin ohjelmiin ja valittiin lopulta 15 sellaista ”omaa” toimenpidettä (ks. STM 2008a, 73–75), joita ei arveltu riittävästi käsiteltävän muissa samanaikaisissa ohjelmissa ja hankkeissa. Keskeisimpänä ohjelman omiin toimenpiteisiin kuuluvana toiminta-alueena olivat erilaiset palvelut, joiden kehittäminen esiintyi kahdeksassa toimenpidetekonaisuudessa. Näitä olivat ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien terveydenhuollon palvelut, työterveyden edistäminen työsuojelun ja työterveyshuollon kautta, päihdehuollon palvelut, työpaikkojen ruokapalvelu, sosiaali- ja terveystaloudellisten kehittäminen yleensä, kuntoutus, työttömien terveystaloudelliset palvelut ja maahanmuuttajien sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut. Elintapoihin suoraan tai välillisesti kohdistuvia toimia ehdotettiin neljässä eri toimenpidetekonaisuudessa: terveyden edistäminen työoloilla, joissa haitalliset elintavat ovat yleisiä; alkoholiveron nosto; tupakkaveron nosto sekä tupakan matkustajatuonnin rajoittaminen; terveyttä edistävän liikunnan ja ravitsemuksen tukeminen. Ohjelman omista toimenpiteistä neljä kohdistui lisäksi erilaisiin perustietoihin koskeviin tukitoimiin: seurantajärjestelmän luomiseen, erillisselvityksiin, terveystaloudellisten arvioinnin kehittämiseen sekä tutkimukseen ja viestintään.

Osa ehdotetuista toimenpiteistä on muotoiltu hyvin väljästi ja laajasti, esimerkiksi toimenpide 8: ”Sosiaali- ja terveystaloudellisia kehitetään ja kohdennetaan väestöryhmittäisen terveystaloudellisen seurannan tai muulla tavoin tunnistetun tarpeen perusteella”. Ohjelman toimeenpanoa varten tehtiin sen julkaisemisen jälkeen erikseen tarkennettu toimeenpanosuunnitelma. Ohjelma-asiakirjassa julkaistussa luettelomaisessa toimeenpanosuunnitelmassa ohjelman varsinaisille omille 15 toimenpiteelle esitettiin koordinoituvastuussa oleva taho, mukana olevat toimijat ja väljä aikataulu (STM 2008a, 73–76). Näissä ohjelman omista toimenpiteistä ei kuitenkaan juuri lainkaan esitetty ensimmäisen päälinjan mukaisia velvoitteita yleiselle yhteiskuntapolitiikalle lukuun ottamatta tavoitetta edistää terveyttä osana työpaikkojen toimintakulttuuria

sekä epäsuorasti työllisyyttä palvelevaa tavoitetta kohentaa työttömien terveyspalveluja. Sen sijaan niitä esiintyi yhdeksällä seurattavaksi kirjatulla erityisen tärkeällä alueella, joihin kohdistui samaan aikaan muita hankkeita tai ohjelmia. Nämä hankkeet ja ohjelmat eivät välttämättä olleet terveystaloudellisia, mutta ne kohdistuivat terveyden determinantteihin. Niissä tavoitteena on vähentää köyhyyttä, tukea koulutusta ja työllisyyttä, vähentää asunnottomuutta, vahvistaa mielenterveystyötä ja turvata palveluja ikäihmisille. Seurattavat toimenpidealueet kirjattiin ohjelman tekstiin myös ohjelman linjauksiksi ja seurattavien toimenpiteiden taustalla oleva ohjelma ja toimenpiteistä vastuussa oleva seurantataho identifioitiin (STM 2008a, 77). Ohjelman arviointiin palataan WHO:n ja Suomen ohjelmien vertailun yhteydessä.

5 WHO:n Social Determinants of Health -komission työ ja tavoitteet

WHO:n *Terveyttä kaikille* –ohjelmat ovat jatkuneet myös 2000-luvulla, mutta 1990-luvun lopussa tehty uusi *Terveyttä kaikille 21. vuosisadalla* (WHA 1998; WHO 1999) ei saanut samanlaista nostetta kuin Alma Atan konferenssista käynnistynyt terveyspoliittinen prosessi (esim. Baum 2005). 2000-luvun alkuvuosina oli selvää, että terveydellinen eriarvoisuus maailman maiden välillä ja maiden sisällä oli edelleen suurta ja sitä oli ilmennyt enenevästi myös uusilla alueilla kuten Itä-Euroopan transitiomaissa (WHO 1999). WHO:n pääjohtaja tri Jong-wook Lee asetti maaliskuussa 2005 komission (Commission on Social Determinants of Health, CSDH), jonka tehtäväksi tuli koota tietoa terveyden sosiaalisista määrittäjistä ja niiden vaikutuksista terveyseroihin maailmanlaajuisesti ja tehdä yhteenvedon pohjalta suosituksensa eriarvoisuuden vähentämiseksi. Komission puheenjohtajaksi kutsuttiin Sir Michael Marmot, joka oli aikaisemmin Richard Wilkinsonin kanssa koontanut WHO:lle raportin nimeltä *Social Determinants of Health, The Solid Facts* vuonna 1998 ja oli ollut pohjustamassa Englannin New Labourin eriarvoisuuskysymyksiin painottunutta terveyspolitiikkaa ns. Achesonin raportin (1998) asiantuntijana (Tsouros 2003). SDH-komissiossa oli professori Marmotin lisäksi 18 komissaaria eri puolilta maailmaa, Pohjoismaita edusti professori Denny Vågerö Ruotsista.

SDH-komission loppuraportti *Closing the gap in a generation - Health equity through action on the social determinants of health* (CSDH 2008) julkistettiin 28. elokuuta 2008. Julkaisuvuonna oli kulunut 60 vuotta WHO:n peruskirjan hyväksymisestä ja 30 vuotta Alma Atan perusterveydenhuollon konferenssista, joiden molempien linjauksiin komission työ luontevasti niveltyi. Komissio perusteli työnsä tarpeellisuutta sillä, että tietoa terveyseroista ja terveyden sosiaalisista määrittäjistä oli nyt huomattavasti enemmän kuin oli esimerkiksi Alma Atan julistuksen aikaan. Sosiaalista kehitystä olisi lähestyttävä uusilla tavoilla, joissa ei painoteta pelkästään talouskasvua. WHO:n olisi näissä oloissa otettava paikkansa terveysjohtajana ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden puolestapuhujana ymmärtäen, että perinteinen terveydenhuoltopohjainen terveysmalli ei riitä ja että eriarvoisuuden määrä on maailman tulevaisuuden kannalta kestäättömän suuri. (CSDH 2008, 28.)

Komission valmistelutyössä oli neljä pääjuonetta ja vastaavat yhteistoimintatohot: 1) tietoverkot, 2) maapartnerit, 3) kansalaisjärjestöt (civil society) ja 4) WHO. Yhdeksän kansainvälistä tietoverkkoa (Knowledge Networks) kokosi epidemiologista ja terveyspoliittista evidenssiä, joita koskevat erilliset raportit ja yhteenvetoraportti (The Commission on Social Determinants of Health Knowledge, Lee & Sadana 2011) ovat ladattavissa WHO:n verkkosivuilta. Tietoverkkojen aihealueet olivat 1) globalisaatio,

2) naiset ja sukupuolten tasa-arvo, 3) sosiaalinen syrjäytyminen, 4) työolot, 5) varhaislapsuuden kehitys, 6) kaupunkimaiset asuinympäristöt, 7) terveysjärjestelmät, 8) kansanterveyden prioriteetit ja 9) mittaaminen ja evidenssi (CSDH 2007). Tietoverkkojen työ jatkuu teemaryhmien muodossa (www.who.int/). Lisäksi komissiolla oli referenssiryhminä tunnetut asiantuntijaryhmät Itä-Aasiassa ja Pohjoismaissa. Pohjoismainen referenssiryhmä teki erillisen pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden kansanterveyden kehitystä koskevan raportin (NEWS 2008). Valmistelutyössä oli mukana myös teemaryhmiä aiheinaan alkuperäisasukkaat, ikääntyminen, ruoka ja ravitsemus, väkivalta ja ristiriidat sekä ympäristökysymykset.

Kirjallisella sitoumuksella vahvistettuja maapartnereita oli yhdeksän: Brasilia, Chile, Kanada, Kenia, Iran, Mosambik, Ruotsi, Sri Lanka ja Iso-Britannia. Kiinnostuneita maita oli lukuisia muitakin ja ne ovat tavalla tai toisella osallistuneet komission käynnistämään työhön. Muun muassa Australiassa sosiaaliset määrittäjät otettiin kansallisen ohjelman keskeiseksi osaksi vuonna 2007 (tavoitteena poistaa alkuperäisasukkaiden ja koko väestön välinen elinajanero sukupolven aikana). Lisäksi ohjelman valmisteluun liittyivät Healthy Cities –verkosto, WHO:n Koben keskuksen terve kaupungistuminen –ohjelma sekä joukko muita kaupunkeja (New York, Glasgow, Lontoo ja New Orleans). Kaikkiaan komission työskentelyyn osallistui useita satoja tutkijoita ja asiantuntijoita ympäri maailmaa. (CSDH 2008, 194–196.)

Komissio teki yhteistyötä WHO:n kanssa maatasolla, aluetasolla ja globaalisti, mutta toteaa raportissaan, ettei sen päätelmiä ole tehty WHO:n päätöksentekoprosessien mukaisesti eikä se siten ole WHO:n virallinen ääni (CSDH 2008, 194; komission suhteesta WHO:hon ks. myös Lee 2010, 12, ja muusta työskentelystä Muntaner ym. 2009). Raportissa todetaan kuitenkin, että WHO oli jo eri tavoin ottanut asiakseen viädä terveyden sosiaalisiin määrittäjiin painottuvaa strategiaa eteenpäin (CSDH 2008, 194). WHO:n sitoutuminen komission suosituksiin ilmaistiin edelleen keväällä 2009 WHO:n 62. yleiskokouksessa, jonka resoluutiossa 14 viitataan WHO:n aiempiin linjauksiin (perustamissopimus 1948, Alma Atan konferenssi 1978, Health for All –liikkeen periaatteet, Ottawan julistus, Bangkokin julistus) sekä YK:n vuosittuhatavoitteisiin, ja vedotaan jäsenmaitiin, jotta ne toimitivat komission suositusten mukaisesti terveyserojen vähentämiseksi erityisesti hallinnonalojen välisen toiminnan avulla ja terveydellisen oikeudenmukaisuuden periaatteet kaikkiin politiikkoihin valtavirtaistuen, käyttäen hyväksi terveysvaikutusten ja terveyserovaikutusten arviointia (WHA62, 2009).

Komission taustatyö ja siitä kertynyt aineisto olivat ennennäkemättömän laaja-alaisia ja prosessista on myös näyttänyt seuranneen kiinnostusta ja innostusta samaan tapaan kuin aikanaan Alma Atan konferenssista ja Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –aloitteesta. Komissioon osallistuneessa Ruotsissa tehtiin nopeasti katsaus, jossa Ruotsin determinanttipainotteista terveyspolitiikkaa vertailtiin komission suosituksiin (Svenska lärdomar ... 2010). Englannissa muotoiltiin uudestaan jo pitkään terveyserojen kaventamista painottanutta politiikkaa (The Marmot Review 2010). Norjan uudessa kansanterveyslaissa painotetaan terveyden determinantteja kansanterveyteen ja terveyseroihin vaikuttamisessa (MHCS 2011). WHO tukee prosessin ete-

nemistä jäsenmaissa. Esimerkiksi Genevessä Social Determinants -sihteeristö seuraa determinantteihin liittyvää työtä ja julkaisee muun muassa Discussion Papers –sarjaa. Brasiliassa pidettiin lokakuussa 2011 pääasiassa korkean tason kansallisille päättäjille maailmanlaajuinen konferenssi, jonka hyväksymä julistus jatkaa WHO:n vuoden 2009 yleiskokouksen sitoutumista toimiin eriarvoisuuden vähentämiseksi (WHO 2011, Rio Political Declaration on Social Determinants of Health). WHO:n jäsenvaltiot vahvistivat tämän julistuksen WHO:n yleiskokouksessa vuonna 2012. Euroopan alueella on työstetty uusi WHO:n Euroopan alueen terveyspolitiikan linjaus *Health 2020* (WHO 2012). Tähän prosessiin kytkeytyy Sir Michael Marmotin johdolla vuosina 2010–2012 tehtävä katsaus Euroopan maiden terveystilanteeseen ja terveyseroihin sekä Itä- ja Länsi-Euroopan väliin terveyseroihin. Marmotin johtama konsortio on tuottanut kaksi väliraporttia (European Social Determinants and Health Divide Review, Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region, 2010, Interim second report... 2011). WHO:n Euroopan aluekomitean kokous käsitteli toista väliraporttia syyskuun 2011 kokouksessa Bakussa (Tsouros 2011; Promoting health and reducing health inequities ... WHO epv.). Lopputaportista on tätä kirjoitettaessa julkaistu yhteenveto (Marmot ym. 2012).

WHO:n Social Determinants of Health linkittyy myös moniin muihin suuriin kansainvälisiin hankkeisiin kuten YK:n vuosittain toteutettavien tavoiteohjelmaan sekä kansanterveyden kohentamistavoitteissaan käytännössä myös WHO:n rinnakkaisprosessiin, joka koskee kroonisten tautien ehkäisyä (ks. esim. Beaglehole ym. 2011; Beaglehole ym. 2012).

”Social injustice is killing people on a grand scale”

Komission suorasukainen teesi on, että sosiaalinen epäoikeudenmukaisuus tappaa ihmisiä laajamittaisesti (CSDH 2008, 26). Komissio painottaa, että terveyttä vahingoittavien kokemusten epätasainen jakautuminen ei ole ’luonnollinen’ ilmiö vaan seurausta heikon sosiaalipolitiikan, heikkojen ohjelmien, epäreilujen talousjärjestelyjen ja huonon politiikan toksisesta kombinaatiosta (CSDH 2008, 1). Terveydellinen eriarvoisuus (health inequity¹⁴) määritellään raportissa seuraavasti: jos voidaan arvioida systemaattisten erojen terveydessä olevan vältettävissä kohtuullisilla toimilla, ne ovat epäoikeudenmukaisia (unjust) (CSDH 2008, 26).

14 Raportissa käytetään terveyserojen yhteydessä johdonmukaisesti termiä *equity* tai *inequity/inequities* WHO:n yleisen käytännön mukaisesti. Margaret Whitehead ja Göran Dahlgren tulkitsivat WHO:lle tekemässään käsittepaperissa (2006, 4) ’inequity’ ja ’inequality’ –termit synonyymeiksi. *Inequity* on sanakirjasuomennoksena *epäoikeudenmukaisuus* ja *inequality* *erilaisuus, eriarvoisuus, epätasa-arvo*. Inequity-termi sisältää siten ehkä asteen verran vahvemman moraalisen arvoarvostelman kuin *inequality* (ks. myös Graham 2004b). Epäoikeudenmukaisuus-käännös sopii toisinaan erityisesti politiikkayhteyksiin, mutta useissa varsinkin epidemiologisissa havainto- ja koskevissa yhteyksissä termin *health inequity* luontevin suomennoksena on alkuperäistä englanninkielistä neutraalimpi *terveysero*.

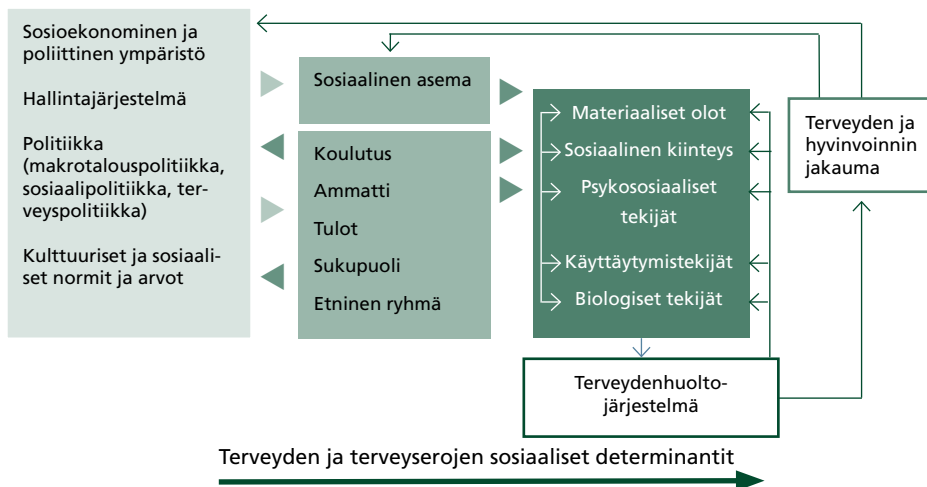
Toiminnallinen painopiste on komission raportissa siirtynyt edellisiä ohjelmia painokkaammin terveydestä sen sosiaalisiin syytekijöihin. Terveyserojen vähentäminen on komission näkökulmasta eettinen välttämättömyys.

Viitekehys, päätoiminta-alueet ja suositukset

Arvolähtökohdan lisäksi tarvitaan tietoa siitä, mitä on mahdollista tehdä ja mikä todennäköisesti toimisi terveydentilaa kohentavasti ja terveyseroja vähentävästi (CSDH 2008, 42). Evidenssin kokoaminen olikin komission keskeisenä tavoitteena. Kiinnostuksen kohteena eivät olleet tautien välittömät syyt vaan taustalla vaikuttavat 'syiden syyt' eli terveyden sosiaaliset määrittäjät. Huomio kohdistettiin sosiaalisten hierarkioiden perusrakenteisiin ja näiden rakenteiden säätelemiin sosiaalisiin olosuhteisiin eli arkielämän oloihin, joissa ihmiset kasvavat, elävät, tekevät työtä ja vanhenevat (CSDH 2008, 42). Sosiaaliset hierarkiset rakenteet ovat sekä globaaleja että kansallisia ja vaikuttavat kaikkialla jokseenkin samalla tavalla. Samalla globalisoitunut maailma on yhdentynyt ja sillä, mitä tapahtuu jossakin päin maailmaa, onkin vaikutuksia kaikkialla – tämä tulee näkyviin finanssikriiseissä, erilaisissa konflikteissa, väestön liikkumisessa, kaupankäynnissä, työoloissa, ruoan tuotannossa ja tautien esiintymisessä (CSDH 2008, 28). Tästä seuraa se, että terveystilannetta ei voi enää missään käsitellä pelkätään erillisenä kansallisena ilmiönä, vaan niin rikkaiden kuin köyhienkin maiden ongelmat ja niiden ratkaisut kytkeytyvät yhteen.

Komission käyttämä teoreettinen syy- ja seuraussuhteiden ketjua kuvaava viitekehys (kuvio 1) osoittaa vaikutusten ja vaikuttamisen kentän moniaineisuus. Viitekehys kattaa lähestulkoon kaikki ihmisen elämään ja yhteiskuntaan liittyvät ilmiöt, mikä on myös antanut aiheita arvostella komission pyrkimyksiä mahdottomiksi saavuttaa (esim. Green 2010). Pääosin viitekehys kuitenkin muistuttaa tavanomaisia sosiaaliepidemiologisia kausaalimalleja, joissa sosiaalinen asema ja sitä määrittävät ulottuvuudet (koulutus, ammatti, tulot, sukupuoli, etninen ryhmäkuuluvuus) välittävät eri mekanismien kautta makrotason yhteiskunnallisten tekijöiden vaikutuksia terveyteen. Komission mallissa syiden ja vaikutusten ketjuun kuuluu myös laajempi yhteiskunnallinen ja poliittinen ympäristö, jossa näkyy paitsi yleinen kulttuurinen ympäristö normeineen ja arvoineen, myös hallinta (governance) ja politiikan eri alueet. Viitekehysten politiikka-terminä on *policy* (jonka voi suomentaa toimintapolitiikaksi) eikä siinä esiinny *politics*-politiikkaa eli valtopolitiikkaa erillisenä elementtinä (vrt. esim. Starfield 2006, joka vastaavanlaisessa kausaalimallissa erottaa valtopolitiikan alueen, *political context*, ja erilliset toimintapolitiikat, *policies*; ks. myös Hänninen & Junnila 2012, 7). Komission raportissa kuitenkin käsitellään myös valtopolitiikkaa, erityisesti kansainvälisen politiikan ja talouspolitiikan yhteydessä, poikkeuksellisen laajasti.

Komissio on käyttänyt viitekehystä melko väljänä ajatuskehikkona raportin teemoille ja ehdotuksille. Pääpaino on elinoloihin kohdistuvissa politiikan toimissa, erilaisissa yhteistoimintakuvioiden sekä tiedon, seurannan ja arvioinnin kehittämisessä.



Kuvio 1. WHO:n terveyden sosiaalisten määrittäjien viitekehys (CSDH 2008, 43)

Sosiaalepidemiologiassa keskeisiin elämäntyyli- ja käyttäytymistekijöihin ei raportissa kiinnitetä kovinkaan paljon huomiota yksilöiden käyttäytymisen tai riskikäyttäytymisen tasolla vaan niitä käsitellään tietyissä olosuhteissa toteutuvina terveyden määrittäjinä¹⁵. Terveysvalistus ja yksilölliseen käyttäytymiseen vaikuttaminen eivät esiinny suosituksissa terveyspolitiikan välineinä kuin enintään sivumennen, ja suositukset kohdistuvat pääosin olosuhteiden muuttamiseen. Painopiste on siten niin sanotussa *upstream*-tason tekijöissä, joilla tarkoitetaan yhteiskunnallisen makrotason rakenteellisia tekijöitä.

Terveyspolitiikan sisältöä koskevat alueet on jaettu kolmeen pääalueeseen ja yleisiä pääsuosituksia on kolme. Ne on muotoiltu siten, että niihin samalla sisältyy toimintaperiaate (CSDH 2008, 2):

1. Parannetaan arkielämän elinehtoja eli olosuhteita, joissa ihmiset syntyvät, kasvavat, elävät, tekevät työtä ja ikääntyvät.
2. Puututaan vallan, rahan ja resurssien epätasaiseen jakautumiseen eli rakenteellisiin arkielämän ehtojen muokkaajiin (drivers) – globaalisti, kansallisesti ja paikallisesti.
3. Mitataan ja ymmärretään ongelma ja arvioidaan toiminnan vaikutukset.

Kolmelle pääalueelle on eritelty yhteensä 12 tavoitealuetta ja hahmoteltu kaikkiaan 30 keskeistä toiminta-aluetta ja 52 suositusta (CSDH 2008, Annex A, 202–206). Suosituk-

¹⁵ *Health 21* Euroopan alueen ohjelmassa elämäntyyli (*Healthy lifestyles*) on vielä omana otsikkoalueenaan ja painopisteenä on terveelliset valinnat mahdollistavien ympäristöjen luominen (WHO 1999, 83).

set ovat yleisiä, jotta ne sopivat mahdollisimman laajalti maailman eri maihin. Suosituksia ja niiden sanamuotoja ei esitellä käsillä olevassa katsauksessa yksityiskohtaisesti. Sen sijaan raportin pääsanomista, peruseriaatteista, osa-alueista ja ehdotuksista pyritään antamaan yleiskuvaus raportin yleisen hengen ja eetoksen mukaisesti¹⁶.

Arkielämän elinolojen parantamisen pääteema on komission raportissa jaoteltu seuraaviin tavoitealueisiin (sulkeissa tavoitteisiin liittyvien toiminta-alueiden ja suositusten lukumäärä):

- Tasa-arvoiset kehitysmahdollisuudet lapsuudesta alkaen (2 toiminta-aluetta, 4 suositusta)
- Terveelliset elin- ja asuinympäristöt (3 toiminta-aluetta, 5 suositusta)
- Reilut työn ehdot ja kunnollinen työ (3 toiminta-aluetta, 5 suositusta)
- Koko elämänsäajan kattava sosiaalinen suojeleminen (2 toiminta-aluetta, 3 suositusta)
- Universaali terveydenhoito (3 toiminta-aluetta, 4 suositusta)

Valtaa, rahaa ja resursseja koskevat tavoitealueet ovat seuraavat:

- Terveyden tasa-arvo kaikissa politiikoissa, järjestelmissä ja ohjelmissa (2 toiminta-aluetta, 5 suositusta)
- Reilu finanssipolitiikka (3 toiminta-aluetta, 6 suositusta)
- Markkinoiden vastuullisuus (2 toiminta-aluetta, 3 suositusta)
- Sukupuolten tasa-arvo (3 toiminta-aluetta, 6 suositusta)
- Poliittinen voimaannuttaminen – inkluusio ja äänen antaminen (2 toiminta-aluetta, 4 suositusta)
- Hyvä globaali hallinta (2 toiminta-aluetta, 3 suositusta)

Ongelman mittaamiseen ja ymmärtämiseen ja vaikutusten arviointiin liittyvässä pääalueessa käsitellään seuraavaa:

- Terveyden sosiaaliin determinantteihin kohdistuva monitorointi, tutkimus ja koulutus (3 toiminta-aluetta, 8 suositusta)

¹⁶ Tässä katsauksessa esitellään siten komission tutkimuskirjallisuuteen ja taustatyöhön perustuvia näkemyksiä ja ehdotuksia, joita ei ole välttämättä puettu varsinaisiksi suosituksiksi. Raportin lähdeviittauksia ei ole kirjattu tähän katsaukseen.

Komission näkemyksen mukaan kaksi kiireisintä ratkaisua vaativaa asiakokonaisuutta maailmanlaajuisesti ovat terveyden tasa-arvo ja ympäristön muutos. Komissio ei kuitenkaan pitänyt pätevyysalueeseensa kuuluvana yrittää muotoilla uutta kansainvälistä talousjärjestelmää, joka suhteuttaisi koko maailman väestöä koskevan sosiaalisen ja taloudellisen kehityksen tarpeet, terveyden tasa-arvon sekä kiireisiä toimia vaativan globaalin ilmastonmuutoksen toisiinsa (CSDH 2008, 27). Ilmastonmuutoksen ja ekologisen muutoksen tarkempi käsittely ja suositukset on siten rajattu komission työkentän ulkopuolelle, joskin ympäristöongelmia käsitellään jonkin verran erityisesti alakohdassa, joka keskittyy elinympäristön terveellisyyteen.

Globaalit tavoitteet ja aikajänne

”Closing the gap in a generation” viittaa sukupolven mittaiseen aikaan, noin 30 vuoteen, ja ohjelman tavoitevuosi on 2040. Päämäärä on yleinen toivomusluonteinen ihannepäämäärä: kuilua on kavennettava, vaikkei sitä umpeen kurottaisikaan. Komissio näkee joka tapauksessa mahdollisuuden huomattavaan eriarvoisuuden vähentämiseen yhden sukupolven aikana ja vaatii toimeen ryhtymistä heti, sillä tietoa on paljon monista tiedon puutteista huolimatta ja joka tapauksessa riittävästi perustelemaan tarvittavia taloudellisia ja sosiaalisia muutoksia. Komission näkemyksen mukaan on selvää, että maiden väliset ja sisäiset terveyserot voivat muuttua huomattavan nopeasti (CSDH 2008, 35). Yksityiskohtaiset tavoitteet on jätetty jäsenmaiden päätäntään, mutta komissio ehdottaa kuitenkin kolmea globaalia tavoitetta, joita se toivoo WHO:n vievän eteenpäin (CSDH 2008, 197):

Tavoite 1: Vähennetään vuosien 2000 ja 2040 välillä elinajanodotteen ero pitempään elävien ylimmän kolmanneksen maiden ja lyhimmän eliniän kolmanneksen maiden välillä 10 vuodella, siten että alimman kolmanneksen maiden elinikä nousee.

Tavoite 2: Vähennetään vuosien 2000 ja 2040 välillä aikuisten kuolleisuutta puoleen kaikissa maissa ja maiden sisällä kaikissa sosiaaliryhmissä. (Tämä vähentäisi kuilua maiden välillä ja sisällä puolella.)

Tavoite 3: Vähennetään vuosien 2000 ja 2040 välillä 90 prosentilla alle 5-vuotiaitten kuolleisuutta kaikissa maissa ja maiden sisällä kaikissa sosiaaliryhmissä, ja vähennetään vuosien 2000 ja 2040 välillä 95 prosentilla äitiyskuolleisuutta kaikissa maissa ja maiden sisällä kaikissa sosiaaliryhmissä. (Näiden saavuttaminen merkitsisi kuilun kaventamista vastaavilla prosenttiosuuksilla.)

Näiden tavoitteiden saavuttaminen merkitsisi absoluuttisten erojen vähenemistä ja suhteelliset erot eivät ainakaan kasvaisi. Tavoitteiden realistisuutta on punnittu koke-

musperäisesti kansanterveyden jo toteutuneiden kehityslukujen pohjalta. Esimerkiksi jaksolla 1950–1980 tapahtunut lapsikuolleisuuden väheneminen oli pohjana ehdotettaessa tavoitetta alle 5-vuotiaiden kuolleisuuden vähentämiseksi. Muun muassa Indonesiassa ja Perussa on tapahtunut viime vuosina tässä asiassa nopeaa positiivista kehitystä (CSDH 2008, 197).

Raportin lopussa esitetään karkea aikataulu (2008–2040) välitavoitteineen (milestones) vuoteen 2020. Siitä eteenpäin edelleen vuoteen 2040 ehdotetaan kehityksen seurantaan viiden vuoden välein tehtävien raporttien avulla.

Universalismi ja julkisen vallan vastuu

Reportissa painotetaan toistuvasti, että keskeisten hyvinvointijärjestelmien tulisi olla universaaleja eli kaikkia koskevia. Tämä koskee koulutusta, terveydenhuoltoa ja sosiaaliturvaa. Universalismia suositellaan maihin, joissa sosiaalista suojelua ollaan vasta rakentamassa, ja perustellaan sillä, että järjestelmän vaihtaminen on hankalaa sen jälkeen kun sen perusta on luotu. Kohdennettuja järjestelmiä voi käyttää täydennyksenä, mutta ainoastaan varmistusjärjestelmänä, jolla autetaan niitä, joita universaali järjestelmä ei tavoita (CSDH 2008, 90). Järjestämismvastuukysymyksissä painotetaan julkisen vallan, erityisesti valtiovallan roolia. Valtiovallan on huolehdittava siitä, että heikoimpien kansalaisten ääni tulee kuuluviin. Eriarvoisuuden vähentämisen politiikasta tulisi päättää korkeimmalla poliittisella tasolla, esimerkiksi parlamentissa tai sitä vastaavassa edustuksellisessa elimessä (mt., 111).

Koulutus ja terveydenhuolto ovat julkisia hyödykkeitä, joita komission mukaan ei pidä jättää markkinoiden huolehdittavaksi. Komission peruslähtökohtia kiteyttää oheinen lainaus (ks. laatikko). Peruskoulutuksen pitäisi olla maksutonta ja sukupuolten tasa-arvo tulisi taata, mikä monissa köyhissä maissa tarkoittaa erityisen huomion kohdistamista tyttöjen koulutukseen.

”Terveys ei ole kauppatavara. Terveydessä on kyse oikeuksista ja julkisen sektorin vastuusta. Terveyteen kohdistettavat resurssit on sinänsä jaettava oikeudenmukaisesti ja universaalisti. Tähän liittyy kolme asiaa. Ensinnä, kokemus osoittaa, että elintärkeiden sosiaalisten hyödykkeiden kuten koulutuksen ja terveydenhuollon kaupallistaminen tuottaa terveydellistä epätasa-arvoa (health inequity). Julkisella sektorilla on oltava määräysvalta tällaisten elintärkeiden sosiaalisten hyödykkeiden järjestämisessä sen sijaan että se jätettäisiin markkinoiden hoidettavaksi. Toiseksi, terveydelle vahingollisten tai terveyseroja aiheuttavien tuotteiden, toimien ja olosuhteiden tehokkaaseen kansalliseen ja kansainväliseen säätelyyn tarvitaan julkisen vallan johtajuutta. Näistä yhdessä seuraa kolmas kohta: kaiken politiikan ja markkinasäätelyn pätevä säännöllinen terveyserovaikutusten arviointi (health equity impact assessment) olisi vakiinnutettava kansallisesti ja kansainvälisesti.” (CSDH 2008, 14)

Suositusalue 1: Elinolojen parantaminen

Tasa-arvoiset kehitysmahdollisuudet lapsuudesta alkaen

Lapsuusajan eriarvoisuuden vähentäminen on komission näkemyksen mukaan keskeistä kaikkialla, mutta erityisen paljon on tehtävää köyhissä maissa ja maissa joissa ei ole ilmaista koulutusta ja joissa lapset tekevät ansiotyötä. Lapsiin panostaminen auttaisi terveyserojen vähentämistä jo yhden sukupolven aikana. Kaikkiin lapsiin olisi jo varhaislapsuudessa kohdistettava kehittämistoimia, mutta erityistä huomiota on kiinnitettävä lapsiin, joilla on huonoimmat mahdollisuudet. Komission mukaan tarvitaan integroitua ja koordinoitua politiikkaa, jossa otetaan huomioon muun muassa opetusalan ja terveysalan yhteistyö ja elämäntapa-lähestymistapa sekä kiinnitetään huomiota sukupuolten tasa-arvoon.

Terveelliset elin- ja asuinympäristöt ja terveet ihmiset

Maaailma on nopeasti kaupungistunut. Vuonna 2007 ensi kertaa puolet maailman väestöstä asui kaupunkioiloissa ja tuolloin lähes miljardi asui hengenvaarallisen huonoissa slummeissa tai tilapäisissä asumuksissa (informal settlements) (CSDH 2008, 60). Asuntokriisi uhkaa sekä köyhiä että rikkaita maita. Ilmanlaatu ja ympäristön heik-

keneminen ovat suuria ongelmia. Ekologisen muutoksen haittavaikutusten todetaan kohdistuvan suuremmissa määrin heikommassa asemassa oleviin ryhmiin. Kaupunkien asuinympäristöjen kohentaminen, puhtaasta vedestä huolehtiminen, sähkön saatavuus ja ruoan jakeluketjut ovat tärkeitä toiminnan alueita, mutta samoin ovat myös maanomistusolot ja maaseudun kehittäminen sekä maaseudun ja kaupunkien välisen tasapainon löytäminen.

Elintapoihin liittyviä terveysriskejä kuten lihavuutta käsitellään yhdyskuntasuunnittelun asiana ja alkoholia jakelupolitiikan asiana. Väkivallan ja rikollisuuden torjuntaan esitetään integroituja toimia, joissa huomio kiinnitetään koteihin, alkoholin ja huumeiden käyttöön, oikeudenkäyttöpäihin, sosiaaliturvaan sekä lasten ja nuorten elämäntaitojen tukemiseen. Suosituksia annetaan sekä valtiovalle että paikallistason toimijoille ja kansalaisyhteiskunnan edustajille terveellisten elinolojen turvaamiseksi, mutta myös kansainvälisille toimijoille energia-, jäte- ja ilmastoasioiden säätelemiseksi.

Reilut työn ehdot ja kunnollinen työ

Komissio kiinnittää huomiota työn keskeiseen merkitykseen eriarvoisuuden tuottamisessa ja vastaavasti myös vähentämisessä. Raportin mukaan globaali markkinoiden yhdyntyminen on lähtenyt vauhtiin 1970-luvulla ja johtanut globaalin työvoiman joustavaan käyttöön. Tästä on seurannut huomattavia työolojen ja töiden järjestämistapojen muutoksia, jotka vaikuttavat terveyteen. Ylikansallisten yritysten valta on kasvanut ja työntekijöiden ja heitä edustavien ammattiliittojen valta on vähentynyt myös vauraissa maissa.

Komissio ei ole osannut ottaa tarkasti kantaa siihen, miten kansallisten talouksien ja globaalien markkinoiden välisiä suhteita tulisi muuttaa, mutta ainakin tarvittaisiin suoria markkinoita ja kilpailua koskevia rajoituksia sekä kansainvälisiä sopimuksia (esimerkiksi Maailman kauppajärjestön sopimukseen olisi saatava suojamääräyksiä kansanterveysasioille). Komission mielestä yrityslakeja voisi muuttaa siten, että painotetaan laajempia sosiaalisia ja ympäristöä koskevia päämääriä pääoman omistajille koituvan voiton maksimoimisen sijasta. Tämä edellyttää kansainvälistä koordinaointia (CSDH 2008, 80). Komissio viittaa ympäristöliikkeen aikaansaamiin muutoksiin ympäristöön kohdistuvassa vastuussa, ja uskoo, että samanlaisia vaatimuksia voitaisiin tehdä työllisyyden ja työn ominaispiirteiden muokkaamisen suhteen (mt., 80). Suuria kysymyksiä ovat muun muassa epävakaa työsuhteet, monet sidotun tai suoranaisen orjatyön muodot ja työn ja perheen yhteensovittaminen. Terveyssektorin asia on johtaa työterveyspolitiikkaa ja vaikuttaa haittoja vähentävästi. Tällä alueella tarvitaan muun muassa WHO:n ja ILO:n yhteistyötä.

Koko elämäntieteen kattava sosiaalinen suojele

Sosiaalisen suojelelun ja muun kohtuullisen elämisen oikeus ilmaistaan ihmisoikeuksien julistuksen artiklassa 25. Maailman ihmisistä kuitenkin 4/5 oli vailla perussosiaalitur-

vaa 2000-luvun alussa. Köyhyys ja alhainen elintaso ovat tunnetusti huonon terveyden determinantteja. Uudelleenjakavat hyvinvointijärjestelmät ja työ ovat keskeisiä köyhyyden vähentämisen keinoja. Pohjoismaat nostetaan esiin: hyvinvointivaltiolla on uudelleenjakomekanismiensa lisäksi myös epäsuorempi vaikutus hyvinvointiin. Maissa, joissa on anteliaat sosiaaliturvajärjestelmät, on yleensä parempi kansanterveys. Sama koskee eläketurvaa, työttömyysturvaa ja työtapaturvavakuutuksia. (CSDH 2008, 85.)

Sosiaaliturva lieventää globalisaation vaikutuksia, joita tulee liberaalin talouden aiheuttamasta epävarmuudesta ja taloudellisista shokeista. Turva saattaa olla riippuvaista kansalaisuudesta ja kasvava osa ihmisiä (siirtolaisia, pakolaisia, turvapaikanhakijoita) jää kansalaisuuden ulkopuolelle. Sosiaaliturvajärjestelmän tulisi komission mielestä olla universaali. Se tukee eniten turvaa tarvitsevien arvokkuutta ja itsekunioitusta. Kaikki hyötyvät ja sosiaalinen koheesio paranee. Kaikkien olisi oltava järjestelmän piirissä lapsuudesta vanhuuteen. Jotta kaikki maat pääsisivät tasolle, jolla universaali järjestelmä voidaan luoda, tarvitaan muutoksia globaalissa talouspolitiikassa ja kansantalouksissa. Kansalaisjärjestöt voivat auttaa kansalaisia pitämällä myös sosiaaliturvakysymyksiä politiikan asialistalla sekä valvomalla hallituksen toimia. (CSDH 2008, 89.)

Universaali terveydenhuolto

Komission viitekehyksessä terveydenhuolto (instituutiona) on yksi tärkeä terveyden sosiaalinen määrittäjä. Komissio ilmaisee huolensa makrotalouspolitiikan globaalien virtausten kielteisistä vaikutuksista terveyssektorin uudistuksiin. Tällaisia ovat käytäjämaksujen lisääminen ja toimenpidemaksut, tuottajien ja ostajien erottaminen, lääketieteellisten interventtioiden suosiminen sosiaalisiin määrittäjiin kohdistuvien ensisijaisten interventtioiden sijasta sekä yksityissektorin toimijoiden roolin vahvistuminen. Näiden ilmiöiden taustalla on kansainvälisiä ja kaupallisia toimijoita ja lääketieteellisiä ryhmiä. Näiden seurauksena muun muassa kattavien perusterveydenhuollon järjestelmien kehittäminen on vaikeutunut ja kulut ovat kasvaneet vaikka hyödyt eivät välttämättä ole olleet suuria. On havaittu sekä terveyspalvelujen ylikäyttöä että alikäyttöä. Universalismiin sitoutuminen on heikentynyt. (CSDH 2008, 95.)

Komission suositukset koskevat erityisesti kattavan, universaalien, maksullisten palvelujen minimoivan perusterveydenhuollon järjestämistä, alueellisista palvelutarpeista huolehtimista sekä terveydenhuoltohenkilöstön epätarkoituksenmukaisen kansainvälisen liikkuvuuden (muun muassa ns. aivovuodon) säätelyä.

Suositusalue 2: Valta, raha, resurssit

Elinoloja koskevassa osassa terveyden sosiaalisiin määrittäjiin kiinnitetään huomiota ensi sijassa järjestelmätason asioina, niinpä esimerkiksi terveyteen liittyvä käyttäytyminen ei ole suoraan politiikan toimien ensisijaisena kohteena. Komission haluaa tarkastella myös elinolojen ja arkielämän olosuhteiden taustalla olevia syvempiä sosi-

aalisia rakenteita ja prosesseja. Komission näkemyksen mukaan epätasa-arvo on systemaattista ja sitä suoranaisesti tuotetaan politiikoilla, jotka ylläpitävät ja vahvistavat vallan, vaurauden ja muiden välttämättömien sosiaalisten resurssien epäreilua jakautumista. On siis tarkasteltava erillisten toimintapolitiikkojen yleisempiä taloudellisia ehtoja ja valtapolitiikkaa. Komission raportti on tulkittavissa siten, että enää ei voida rajautua vain kansalliseen politiikkaan, koska kansainvälinen talous ja työnjako koskevat kaikkia maita ja kansoja. Suosituksissa on keskeistä poliittisen tahdon aktivoiminen ja institutionaalisen kapasiteetin luominen. (CSDH 2008, 109.)

Terveyden tasa-arvo kaikissa politiikoissa, järjestelmissä ja ohjelmissa

Kaikilla hallinnon ja talouden alueilla on mahdollista vaikuttaa terveyteen ja terveyden jakautumiseen. Jos haluaa vaikuttaa terveyden sosiaalisiin syytekijöihin, on siten pakko ottaa huomioon muut sektorit. Poliitiikan yhteneväisyys ja johdonmukaisuus on olennainen asia ja eri ministeriöiden toimintapolitiikkojen olisi oltava toisiaan täydentäviä eikä keskenään ristiriitaisia. Esimerkkinä mainitaan rasvaisten ja makeiden ruokien tuotantoa, kauppaa ja kulutusta suosiva kauppapolitiikka, joka on ilmeisessä ristiriidassa terveyspolitiikan suositusten kanssa. Tarvitaan prosessi, jossa kaikkien hallinnonalojen politiikkaa tarkastellaan suhteessa terveyden tasa-arvopäämäärään (CSDH 2008, 110). Terveyssektorin on kuitenkin aloitettava omalta tontiltaan, esimerkiksi kiinnittämällä erityistä huomiota heikossa asemassa olevien ja syrjäytyneiden ryhmien olosuhteisiin ja tarpeisiin. Terveyssektorin olisi myös johdettava yhtenäisen poikkihallinnollisen politiikan eteenpäin viemistä (mt. 110).

Poikkihallinnollista toimintaa (intersectoral action, ISA) tarjotaan raportissa avainstrategiaksi yhtenäisen politiikan kehittämiseen ja terveyden ja terveyserojen sosiaalisten määrittäjien käsittelemiseen. ISA:n kehittämisen ja painottamisen taustalla ovat muun muassa Alma Atan perusterveydehuollon konferenssi (1978), Ottawan terveyden edistämiskonferenssi (1986), WHO:n maailmanlaajuinen ISA-konferenssi (1997) ja Suomen EU-puheenjohtajuuskauden (2006) *terveys kaikissa politiikoissa* -kehittelyt (*Health in All Policies*, HiAP).

Komissio arvioi, ettei systemaattisia yrityksiä integroidun poikkihallinnollisen toiminnan kääntämiseksi terveyspolitiikan ja tasa-arvoa edistävän politiikan välineeksi kuitenkaan ollut juuri tehty. Integroidun politiikan mahdollisuudet olivat lisäksi huonontuneet muun muassa monissa matala- ja keskituloisissa maissa, joissa rakenteellinen sopeutuminen oli 1980- ja 1990-luvuilla heikentänyt valtion toimintakykyä. ISA-lähestymistavan on myös tunnustettu sisältävän perustavanlaisia jännitteitä valtionhallinnon rakennekehityksessä. Mandaattikysymysten lisäksi on usein kilpailevia intressejä ja ideologioita sekä alueellisia suojelupyrkimyksiä. Suomi, Ruotsi ja Iso-Britannia mainitaan kuitenkin maina, joissa intersektoraalista lähestymistapaa on sovellettu laaja-alaisessa terveyden tasa-arvoa painottavassa viitekehityksessä (CSDH 2008, 110).

Komissio painottaa, että terveyden tasa-arvon asettaminen yhteiskunnan edistyneen mittapuuksi vaatii asian omaksumista ja johtajuutta kansallisen politiikan ylim-

mällä tasolla. Parlamentti tai vastaava hallitseva elin on avaininstituutio ja hallituksen rooli poliittisena johtajana on keskeinen (mt., 111). Komissio suosittelee jonkinlaisen *whole-of-government* poikkihallinnollisen mekanismin luomista, jossa on mahdollisimman korkeassa hierarkisessa asemassa oleva puheenjohtaja ja joka on vastuussa parlamentille (mt. 112). Terveyssektori puolestaan on terveyden puolustaja ja terveyden tasa-arvon asianajaja ja lisäksi osapuoli, joka neuvottelee myös laajemmista yhteiskunnallisista päämääristä. Komissio pitää tärkeänä, että terveyssektorilla osataan ajatella terveyttä sosiaalisten syytekijöiden kautta ja otetaan avuksi muita tieteitä ja opinaloja, esimerkiksi kaupunkisuunnittelua, kasvatustiedettä ja yhteiskuntatieteitä.

Tiedolliset ja toiminnalliset edellytykset ja raha ovat sektorien välisen yhteistyön ongelmia. Erillistä rahoitusta tarvitaan, mutta myös jonkinlaisia eri sektoreiden välisen ”luontaisvaihdamman” keinoja voisi kehittää, jolloin yhteistyöstä olisi hyötyä eri osapuolille ilman erillistä rahoitusta (CSDH 2008, 114). Komissio suosittelee kaikkien hallituksen politiikkojen, myös finanssipolitiikan, vaikutusten arviointia terveysseuraamusten näkökulmasta (health equity impact assessment) (mt. 114).

WHO:n maailmanlaajuista terveysmandaattia korostetaan ja ehdotetaan WHO:n antavan asiantuntija-apua jäsenmaiden terveysministeriöille muun muassa poikkiallinnollisen lähestymistavan käyttöönotossa.

Reilu finanssipolitiikka

Raportissa pohditaan talouskasvun ideologiaa ja maailmantalouden heijastuksia eri maiden kykyyn hoitaa hyvinvointipolitiikkaa. Talouskasvulla uskotaan usein voivan vähentää köyhyyttä, mutta sen ei kuitenkaan arvioida sinänsä poistavan köyhyyttä vaan sitä varten tarvitaan jakomekanismeja. Jos talous kasvaa eikä sen kustannuksia ja tuloksia jaeta, myös ilmastonmuutokseen liittyvä ympäristön heikkeneminen osuu pahemmin köyhiin. Päättävöitteiden pitäisi komission mielestä olla sosiaalisia ja ympäristöllisiä eikä taloudellisia.

Komissio perää entistä reilumpaa julkista rahoitusta palvelujen järjestämiseen. Nykyisten rikkaiden maiden historiassa universaalit julkiset palvelut ja muut yhteiskunnan toiminnalle välttämättömät perusedellytykset eli infrastruktuuri ovat olleet keskeisiä. Yleishyödyllisiä julkishyödykkeitä (public goods) ei voi jättää markkinoiden varaan, kun käyttäjinä ovat kaikki sosioekonomiset ryhmät. Sielläkin missä yksityinen sektori tuottaa tehokkaasti hyödykkeitä ja palveluja, julkisella vallalla on oltava kyky ja valta säädellä markkinoita (CSDH 2008, 120).

Köyhien maiden tilanne on komission mukaan kriittinen. Maailmankaupan vapautuminen on johtanut köyhissä maissa tariffitulojen pienenemiseen jo 1970-luvulta lähtien, ja kun verotulojakaan ei juuri ole, julkinen talous on ongelmissa. Keskituloiset maat ovat selvinneet vähän paremmin. Rikkaiden maiden fiskaalista kapasiteettia tämä ei ole samassa määrin haitannut, mutta verokilpailu on kuitenkin vaikuttanut kielteisesti myös niiden kansalliseen rahatalouteen. (CSDH 2008, 121)

Köyhien maiden ylivelkaantuminen merkitsee, ettei investointeja voida tehdä. Ylivelkaantumisen taustalla on öljyn hinnan nousu, heikot lainajärjestelyt, heikenneet lainanmaksuosuudet, hintojen laskeminen ja köyhien maiden tuotteiden kysynnän väheneminen. Suuri velka on merkinnyt sitä, että sosiaaliseksi on käytetty vähemmän varoja. Raportti viittaa esimerkiksi Nepaliin, joka on käyttänyt enemmän rahaa velanmaksuun kuin koulutukseen. Keniassa miljoona lasta ei käy peruskoulua ja velanmaksuun menee 350 miljoonaa dollaria enemmän kuin koulutukseen. Tästä huolimatta Kenia ei tarvinnut velkahelpotuksia Maailmanpankin mielestä. Velkahelpotuksen saatuaan puolestaan esimerkiksi Malawi, Uganda ja Tansania olivat poistaneet peruskoulumaksut. (CSDH 2008, 123–125.)

Verojen kiertäminen ja välttely on raportissa nostettu isoksi ongelmaksi: 'fiskaalitermiitit' karkaavat verotukselta ja vähentävät merkittävästi hallituksen rahoituskykyä sekä köyhissä että rikkaissa maissa. Tämä liittyy rahoituspääoman hypermobiliiteettiin ja rikkaat henkilöt, jotka osaavat toimia markkinoilla, pystyvät hyötymään tästä. Myös ylikansallisten yritysten sisäinen kauppa, jota oli mahdollisesti jo kolmannes maailmankaupasta 1990-luvun lopulla, toimii samaan tapaan. Yritykset voivat vähentää verovelvollisuuksiaan määräämällä tavaroiden ja palvelujen hintoja organisaationsa eri toimijoiden välisenä asiana ja keinotekoisesti alihinnoitella liikevaihtoaan korkean verotuksen ympäristöissä.

Verokeitaat ja vastaavat muut globalisaatioon liittyvät talouskäytännöt antavat perusteita globaalien verojärjestelmän kehittämiseksi. Tobinin vero, lentovero ja valuutanvaihtovero ovat eräitä raportissa mainittuja ehdotuksia. Nämä voitaisiin sitoa julkisten hyödykkeiden rahoittamiseen erityisesti kehitysmaissa. Tarvitaan kansallista ja kansainvälistä tehokasta ja oikeudenmukaista verotusta, mikä merkitsee maksukyvyyn mukaista verotusta. Raportissa esitellään ajatusta, että hallitusten olisi käytettävä rahapolitiikkaa (fiscal policies) aktiivisesti tulo- ja varallisuusverojen vähentämiseen (CSDH 2008, 125, Box 11:6). Ylikansallisia yrityksiä olisi verotettava tehokkaasti ja luonnonvaroihin liittyvien verojen ja lisenssimaksujen olisi oltava julkisia. Verotuksessa tarvitaan kansainvälistä yhteistyötä ja jo kauan on ehdotettu kansainvälistä verojärjestöä, jonka voisi perustaa YK:n alaisuuteen.

Markkinoiden vastuullisuus

Raportissa käydään läpi markkinatalouden muutoksia ja niistä aiheutuneita seurauksia terveyden tasa-arvolle. Markkinoiden tärkeyttä ei kiistetä eikä yksityissektoria julisteta ”pahaksi”, mutta julkisen ja yksityisen sektorin intressien tasapainottamiseen haetaan julkisen vallan johtajuutta (CSDH 2008, 132–133).

Koulutuksen ja terveydenhoidon kaupallistamisen ja terveyttä vahingoittavien kulutushyödykkeiden lisääntyneen saatavuuden todetaan osaltaan tuottavan terveyden epätasa-arvoa. Suunnan muuttamiseksi tarvitaan sitoumuksia, jotka koskevat resurssien oikeudenmukaista jakoa, tehokasta kansallista ja ylikansallista tuotteiden,

toimintojen ja olosuhteiden säätelyä sekä valvottavissa olevia (enforceable) sosiaali-oikeuksia.

Globalisaation keskeisinä tunnuspiirteinä on kolmen viime vuosikymmenen aikana ollut lähes kaikkien maailman maiden yhdentyminen globaaleilla markkinoilla ja markkinasuhteiden leviäminen yhä useammille sosiaalisen elämän alueille. Tätä prosessia ovat helpottaneet kaupan säädösten vapauttaminen ja säädösten purku tietyillä kotimarkkinoilla. Niin rikkaissa kuin köyhissäkin maissa tämän seurauksia on ollut aidosti globaalien työmarkkinoiden synty, laajamittainen yksityistäminen ja vastaava valtion toimialueen supistaminen. Nämä prosessit ovat voimistaneet sellaisten elintärkeiden terveyden determinanttien kuten veden, terveydenhuollon ja sähkövoiman tuotteistamista ja kaupallistamista. Ne ovat myös lisänneet terveydelle haitallisten tuotteiden, esimerkiksi rasvaisten, makeitten ja suolaisten valmisruokien sekä tupakan ja alkoholin saatavuutta. Julkisen sektorin markkinoita säätelevä rooli yhteisen hyvän kuten terveyden tasa-arvon edistämiseksi on usein huomattavasti vähentynyt. (CSDH 2008, 132.)

Raportissa viitataan näyttöön, jonka mukaan globalisaation laajentuneet ja syventyneet markkinat ovat luonteeltaan epätasa-arvoistavia. Nämä palkitsevat tehokkaammin maita, joilla on jo entuudestaan tuotannollisia edellytyksiä – rahaa ja maata sekä fyysistä, institutionaalista ja inhimillistä pääomaa. Globalisaatio hyödyttää rikkaita maita ja ryhmiä myös siksi, että niillä on enemmän resursseja ja valtaa vaikuttaa sääntöjen muotoiluun. Tämän takia tarvitaan huomattavia parannuksia esimerkiksi kansainvälisten finanssimarkkinoiden globaaliin hallintaan. (CSDH 2008, 132.)

Kiinaa käytetään esimerkkinä siitä, että vapaa markkinatalous ei välttämättä ole tehokkain terveyden kohentaja. Kiinassa saavutettiin merkittäviä tuloksia köyhyiden vähentämisessä ja kansanterveyden kohentamisessa ennen sen integroitumista vientivetoiseen maailmankauppaan. Vuosina 1952-1982 lapsikuolleisuus väheni 200:sta 34:ään 1000 elävänä syntynyttä kohti ja elinajanodote nousi 35 vuodesta 68 vuoteen. Tuloerot ja eriarvoisuus ovat kuitenkin dramaattisesti kasvaneet sen jälkeen kun kotimarkkinoiden säätelyä vähennettiin ja vientiin suuntautunutta tuotantoa alettiin lisätä. (CSDH 2008, 132.)

Kansainvälisen kaupan ongelmana on komission mukaan, ettei siinä useinkaan riittävästi arvioida sosiaalisia riskejä kuten lisääntyvää eriarvoisuutta ja terveyseroja. Kahdenväliset investointisopimukset eivät myöskään juuri kiinnitä huomiota terveyteen. Terveysministeriöt tai kansalaisyhteiskunnan edustajat ovat harvoin mukana kauppaneuvotteluissa. (CSDH 2008, 132.)

Ylikansalliset yritykset (esimerkkeinä yksittäisiä kansantalouksia suuremmista yrityksistä mainitaan Wal-Mart, BP, Exxon Mobil, Royal Dutch/Shell Group) ovat sen sijaan kukoistaneet kaupan vapauden lisääntyessä. Sitovat kauppasopimukset, jotka avaavat kotimarkkinat globaalille kilpailulle, kasvavalle yritysvalle ja liikkuvalla pääomalla, ovat vähentäneet maiden mahdollisuuksia huolehtia siitä että taloudellinen toiminta lisäisi terveyden tasa-arvoa tai edes siitä, ettei se sitä ainakaan vähentäisi. (CSDH 2008, 133)

Julkisen sektorin johtajuutta suhteessa yksityissektoriin pitää komission mukaan vahvistaa kahdessa asiassa: sellaisten hyödykkeiden ja palvelujen saatavuudessa, jotka ovat kriittisiä hyvinvoinnille ja terveydelle (kuten vesi) ja sellaisten hyödykkeiden ja palvelujen valvonnassa, jotka ovat vahingollisia (CSDH 2008, 133).

Sukupuolten tasa-arvo

Komission kantana on, että kestävä kehitys ei ole mahdollista saavuttaa ilman miesten ja naisten tasaveroisen kumppanuuden vakiinnuttamista kaikilla elämän alueilla. Painopiste tällä osa-alueella on naisten ja tyttöjen asemassa. Maailman lukutaidottomista aikuisista 64 prosenttia on naisia. Erityisesti köyhissä maissa esiintyy ravitsemukseen liittyvää syrjintää ja muuta erilaisten resurssien saatavuuteen liittyvää eriarvoisuutta. Naiset joutuvat väkivallan kohteiksi miehiä useammin ja heillä on monilla alueilla vähemmän päätösvaltaa omasta terveydestään. Komission suositukset kohdistuvat sukupuoleen liittyvien koulutuksellisten, taloudellisten, poliittisten (osallistumista koskevien) ja terveydellisten vinoutumien korjaamiseen. Huomiota kiinnitetään ns. epävirallisen työn aliarvostukseen ja ehdotetaan kotityön, hoivatyön ja vapaaehtoistyön mukaan ottamista kansantalouden kirjanpitoon. Tasa-arvotyön institutionalisoinnin, samapalkkaisuuden ja perheitä tukeva sekä naisten että miesten hoivatyön huomioonottava ja mahdollistava politiikka ovat komission suositusalueita. Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden takaaminen, rahoittaminen ja universaali kattavuus ovat myös saaneet oman suosituksen.

Poliittinen voimaannuttaminen – inkluusio ja äänen antaminen

Sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveydellisen tasa-arvon perustana on komission mielestä se, että ihmiset voivat tuntea kuuluvansa johonkin. Tästä syystä kaikissa vakavissa yrityksissä vähentää terveyseroja tulee kiinnittää huomiota poliittiseen voimaantumiseen tai valtautumiseen (empowerment). Kyse on toisin sanoen vallan jakauman muutoksesta yhteiskunnan sisällä ja globaalisti siten, että oikeutta vailla olevien ryhmien ja kansojen asema parane (CSDH 2008, 155).

YK:n ihmisoikeuksien julistuksessa terveydelle välttämättömiä olosuhteita pidetään perustavana, universaalina oikeutena. Riski siihen, että oikeus ei toteudu, ei ole universaali, vaan sen taustalla on rakenteellista epätasa-arvoa (mt., 155). Rakenteellinen eriarvoisuus ilmenee sellaisten kategorioiden kautta kuin luokka, koulutus, sukupuoli, ikä, etninen ryhmä, vammaisuus (disability) ja maantieteellinen alue. Näitä kategorioita käytetään sosiaalierpidemiologiassa tavallisesti terveyttä selittävinä muuttujina. Komission kanta on, että ihmiset, jotka ovat muutenkin riistettyjä, ovat myös terveyden suhteen epäoikeudenmukaisessa asemassa (mt., 155). Komissio lähestyy siten sosiaalierpidemiologisen tutkimuksen eriarvoisuuskategorioita ihmisten toimintamahdollisuuksien ja poliittisen voimaantumisen näkökulmasta ja asettaa näin sosiaalierpidemiologiassa käytetyt käsitteet ja tulokset terveyspolitiikan ja yhteiskunta-politiikan kontekstiin.

Vallan epätasainen jakautuminen toteutuu politiikan, talouden, sosiaalisen elämän ja kulttuurin alueilla. Nämä ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja muodostavat jatkumon, johon eri ryhmät sijoittuvat enemmän tai vähemmän osallisina tai syrjäytettyinä. *Poliittinen* ulottuvuus koskee puutteita formaalisissa oikeuksissa ja sellaisissa perusasioissa kuin puhdas vesi, sanitaatio, suoja, liikkuminen, energia ja palvelut. *Taloudellinen* ulottuvuus pitää sisällään puutteet aineellisissa voimavaroissa, joita ovat tulot, työ, työolot, toimeentulomahdollisuudet, asunto ja maa. *Sosiaalinen* ulottuvuus koskee lähisuhteita ja tukea. *Kulttuurinen* ulottuvuus pitää sisällään sen, missä määrin arvot, normit ja elintavat ovat tuettuja ja kunnioitettuja. Komission puheenjohtaja Michael Marmot on omissa tutkimuksissaan todennut osallisuuden (inkluusio), toimijuuden (agency) ja kontrollin vaikuttavan keskeisesti sosiaalisen kehitykseen ja terveyteen (CSDH 2008, 157).

Mahdollisuuksien vähäisyys yhdellä alueella voi johtaa muuhun eriarvoisuuteen. Koulutukseen pääsyn estyminen voi estää pääsyn työmarkkinoille tai johtaa huonoihin työehtoihin, matalaan palkkaan, heikkoihin asumisoloihin, heikkoon ravitsemukseen jne. Epävarman työn lisääntyminen maailmanlaajuisesti, lapsityö ja epäreilut työehdot heikentävät työntekijöiden ja heitä edustavien ammatillisten ja poliittisten toimijoiden valtaistumista. Pieni instituutioiden ja yritysten joukko vaikuttaa taloudellisilla, poliittisilla ja kaupallisilla päätöksillään voimakkaasti miljoonien ihmisten elinoloihin. (CSDH 2008, 157.)

Komissio peräänkuuluttaa reiluja pelisääntöjä ja kaikkien ryhmien osallistumista päätöksentekoon varsinkin sosiaalista tasa-arvoa ja terveyden tasa-arvoa koskevissa kysymyksissä. Tähän tarvitaan myös lainsäädäntöä, instituutioiden toiminnan arviointia, erillisiä ohjelmia sekä kansalaisyhteiskunnan järjestöjen ja verkostojen toimintaa ja lisäksi kykyä nostaa eriarvoisuusasiat esille (CSDH 2008, 158). Komissio kiinnittää suosituksissaan huomiota eri tarvoihin syrjäytyneiden ryhmien, erityisesti alkuperäisväestöjen oikeuksien tunnustamiseen.

Komissio suosittaa siten alhaalta ylöspäin suuntautuvaa (bottom-up) ruohonjuuritason tunnustavaa lähestymistapaa ja tukea sosiaalisille liikkeille ja kansalaisyhteiskunnan aloitteille, mutta korostaa osallistamisen edellyttävän sitä, että sosiaalipoliittikka, lait, instituutiot ja ohjelmat suojaavat ihmisoikeuksia. Paikallisyhteisöjen ja kansalaisyhteiskunnan terveyden eriarvoisuuteen kohdistuva toiminta ei siten voi olla erillään valtion velvollisuuksista taata kattavat oikeudet ja varmistaa olennaisten materiaalien ja sosiaalisten hyödykkeiden oikeudenmukainen jako. Komission mielestä *top-down* ja *bottom-up* -lähestymistavat ovat yhtä olennaisia (CSDH 2008, 165).

Hyvä globaali hallinta

Kansojen vallan ja vaurauden jakautumisessa todetaan olevan kasvavaa tasapainottomuutta. Raportissa annetaan runsaasti esimerkkejä epätasapainoa kuvaavista eroista. Esimerkiksi vuonna 2000 maailman rikkain kymmenys omisti keskimäärin 3000-keraisesti sen, mitä alimmassa kymmenyksessä keskimäärin omistettiin (CSDH 2008,

166). Samalla kun globalisaatio luo uusia mahdollisuuksia terveyden tasa-arvolle, siihen liittyy myös uhkia ja riskejä. Riskit näyttävät olevan ylikansallisia, kun taas hyödyt kasautuvat vauraille alueille (mt., 166). Reilujen globaalien sääntöjen puuttumiseen on kiinnitetty huomiota muillakin foorumeilla (World Commission on the Social Dimension of Globalisation, 2004). Globaalia hallintaa koskevassa raportin osassa käydään läpi paljon samoja ilmiöitä, joita on käsitelty työtä, taloutta, kauppaa ja markkinoita koskevissa kohdissa.

Globalisaation aiheuttamiksi uhiksi mainitaan myös teknologian uudistukset, jotka alentavat kuljetus-, kommunikaatio- ja informaationkäsittelykustannuksia, mutta jotka kaupan vapauttamisen yhteydessä voivat johtaa tuotannon uudelleenjärjestelyihin epätasa-arvoa lisäävällä tavalla. Ulkoistetun tuotannon lisääntyminen itsenäisten sopimusosapuolien kesken puolestaan johtaa usein huonompiin työolosuhteisiin. Hypermobiliin osakeinvestoimisen (hypermobile portfolio investment) eli 'kuuman rahan' valtavan lisääntymisen todetaan lisäävän rahoituskriisien vaaraa. Lisääntynyt kilpailu investoinneista ja vallan vastaava siirtyminen paikalliselta ja kansalliselta tasolta kansainvälisten finanssimarkkinoiden päätöksentekijöille vaikuttaa politiikkaan tavalta, joka voi heikentää terveyden tasa-arvoa (CSDH 2008, 166, Box 15.1).

Kaikki kehitys ei ole ollut kielteistä. Esimerkiksi vuosien 1981 ja 2003 välillä enintään yhden US dollarin päivässä ansaitsevien määrä väheni 414 miljoonalla. Suurimaksi osaksi tämän selittää Kiinan talouskasvu. Samaan aikaan köyhien määrä kuitenkin kaksinkertaistui Saharan eteläpuolisilla alueilla. Globalisaation, kasvun ja köyhyyden vähentämisen välinen suhde onkin ongelmallinen.

Globaali terveyden eriarvoisuus on lisääntynyt siitä huolimatta, että esimerkiksi keskituloisten maiden elinajanodote on lähentynyt vauraita maita. Transitiotalouksissa ja Saharan eteläpuolisissa maissa elinajanodote oli kuitenkin vuonna 2006 alempi kuin se oli vuonna 1990, eli absoluuttinen terveyden taso oli niissä huonontunut.

Globaalin hallinnan uudistamisen tarpeen taustalla ovat siten nopeasti liikkuva pääoma, markkinoiden vilkkaus ja finanssikriisien riski. Samalla sitkeä köyhyys, taloudellisen eriarvoisuuden kasvu ja luonnonvarojen riisto lisäävät konflikteja maiden sisällä ja vaikuttavat siviiliväestöön. Muuttoliike maiden sisällä ja välillä on lisääntynyt. (CSDH 2008, 168.) Maailmanpankin arvioiden mukaan erityisesti ammattitaidottomat köyhät jäävät jälkeen muista.

Mitä tarvitaan globaalin finanssivalvonnan alueella? Ainakin ylikansallisen tuotannon ja kaupan hyötyjen tasa-arvoisempaa jakamista. Lisäksi olisi luotava kansainvälisiä turvamekanismeja ja mm. lisättävä kansainvälisen asekaupan kontrollia, humanitaaristen interventioiden rahoitusta ja toimien oikea-aikaista toteutusta. Tarvitaan mekanismeja pakolaisten ja kodeistaan pois pakotettujen ihmisten tukemiseksi sekä valtioiden rajat ylittävien muuttajien oikeuksien takaamiseksi. Terveysalan työntekijöitä on kohdeltava tasapuolisesti niin että otetaan huomioon koulutettua työvoimaa menettävien ja sitä saavien maiden tilanne. (CSDH 2008, 168–169.)

Yrityksiä saada aikaan globaaleja sosiaalisia velvoitteita on jo pohdittu eri foorumeilla (The World Commission on the Social Dimension of Globalization; The Hel-

sinki Process on Globalisation and Democracy). Muutoksen toimijoita olisivat ainakin YK ja sen alajärjestöt. Raportissa todetaan turvallisuusneuvoston olevan nykyisellään kuitenkin epädemokraattinen, tarvittaisiin mm. laajempaa alueellista edustusta. Maa-ilmanpankin ja Kansainvälisen valuuttarahaston toiminnan todetaan vaikuttaneen kyseenalaisella tavalla kehityspolitiikan hallitsevaan paradigmaan (CSDH 2008, 169). Komission mielestä olisi ajateltava uusiksi II maailmansodan jälkeen syntyneiden kansainvälisten ja globaalien järjestelmien toiminta ja toimivalta.

Komissio korostaa tässäkin yhtenäisen politiikan tarvetta. Yhdeksi toiminnan koordinoijaksi esitetään Talous- ja sosiaalineuvostoa (The Economic and Social Council, ECOSOC), jolle YK:n 61. yleiskokous (2006) tarjosi mahdollisuuden johtaa omalta osaltaan maailmanlaajuisia toimintaa terveyden tasa-arvoa edistävällä tavalla. Talous- ja sosiaalineuvosto koordinoi 14:n YK:n erityistoimijan (specialized agency) toimintaa sekä tehtäväkohtaisten (functional) komissioiden ja viiden alueellisen komission toimintaa. Se saa raportit 11:sta YK:n rahastosta ja ohjelmasta. Talous- ja sosiaalineuvosto on keskeinen jäsenvaltioiden ja YK-järjestelmän foorumi talous- ja sosiaalialioissa ja niihin liittyvissä politiikan suosituksissa. (CSDH 2008, 170, Box 15.7).

Komissio tulkitsee oman työnsä rakentuneen YK:n vuosituhattavoitteiden (Millennium Development Goals, MDG) –alustalle, sillä MDG:n kahdeksan köyhyyden vähentämisen päämäärää liittyvät kaikki terveyden sosiaalisiin determinantteihin. MDG ei kuitenkaan kohdistanut huomiota terveyden epätasa-arvoon maiden sisällä (CSDH 2008, 171).

Monenkeskisiä toimijoita on jo olemassa (esim. Kansainvälinen työjärjestö ILO, YK:n kehitysohjelman UNDP:n köyhyyden vähentämishjelmat, Latinalaisen Amerikan talouskomissio, WHO:n Amerikan aluejärjestön PAHOn – Pan American Health Organization – terveydellisen syrjäytymisen aloite, YK:n ihmisoikeuksien erityisraportit, EU:n vuosittaiset yhteiset raportit sosiaalisesta suojelusta ja sosiaalisesta osallistumisesta). Globaaleja ja monenkeskisiä toimintoja olisi tarkasteltava uudelleen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta ja otettava niihin terveyden tasa-arvon ja sosiaalisten determinanttien osoittimia. (CSDH 2008, 171.)

Komissio tukee vahvasti sitä, että WHO uusisi johtavan roolinsa globaalien terveyden kysymyksissä ja vastaisi monenkeskisen järjestelmän johtamisesta. WHO:n olisi itse uusittava instituutionsa siten, että terveyden sosiaaliset määrittäjät huomioonottava lähestymistapa sisällytettäisiin kaikkiin sen ohjelmiin ja osastojen työhön. WHO:n rahoituksesta noin 2/3 on mennyt erillisiin terveysongelmakohtaisiin ohjelmiin. Näihin ohjelmiin pitäisi ottaa mukaan terveyden sosiaalisten määrittäjien tarkastelu. (CSDH 2008, 174.)

Suositusalue 3: Monitorointi, tutkimus ja koulutus

Politiikan perustaksi ja muutoksien seuraamiseksi tarvitaan näyttöä. Komissio kiinnittää huomiota siihen, että monista maista puuttuu keskeistä väestöä koskevaa rekisteri-

tietoa kuten luotettavaa tietoa syntyneistä. Jotta terveyden tasa-arvoa voidaan edistää ja terveyden sosiaaliin määrittäjiin vaikuttaa, tarvittaisiin kansallista rutiininomaista terveyserojen ja terveyden sosiaalisten määrittäjien monitorointia. (CSDH 2008, 177–178, 182.) Tällaista ehtoa voi kuitenkin pitää varsin vaativana vauraillekin maille, joilla jo on kohtuulliset tietojärjestelmät.

Terveyttä koskeva tutkimustietokaan ei sinänsä riitä, jos ei ole tietoa interventioiden vaikutuksista. Tarvittaisiin enemmän tutkimusta siitä, mikä toimii (*what works* –tutkimusta) (CSDH 2008, 186). Raportin tulevaisuuteen suuntaavassa loppuluvussa kartoitetaan tutkimustarpeita ja todetaan puutteita esimerkiksi systeemitason vaikutusten tutkimuksessa, politiikkojen ja ohjelmien terveyserovaikutusten tutkimuksessa, politiikan analysoinnissa ja väestötason interventioiden vaikutusten arvioinnissa (mt., 196).

Koulutusta terveyden sosiaalisista määrittäjistä suositellaan sekä terveysalan ammattilaisille että muille toimijoille (CSDH 2008, 188–189). Terveysvaikutusten arviointia siten, että terveyserot pystytään ottamaan huomioon, toivotaan rutiinitoimeksi politiikan kehittämiseen (mt., 190). Tätä voi myös pitää hyvin vaativana toiveena. Pakollisesta ympäristövaikutusten arvioinnista on jo saatu vaihtelevaa kokemusta, mutta terveyserovaikutusten rutiinimainen arviointi saattaa olla perin vaikeaa muun muassa syiden moninaisuuden vuoksi.

Komission työn arviointia

SDH-komission työ herätti laajalti kiinnostusta jo työn ollessa käynnissä. Prosessia on rinnastettu muun muassa Alman Atan julistuksesta käynnistyneeseen työhön, josta seurasi aikanaan Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -liike (ks. Birn 2009). Terveyserojen kaventamisen näkökulmasta kyseessä on tähänastisista kaikkein laaja-alaisin terveyden eriarvoisuutta vähentämään pyrkivä hanke. Painopisteen entistä selvempi asettaminen terveyden ja terveyserojen sosiaaliin syihin perustui ajatuksiin, joita oli tuotu esiin jo *Terveyttä kaikille* -liikkeessä. Terveyserojen vähentämisen pyrkimys oli myös ollut ilmaistuna selvästi joidenkin maiden, erityisesti Ruotsin ja Englannin terveystoiminnan muotoiluissa 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa. Uutta ja poikkeuksellista SDH-komission työssä on kuitenkin politiikan nostaminen avoimeen tarkasteluun. Poliitikka sekä valtiopolitiikan että toimintapolitiikkojen kannalta on asetettu terveyden määrittäjien viitekehykseen hallinnollisen toiminnan oheen. Samantapaisia ajatuksia ja viitekehyksiä on kriittisessä terveystoiminnassa keskustelussa esitetty jonkin verran aikaisemminkin (Diderichsen ym. 2001; Coburn 2004; Starfield 2006; 2007; De Vogli ym. 2009; Navarro 2009), mutta ne eivät ole olleet keskeisiä sosiaaliepideemiologisen tutkimuksen eivätkä edes terveystoiminnallisen keskustelun valtavirrassa.

Komission työ on kuitenkin saanut myös kritiikkiä osakseen. Samalla kun komission rohkeaa asennetta ja 'gargantuamaista', jättiläismäistä työtä on arvostettu (Lee 2010; Navarro 2009; Muntaner ym. 2009), sen ehdotukset on toisaalta nähty liiankin

idealistisina ja poliittisesti ja ideologisesti hankalina käytännön politiikan kannalta. Esimerkiksi komission ehdotuksia globaaleiksi hallintakeinoiksi ei ole pidetty riittävinä ja realistisina (Green 2010; Lee 2010). Samalla kun komission esittelemää evidenssiä on pidetty erityisen vaikuttavana ja vahvana, sen politiikkaehdotuksia on pidetty loppuraportin heikompana osuutena (Muntaner ym. 2009).

Jopa komission tapa painottaa terveyttä eriarvoisuuden vähentämisen yhteydessä on herättänyt keskustelua. Signild Vallgård (2009) kysyy, onko terveys yhtäältä nähtävä kaikkein keskeisimpänä yhteiskunnan kehityksen mittana ja toisaalta kuitenkin taloudellisen kasvun edellytyksenä, niin kuin komissio hänen mielestään tekee. Vallgårdan mielestä terveyden itseisarvo olisi tunnustettava ilman että korostetaan sen instrumentaalista merkitystä vaurauden ja osallistumisen lisäämiseen, mutta sen lisäksi olisi myös nähtävä, että on muitakin arvokkaita yhteiskunnallisia päämääriä kuten vapaus ja demokratia¹⁷. Toisaalta on myös esitetty, että komissio olisi voinut nimenomaan vahvemmin linkittää muiden alojen tavoitteisiin – esimerkiksi kansallisen ja globaalin turvallisuuden ja taloudellisen kehityksen ja kasvun suunnitelmiin – joiden tiedetään olennaisesti vaikuttavan terveyden eriarvoisuuteen (Lee 2010, 8-9).

Closing the Gap -raportissa ei sinänsä pohdita kovinkaan paljon terveyden erilaisia käsitteisältöjä tai terveyttä hyvinvoinnin osana, mutta terveys ymmärretään yleisesti sen laajassa merkityksessä. Kuitenkin esimerkiksi mielenterveyden alue on raportissa jäänyt hyvin vähälle huomiolle¹⁸. Terveyserojen vähentäminen oletetaan liiankin itsestäänselvästi yleisesti hyväksytyksi päämääräksi, johon on pyrittävä komission kuvaamien sosiaalisten determinanttien kautta, siitä huolimatta että monien sosiaalisten määrittäjien alueilla, muilla kuin terveyssektoreilla, päähuomio ja tavoitteet ovat aivan muussa kuin terveydessä (ks. myös Green 2010). Tämä muiden kuin terveyssektorin kautta tapahtuva vaikuttaminen koskee siten komission työn keskeistä tavoitetta ja on myös keskeinen *terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistavan koetinkivi.

On merkillepantavaa, että elämäntyyli ja terveyskäyttäytyminen ovat raportissa saaneet hyvin vähän tilaa verrattuna niiden vankkaan asemaan sosiaaliepideologiassa ja terveys sosiologisessa kirjallisuudessa, vaikka käyttäytymiskäytännöt löytyvätkin komission omaksumasta viitekehystä (ks. kuvio 1, s. 37). Tällä linjauksella on kenties haluttu välttää se vaara, että globaaleihin ongelmiin olisi tarjottu yksilöllisiä käyttäytymisratkaisuja. Käyttäytymiskäytännöihin liittyvät perinteiset riskit kuten ravitsemus, lihavuus, tupakointi ja alkoholinkäyttö ovat kuitenkin esillä eri kohdissa politiikan toimien tasolla (ks. esim. *Closing the gap* -raportin hakusanaluettelo), mutta ne eivät ole pääotsikkotasoa asioita. Elämäntyylin ja käyttäytymisen merkitys keskeisten kansanterveysongelmien ja terveyserojen selittäjänä on kuitenkin sekä vauriissa että köyhissä

17 Komission raportissa (CSDH 2008, 1) kuitenkin todetaan myös, että terveys ei välttämättä ole kaikkien politiikkojen päämäärä: ”Health and health equity may not be the aim of all social policies, but they will be a fundamental result.”

18 Esimerkiksi WHO:n Euroopan alueen *Health 21* -ohjelmassa mielenterveyttä kuitenkin käsiteltiin omana otosikkolueunaan (WHO 1999).

maissa kaikkiaan suuri ja tästä näkökulmasta aiheen vähäistä käsittelyä olisi ehkä komission työssä voinut ja pitänyt perustella. Käyttäytymisen ja terveystietämisen kannalta tärkeät kulttuuriset arvot ja normit mainitaan myös viitekehyksessä, mutta niitä ei tarkemmin käsitellä, vaikka myös niiden merkitys maailman – ja kansanterveyden tason ja jakauman – muuttumisessa ja muuttamisessa voi olla suuri.

Raportissa painotetaan toistamiseen elämäntietämisenäkökulmaa (life course), mutta ikääntymistä ja vanhuutta on käsitelty varsin niukasti. Sosiaalisen suojelun yhteydessä mainitaan kuitenkin maailman nopeasti ikääntyvä väestö ja monien maiden heikot eläketurvajärjestelmät. Komission valmistelutyössä oli kuitenkin ikääntymisestä oma temaattinen ryhmänsä. Euroopan aluetta koskevassa jatkotyössä on samoin vanhuutta käsittelevä työryhmä (Task Group 8: Older people), joka on asetettu muun muassa sillä perusteella, että Euroopan väestön vanheneminen on pisimmällä maailmassa. Euroopan maille suositellaan sektorien välistä yhteistyötä vanhuusiän eriarvoisuuden vähentämiseksi (Marmot ym. 2012, 1019).

Komissiota on kritisoitu erityisesti siinä asiassa, jossa se on irtautunut WHO:n aiemmista ja perinteisemmistä kansanterveysohjelmien muotoiluista ja tähdentänyt politiikan merkitystä sekä ottanut kantaa myös valtapoliitiikan kysymyksiin. Näistä irtotoistaan huolimatta komissiota on arvosteltu juuri epäpoliittisuudesta, mutta myös politiikan realiteettien huomiotta jättämisestä (esim. Birn 2009; Muntaner ym. 2009; Navarro 2009; Green 2010; Lee 2010). Navarro on pitänyt puutteena, että komissio ei ole käsitellyt sitä, miten valta tuotetaan ja uusinnetaan poliittisissa instituutioissa. Komissio ei hänen mielestään ole käsitellyt riittävästi sitä, kenen resursseja olisi jaettava ja miten – eikä ole eritelty eriarvoisuudesta hyötyviä tahoja ja voimia (Navarro 2009, 440; myös Birn 2009). Navarro kuitenkin antaa tunnustuksen komissiolle sen rohkeudesta ja arvelee, että komission kannanottoja suurempana ongelmana ovatkin itse asiassa WHO ja muut vastaavat kansainväliset toimijat, jotka pyrkivät konsensukseen. Tämän taustalla on kansainvälistä sopimista haittaava veto-oikeus, jota käyttäen vahvat tahot pystyvät aina kumoamaan ehdotukset, jotka loukkaavat heidän etujaan. Birn (2009, 172) olisi kaivannut komissiolta myös sen käsittelemistä, miten universalismiin on historiallisesti päästy poliittisen kamppailun kautta. Hän muistuttaa, että terveyden tasa-arvoon pyrkimisessä on kyse jatkuvasta prosessista. Komission olisi Birnin mielestä pitänyt painottaa selkeämmin ihmisoikeuksia sekä sosiaalidemokraattisia ja sosiaalioikeudellisia lähtökohtia.

Komission käyttämää teoreettista viitekehystä on ansioistaan huolimatta pidetty riittämättömänä ohjaamaan terveyden eriarvoisuutta vähentävää politiikkaa (Muntaner ym. 2009, 168). Sen ehdotuksissa on nähty myös vanhentunutta valtiokeskeisyyttä, kun tiedetään, miten ylikansallisia ongelmat (esimerkiksi finanssikriisit) ovat ja miten riippuvaisia julkiset ja yksityiset järjestelmät ovat toisistaan (Lee 2010, 12). Kysymys kuuluukin, mitä muuta tarvitaan kuin valtiollisia instituutioita (Lee 2010, 12). Samalla kun komissio on korostanut kansallista valtiollista vastuuta ja lisäksi sekä globaalia että paikallista toiminnan tasoa, Euroopan unionin kaltainen ylikansallinen poliittinen valtarakenne on jäänyt lähes kokonaan tarkastelun ulkopuolelle.

Komissio ei ole myöskään kovin selkeästi analysoinut WHO:n pitkän linjan toimien jatkuvuutta ja työn liittymäkohtia WHO:n omaan historiaan, josta löytyy sosiaalisten determinanttien kannalta olennaisia juuria. Näitä ovat *Terveyttä kaikille*-liikkeen kaksi vaihetta (Terveyttä kaikille vuoteen 2000, ja Terveyttä kaikille 21. vuosisadalla), kroonisten sairauksien ehkäisyssä ja ehkäisyohjelmissa keskeinen poikkihallinnollinen toiminta (intersectoral action) ja Ottawan konferenssissa 1986 ja erityisesti Adelaiden konferenssissa 1988 painotettu terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka (healthy public policy), sekä myös terveysvaikutusten arvioinnin kehittämistyö (HIA, health impact assessment). On myös kaivattu analyysia siitä, miksi Alma Atan julistuksen tavoitteita ei ole saavutettu (Birn 2009) ja toivottu suurempaa varsinaisen kansanterveysasiantuntemuksen käyttöä (Muntaner ym. 2009, 166).

Komission ehdotuksissa politiikan (politics) tutkimus jää myös paljolti käsittelemättä, vaikka toimintapolitiikan (policy) tutkimuksen tarve tunnustetaan (CSDH 2008, 196). Raportissa esitellystä runsaasta esimerkkiaineistosta valtaosan on arvioitu olevan *'problem space'* -tutkimusta: terveyseroja ja niihin liittyviä tekijöitä, rakenteita ja prosesseja on kuvattu hyvin, mutta ratkaisujen puoli, *'solution space'*, on huomattavasti niukempi, toisin sanoen ei ole arvioitu, millä strategioilla ja toimilla terveyseroihin voidaan vaikuttaa (Muntaner ym. 2009, 168). Samalla on kuitenkin myönnetty, ettei komissiota voi panna vastuuseen sellaisesta tutkimuksesta, mitä ei ole tehty.

6 Terveyden sosiaaliset määrittäjät: WHO:n ja Suomen päälinjausten vertailua

Tässä luvussa vertaillaan *Closing the gap* –raportin päälinjauksia Suomen terveystoiminnan keskeisten ohjelmien muotoiluihin. Nämä ohjelmat ovat voimassa oleva *Terveys 2015 –kansanterveysohjelma* (STM 2001) sekä *Kansallinen terveystoiminnan kaventamisen toimintaohjelma* (STM 2008a). Viimeksi mainittu ajallisesti ja tavoitteiltaan CSDH:n tavoitteita lähempänä oleva toimintaohjelma painottuu vertailussa enemmän. Kansallista terveystoimintaa on linjattu muissakin ohjelmissa ja asiakirjoissa, esimerkiksi, STM:n pitkän aikavälin strategioissa ja Kaste-ohjelmissa sekä Vanhasen II hallituksen terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa, mutta yleiset kansalliset kansanterveysohjelmat ovat statukseltaan ja tavoitteiltaan lähimpänä sitä ohjelmatasoa, johon WHO:n ohjelmaa voi vertailla. Vertailua tehdään tässä pääosin yleisellä teemaattisella tasolla ohjelma-asiakirjojen yhtäläisyyksiä ja eroja kartoittaen, toisin sanoen tarkastelun kohteena ovat aihealueiden muotoilut ja painotukset siten, että komission raportin tavoitealueille ja muotoiluille on etsitty vastaavuuksia Suomen ohjelmista.

Terveys 2015 –kansanterveysohjelma hyväksyttiin vuonna 2001 ja se niveltyy WHO:n Health 21 –ohjelmaan (STM 2001, 8). Suomen kansanterveysohjelmaan sisältyy monia WHO:n perinteisesti painottamia periaatteita, joita esiintyy myös CSDH:n (2008) loppuraportissa. Esimerkiksi julkisen vallan vastuuta terveydestä sekä kaikkien hallintosektorien toimintaa (*Health in All Policies* –hengessä, vaikkei HiAP-käsitettä vielä käytetä) tähdennetään *Terveys 2015* –ohjelmassa samaan tapaan kuin CSDH:n raportissa. *Terveys 2015* –ohjelman lähestymistapa on irtautunut tautikohtaisesta tai sairauspainotteisesta tarkastelusta ja ohjelman periaatteet ja toimintasuuntiin sisältyvät ehdotukset kohdistuvat monelta osin terveyden sosiaalisiin determinantteihin, vaikkei Suomen ohjelmassa ole esitetty mitään determinantteihin liittyvää teoreettista viitekehystä tai mallia. Sen sijaan ohjelma viritettiin yhtäältä elämänsäajan vaiheiden ja toisaalta toiminnan kenttien (areenoiden) kehykseen (STM 2001, 22). Valtapolitiikkaa ei Suomen *Terveys 2015* –ohjelmassa eikä myöskään *Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa* käsitellä lainkaan toisin kuin CSDH:n raportissa.

Suomen terveystoiminnan kaventamisohjelma ilmestyi kesällä 2008 hieman ennen elokuun 28. päivänä tapahtunutta *Closing the Gap* –raportin julkistamista. Suomen ohjelman näkemys, jonka mukaan on ”puututtava terveystoiminnan taustalla oleviin syytekijöihin ja prosesseihin” (STM 2008a, 18), on periaatteessa hyvin lähellä CSDH:n henkeä. *Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmaa* perustellaan oikeudenmukaisuus- ja eettisyysargumenteilla (STM 2008a, 22, 25), jotka ovat erityisen vahvoina pai-

notuksina *Closing the Gap* –raportissa. Terveys 2015 –ohjelmassa ei sen sijaan käytetty oikeudenmukaisuutta suoraan politiikan perusteluna juuri lainkaan¹⁹.

CSDH:n linjauksia ja Suomen toimintaohjelman linjauksia on muotoiltu osin eri tavoin ja eri otsikoilla, mutta toimintaohjelman yleisimmän tason yhteiskuntapoliittiset linjaukset ovat paljolti samansuuntaisia CSDH:n elinoloja koskevan tavoitealueen sisällön kanssa. Taulukkoon 1 on hahmoteltu WHO:n komission päälinjaukset ja Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman päälinjaukset²⁰. CSDH:n erillinen valtaan ja resurssien jakoon liittyvä toinen päätavoitealue ei ole saanut vastaavia pääotsikoita Suomen ohjelmassa (eikä juuri muidenkaan maiden terveystoimissa ohjelmissa). Tämä komission raportin toinen pääalue on merkittävimmin Suomen ohjelmamuotoiluista poikkeava kohta, joskin tarkemmassa tarkastelussa löytyy yhteisiä sisältöalueita. Sen sijaan tietoperustaa koskeva ja toimintakapasiteettia tukeva CSDH:n kolmas pääalue on varsinkin pääotsikoita purkamalla katettu hyvin samaan tapaan Suomen toimintaohjelmassa.

Taulukko 1. SDH-komission globaalin agendan pääkohdat ja Suomen Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman päälinjat

CSDH 2008 päälinjaukset	Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman 2008 päälinjaukset
1. Parannetaan elinoloja <ul style="list-style-type: none"> • lapsuuden olot • asuinympäristö, • työllisyys ja työ • sosiaalinen suojele • universaali terveydenhuolto 	<ul style="list-style-type: none"> – Vaikutetaan yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen, työoloihin ja asumiseen – Tuetaan terveellisiä elintapoja erityisesti väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä – Parannetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tasarvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä
2. Puututaan vallan, rahan ja resurssien epäoikeudenmukaiseen jakautumiseen	–
3. Mitataan ja ymmärretään ongelma ja arvioidaan toimien vaikutuksia	<ul style="list-style-type: none"> – Kehitetään seurantajärjestelmää – Vahvistetaan tietopohjaa (mukaan lukien vaikutusten arviointi) – Kehitetään koulutusta ja viestintää

Seuraavaksi tarkastellaan yksityiskohtaisemmin sisältö- ja tavoitemuotoiluja komission kolmella pääalueella ja Suomen ohjelmissa.

¹⁹ Terveys 2015 –ohjelmassa todetaan kuitenkin teknologisten ja taloudellisten muutoksien vaikutuksien pohdinnan yhteydessä, että kyseiset muutokset ”voivat vahvistaa hyvinvoinnin ja terveyden perustaa ja oikeudenmukaista jakautumista väestön keskuudessa” (STM 2001, 13).

²⁰ Terveys 2015 –ohjelman päälinjauksina voi pitää sen päätavoitteita, jotka koskevat pitemmän ja terveemmän elämän ja terveyserojen vähentämisen tavoitetta, sekä sen kahdeksaa tarkennettua tavoitetta, joista viisi ensimmäistä koskee ikäryhmittäisiä tavoitteita. Niitä ei voi suoraan verrata CSDH:n päätavoitemuotoiluun.

1) Elinoloja koskevat tavoitteet

Kun WHO:n komission ensimmäisen tavoitealueen viittä alaryhmää tarkastellaan yksityiskohtaisemmin (taulukko 2), monia siinä otsikoiduista asioista löytyy Suomenkin ohjelmien tavoitemuotoiluista. Tämä on luonnollista, koska kyse on keskeisistä kansanterveyteen vaikuttavista tekijöistä. Lapsuus ja nuoruus profiloituivat selvästi Terveys 2015-ohjelmassa ja ne oli käsitelty myös terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman valmisteluvaiheessa omana kokonaisuutenaan, josta tehtiin taustamuistio (Pelkonen & Martelin 2008). Peruskouluvaiheeseen liittyviä kehittämistarpeita käsitellään toimintaohjelman linjauksena (STM 2008a, 33-35), joka kuuluu seurattaviin toiminta-alueisiin, mutta toimintaohjelman varsinaisissa omissa toimenpiteissä lapsuus ei kuitenkaan enää ole esillä, koska samaan aikaan oli muun muassa meneillään hallituksen Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma (Aarnikka ym. 2011). CSDH:n huolelle monien maailman alueiden elinympäristön laadun huononemisesta ja erityisesti suurkaupunkien asumisolosta ei ole suoranaista vastaavuutta nyky-Suomessa. Ympäristöasioita ei käsitellä Suomen ohjelmissa muutenkaan kovin paljon. Asunnottomuuden vähentäminen on kaventamisohjelmassa määriteltyjen erityisten seurattavien politiikan alueitten listalla²¹. Lisäksi terveellisten elinympäristöjen turvaaminen ja heikkojen asuinalueiden parantaminen on osoitettu kuntien tehtäväksi terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (STM 2008a, 66) ilman että sitä olisi nostettu ohjelman toimenpiteiden joukkoon.

Komissio ottaa työn ehtoja koskevissa asiakohdissa kantaa globaalin talouden ja markkinoiden vaikutuksiin työelämään kaikkialla maailmassa ja peräänkuuluttaa muun muassa kilpailun rajoituksia, kansainvälisiä sopimuksia ja terveyttä koskevia suojamääräyksiä. Tässä käsitellyissä Suomen ohjelmissa ei oteta kantaa työhön vaikuttavien ylikansallisten tai globaalien tekijöiden ja muiden yleisten ehtojen tilaan ja muutoksiin. Terveys 2015 -ohjelman tavoite 4 pyrkii kuitenkin työ- ja toimintakyvyn ja työelämän olosuhteiden kehittämiseen sekä sitä täsmentävissä toimintasuunnissa työturvallisuuden ja työterveyshuollon kehittämiseen sekä työelämän mukauttamiseen ikääntymisen huomioonottavaksi. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma puolestaan pyrkii paitsi yleiseen työllistämiseen (linjaus 2.1.5 ”Työllistetään pitkäaikaistyöttömiä”, STM 2008a, 39), myös ohjelman omana toimenpiteenä kehittämään terveyden edistämistoimia niillä toimi- ja ammattialoilla, joilla terveyttä kuormittavat haittatekijät ja haitalliset elintavat ovat yleisiä (STM 2008a, 40–41). Ohjelma vetoaa työnantajiin perustelemalla hyvinvoivan ja terveen työntekijän olevan työnanta-

21 Suomessa asumiseen liittyviä asioita, esimerkiksi suomalaisen omistusasumista tukevan asuntopolitiikan terveysvaikutuksia ei ole käsitelty nykyisissä Suomen ohjelmissa eikä asumista ole kovinkaan paljon tulkittu ja tutkittu terveyden determinanttina, toisin kuin tehtiin vaikkapa 1800-luvun sosiaalilääketieteessä (ks. kuitenkin Laaksonen 2011, 185, 190). Asuinolot olivat kuitenkin esillä vielä TK 2000 -ohjelmassa (STM 1986, 33-34, 143-145). Vaikka asumisen taso Suomessa (esim. asuinpinta-alalla mitaten) on lähentynyt muiden pohjoismaiden tasoa, asumisen ahtaus, vuokra-asujien antama tuki asuntojen omistajille ja lyhyet asuntolainojen laina-ajat ovat olleet koko toisen maailmansodan jälkeisen ajan suhteellisen raskaita suomalaisille (ks. Juntto 2007; Kosonen 1989), ja asuntopolitiikka saattaa hyvinkin olla yksi terveyseroihin vaikuttava determinantti.

Taulukko 2 . CSDH:n pääsuositusalueen 1 (elinolot) keskeiset alueet ja Suomen samoja aihealueita koskevia tavoite- ja toimenpidelinjauksia Terveys 2015 –ohjelmassa (T-2015) ja Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (TO-2008).

CSDH 2008: parannetaan elinoloja	Suomalaisia tavoite- ja toimenpidelinjauksia terveys 2015 -ohjelmassa (T-2015) ja terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (TO-2008)
Tasa-arvoiset lähtökohdat lapsille	T-2015 tavoite 1: Lasten hyvinvointi lisääntyy; TO-2008: vaikuttaminen peruskoulun ja päivähoidon- ja neuvolatoiminnan kautta, viittaus Lasten ja nuorten politiikkaohjelmaan
Terveelliset asuinympäristöt (erityisesti kaupunkiympäristöt, asumisolot; ilmastonmuutoksen hallintatoimissa otettava huomioon terveyden eriarvoisuus)	T-2015: ympäristön vaaratekijät mainitaan mutta ne eivät profiloitu tavoitteissa, ilmastonmuutokseen ei kantaa tavoitteissa; TO-2008: asunnottomuuden vähentäminen seurattavien listalla
Reilut työehdot, kunnolliset työolot	T-2015 tavoite 4: työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteet toimien kohteena; TO-2008: terveyden edistäminen osaksi työpaikkojen toimintakulttuuria
Sosiaaliturva kaikissa elämänvaiheissa	T-2015: toimintasuunnissa erillisiä kehittämismainintoja eri ikävaiheiden tarpeisiin; TO-2008 toimenpiteissä: kehitetään sosiaalityötä
Universaali terveydenhuolto	T-2015: toimintasuunta 16: kaikille yhtäläiset terveydenhuoltopalvelut; TO-2008:erillistoimia sosiaali- ja terveyspalveluissa (päihdehuolto, työttömien terveyspalvelut myös T-2015 toimintasuunnassa 9), maahanmuuttajien palvelut, ja viittaukset Kaste- ja Toimiva terveyskeskus –ohjelmiin

jalleen merkittävä kilpailu- ja tuotantotekijä (mt., 70). Ohjelmassa viitataan samaan aikaan meneillään olleeseen hallituksen Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelmaan (Aarnikka ym. 2011), sekä Kaste-ohjelman kuntoutushankkeisiin, joiden katkamat toimet oli (pällekkäisyyden välttämiseksi) rajattu ulos toimintaohjelman omista toimenpiteistä.

Suomen sosiaaliturva- ja terveydenhuoltojärjestelmän voi sanoa periaatteessa olleen jo lähellä sitä, mitä CSDH:n raportissa tavoitellaan vahvistettavaksi erityisesti kehittyvien maiden oloissa. Terveys 2015 –ohjelmassa kiinnitetään huomiota palvelujen kehittämiseen kaikkien ikävaiheiden tavoitteissa ja toimintasuunnissa. Erityisesti palvelujärjestelmän toimet lasten, nuorten ja työikäisten syrjäytymisen ehkäisemiseksi ovat saaneet huomiota (toimintasuunnat 3, 5 ja 9). Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa käsitellään puolestaan ainakin jossain määrin suomalaisen järjestelmän perusturvan puutteita, järjestelmän monimutkaisuutta sekä terveyspalvelujärjestelmään liittyvää eriarvoisuutta. CSDH:n huoli terveydenhuollon lisääntyvästä kaupallistumisesta ja yksityistämisestä sekä siitä, miten muun muassa käyttäjämaksuja tukevat reformit vaikuttavat kielteisesti kattavan perusterveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseen (CSDH 2008, 95), ei ilmene Suomen ohjelmissa. Kaventamisohjelman taustapaperissa (Teperi 2008) kuitenkin ehdotetaan sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja monikanavaisen rahoitusjärjestelmän uudistamista, jotta Suomen

palvelujärjestelmän erityisesti vähävaraisia koettelevat eriarvoisuusongelmat saataisiin poistetuksi.

2) Valta, raha ja resurssit

CSDH:n toinen pääsuositusalue, joka kohdistuu vallan, rahan ja muiden resurssien jakoon, ei esiinny Terveys 2015 –ohjelmassa eikä terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa. Suomen ohjelmista löytyy kuitenkin samankaltaisia elementtejä kuin on komission tämän alueen alaotsikoiden tasolla (taulukko 3), joskin komission makrotalouteen, kansainvälisiin suhteisiin ja kansainväliseen työnjakoon kohdistuva analyysi puuttuu Suomen ohjelmista lähes tyystin siitä huolimatta, että näillä ilmiöillä on suoria ja epäsuoria vaikutuksia sekä kansalliseen politiikkaan että väestön terveyteen. Terveys 2015 –ohjelman esipuheessa muistutetaan kuitenkin, että terveyttä uhkaavia tilanteita voi syntyä nopeasti meistä riippumattomista syistä muun muassa globalisaatiokehityksen vuoksi (STM 2001, 5), samoin uusia haasteita todetaan syntyneen Euroopan unionin jäsenyyden vuoksi ja lähialueyhteistyössä sekä muussa kansainvälisessä yhteistyössä (mt., 13).

Taulukko 3. CSDH:n pääsuositusalueen 2 (Valta, raha, resurssit) keskeiset alueet ja Suomen aihealueeseen liittyviä linjauksia Terveys 2015 –ohjelmassa (T-2015) ja Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (TO-2008).

CSDH 2008: vallan, rahan ja resurssien jako	Suomalaisia linjauksia Terveys 2015 -ohjelmassa (T-2015) ja terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (TO-2008)
Terveyden tasa-arvo kaikissa politiikoissa, järjestelmissä ja ohjelmissa – vastuu hallinnon ylätasolle	T-2015 on valtioneuvoston yhteistyöohjelma, joka koskee ”eri sektoreita”; HiAP oli yksi TO-2008:n valmistelun päälinjoista; Suomessa paljon vastuutusta kunnille (T-2015, TO-2008)
Reilu talouspolitiikka	TO-2008: Köyhyyden vähentäminen ensimmäisenä yhteiskuntapoliittisena linjauksena; taloudellinen toimeentulo mainitaan (myös T-2015), mutta ei kajota varsinaiseen talous- tai finanssipolitiikkaan eikä tuloeroihin
Markkinoiden vastuullisuus	T-2015: elinkeinoelämä yhtenä osapuolena, jonka vastuuseen vedotaan; TO-2008 työmarkkinaosapuolien ja elinkeinoelämän yhteistyöhön ja vastuuseen vedotaan
Sukupuolten tasa-arvo	T-2015: sukupuolten välisten kuolleisuuserojen kaventamistavoite; TO-2008 ei käsittele sukupuolten terveyseroja
Poliittinen voimaannuttaminen – osallistaminen ja kansalaisten äänen kuuleminen	T-2015 ja TO-2008: syrjäytymisen ehkäisy esillä; T2015: kansalaisjärjestöt ”alhaalta ylös” –linjana, myös TO-2008
Hyvät maailmanlaajuiset hallintatavat	Ei huomiota hallintaan ja hallintoon, ei pyrkimyksiä vaikuttaa kansainvälisiin asioihin tai globaaliin talouteen

Komissio pitää terveyden tasa-arvon huomioon ottamista kaikissa politiikoissa välttämättömänä, jos ja kun terveyden sosiaalisiin määrittäjiin halutaan vaikuttaa. Sektorien välinen yhteistyö (ISA) on keskeinen vaikuttamisen mekanismi ja komissio mainitsee Suomen yhtenä esimerkkinä ISA-toimintatapaa kehittäneistä maista (CSDH 2008, 113). Eri sektorien yhteistoiminta olikin periaatteena jo Suomen *Terveyttä kaikille vuoteen 2000* –ohjelmassa (STM 1986, 52) ja *kaikkien* hallintosektorien vaikutusmahdollisuuksiin vedotaan *Terveys 2015* –ohjelmassa (STM 2001, 9). Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman valmistelussa *terveys kaikissa politiikoissa* (HiAP) oli yhtenä etenemissuuntana. Tämän linjan valmisteluryhmän muistiossa todetaan, että ”terveyserojen kaventamisessa on kyse ennen kaikkea terveyttä tukevien työ- ja elinolojen rakentamisesta ja siten muun muassa talous-, työllisyys-, koulutus- asunto-, alue-, sosiaali- ja terveyspolitiikan sekä yhdyskuntasuunnittelun (mm. terveyttä edistäviä liikuntaympäristöt) ratkaisusta” (Ståhl ym. 2008, 90). Mainituista politiikan aloista on Suomen toimintaohjelmassa käsitelty jollakin tavoin melkein kaikkia lukuun ottamatta asunto- ja aluepolitiikkaa, mutta itse HiAP-periaatteen edistämistä ei otettu toimenpidevalikoimaan. Sinänsä Suomen ohjelmien kannoissa ollaan lähellä komission näkemystä siitä, että eri ministeriöiden politiikat tulisi tarkistaa suhteessa terveyden tasa-arvotavoitteeseen (CSDH 2008, 110).

Komissio on painottanut julkisen vallan ja erityisesti valtiovallan merkitystä terveyspolitiikassa sekä terveyssektorin johtamisvastuuta, kun taas Suomen kansanterveysohjelmassa todetaan kuntien merkityksen kasvaneen julkisen vallan sisäisessä kehityksessä (STM 2001, 13). Suomessa terveystoiminnan ohjelman toimeenpanovastuuta onkin osoitettu merkittävästi kunnille (mt. 27; ks. myös STM 2013, 12, 91–92). Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimeenpanoa koordinoivana elimenä on kansanterveyden neuvottelukunta, joka on poikkihallinnollinen elin, mutta jonka varsinainen sektorikohtainen tai eri hallinnonaloilla toteutuva toiminta riippuu siitä, kuinka halukkaita ja pystyviä neuvottelukunnassa mukana olevat ovat ajamaan asioita edustamallaan tahoilla.²²

Talouselinpolitiikan reiluja pelisääntöjä koskevaa aihealuetta ei sellaisenaan myöskään käsitellä terveyspolitiikan dokumenteissa. Komission kantana on, ettei yleishyödyllisiä hyödykkeitä kuten terveydenhuoltoa ja koulutusta voi jättää markkinoiden varaan, mikä merkitsee sitä, että tarvitaan julkista rahoitusta ja rahoituksen sääntelyä. Talouskasvua tarvitaan komission mukaan julkisten menojen rahoittamiseen, mutta talouskasvu ei sinänsä poista esimerkiksi köyhyyttä vaan tarvitaan myös jakomekanismeja (CSDH 2008, 120–121). *Terveys 2015* –ohjelmassa mainitaan taloudelliseen kasvuun liittyviä riskejä (esim. syrjäytyminen, stressin lisääntyminen, ympäristön vaa-

22 Nykyisessä kansanterveyden neuvottelukunnassa (huhtikuu 2012–huhtikuu 2015) ovat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi ympäristöministeriö, sisäasiainministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö, maa- ja metsätalousministeriö ja ensimmäistä kertaa myös valtiovarainministeriö. Lisäksi edustettuna ovat Suomen Kuntaliitto, Työterveyslaitos, Suomen Sydänliitto, Kuopion kaupunki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Suomen Lääkäriliitto, Tehy ry, Suomen Terveydenhoitajaliitto, Pohjois-Suomen aluehallintovirasto, Jyväskylän yliopisto ja Kansaneläkelaitos.

ratekijät, läheissuhteiden muutokset, epäterveelliset nautintoainetottumukset), mutta ei muuten tarkastella suoraan taloudellisten tekijöiden merkitystä. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa ensimmäisenä linjauksena on köyhyyden vähentäminen, jonka toteutumiseksi ei ole kuitenkaan omia toimenpiteitä. Tämä selittyy sillä, että samaan aikaan SATA-komitea oli tekemässä perusturvauudistusta ja myös Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma kiinnitti huomiota pienituloisten lapsiperheiden tulokehitykseen. Tulonjakokysymyksiin ei erikseen puututa poikkeuksellisen suuresta tulo- ja varallisuuserojen kasvusta huolimatta.

CSDH:n mukaan maailman kaikkien maiden yhdentyminen globaaleilla markkinoilla ja markkinasuhteiden leviäminen yhä useammille sosiaalisen elämän alueille ovat taustaprosesseineen johtaneet siihen, että monet terveyteen elintärkeästi vaikuttavat hyödykkeet ja asiat ovat joutuneet tuotteistamisen ja kaupallistamisen kohteiksi (mm. vesi ja terveydenhuolto). Samaan aikaan julkisen sektorin rooli markkinoiden säätelijänä on vähentynyt. (CSDH 2008, 132.) Tällaisia yleisiä pohdintoja ei Suomen terveyspolitiikan dokumenteissa esitetä. Suomen ohjelmien mukaan halutaan terveyden nimissä tehdä yhteistyötä elinkeinoelämän kanssa ja elinkeinoelämän vastuuseen vedotaan. Komissio on vastuukysymyksissä näiltä osin samoilla linjoilla, mutta haluaa omia taloudellisia päämääriään ajavan yksityisen sektorin astetta tiukemmin tilivelvolliseksi myös 'julkiselle hyvälle' (CSDH 2008, 133).

Sukupuolten tasa-arvo on jätetty suomalaisessa terveyserokeskustelussa vähälle huomiolle. Terveys 2015 –ohjelman kahdeksas tavoite edellyttää kuolleisuuserojen vähenemistä myös sukupuolten välillä 20 prosentilla vuoteen 2015 mennessä. Suunta onkin ollut tavoitteen mukainen ja miesten ja naisten välinen elinikaero on kaventunut, toisin kuin sosioekonomisten ryhmien väliset elinajan erot, jotka ovat kasvaneet ja etääntyneet yhä kauemmaksi kansanterveysohjelmassa asetetusta vähenemistavoitteesta. Sukupuolten välisen kuolleisuuseron vähenemistavoitetta tuskin kuitenkaan myöskään saavutetaan kansanterveysohjelman ohjelma-aikana (ks. Valkonen 2007, 248). Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma ei käsittele sukupuolten välisiä eroja eikä myöskään sosiaalista gradienttia sukupuoliryhmien sisällä.

Suomalaisissa terveyspolitiikan ohjelmissa ei käytetä voimaannuttamis- tai osallistamisilmaisuja, vaan puhutaan sen sijaan syrjäytymisen ehkäisemisestä ja kansalaisjärjestöjen toiminnasta, jotka koskevat samaa aihepiiriä. Komissio kytkee kuitenkin voimaannuttamisen syrjäytymiskeskustelua laaja-alaisemmin vallan epätasaiseen jakautumiseen politiikan, talouden, sosiaalisen elämän ja kulttuurin alalla. Kyse on mahdollisuuksista koulutukseen, työhön, tuloihin, asumiseen ja ravitsemukseen. Kansalaisten olisi saatava poliittinen äänensä kuuluviin tilanteen ollessa se, että pieni instituutioiden ja korporaatiodien joukko vaikuttaa taloudellisilla ja finanssipäätöksillään sekä kaupan toimillaan miljoonien ihmisten elinoloihin (CSDH 2008, 157).

Terveyspolitiikan asiakirjojen perussisältöön ei myöskään kuulu globaalin hallinnan muuttaminen. Komissio kiinnittää huomiota rikkouden epätasaisen jakautumisen mittasuhteisiin ja nopeaan kasvuun maailmassa. Talouskasvu ja maailmantaloudessa harjoitettu julkisten menojen karsiminen ja inflaation torjunta liitännäisineen

(kaupan liberalisointi, yksityistäminen) ovat ns. kehittyvissä maissa saaneet aikaan epäsuotuisia vaikutuksia terveyden määrittäjiin, esimerkiksi koulutukseen ja terveydenhuoltoon, siitä huolimatta, että absoluuttisesti köyhien määrä on vähentynyt. Näitä asioita ei suoranaisesti käsitellä Suomen ohjelmissa, mutta yhtä globaalien muutosten seurausilmiötä varten terveyserojen kaventamisohjelmassa on oma toimenpidealueensa, ja se koskee maahanmuuttajien palvelujen parantamista.

3) Tieto, tutkimus ja arviointi

Komission kolmas pääalue koskee mittaamista, toiminnan arviointia, tietopohjan laajentamista, työvoiman kouluttamista ymmärtämään terveyden sosiaalisia määrittäjiä sekä julkista tietoisuutta terveyden määrittäjistä (CSDH 2008, 177). Tämä alue on vertailuasetelmassa periaatteessa parhaiten katettu suomalaisissa ohjelmissa ja myös todellisuudessa (taulukko 4). Terveyserojen tutkimus on Suomessa runsasta. Terveydenhuoltolaki edellyttää perusterveydenhuollosta vastuussa olevilta kunnilta väestöryhmittäistä terveyden tarkastelua, johon tosin ei välttämättä ole edellytyksiä varsinkin pienissä kunnissa. Terveyseroihin vaikuttavista toimista ei liioin ole kovin vahvaa ja runsasta tutkimustietoa Suomessa sen enempää kuin muuallakaan, vaikka sellaista

Taulukko 4. CSDH:n pääsuositusalueen 3 (Tieto, monitorointi, arviointi) keskeiset alueet ja Suomen linjauksia Terveys 2015 –ohjelmassa (T-2015) ja Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (TO-2008).

CSDH 2008: tieto, monitorointi, arviointi	Suomalaisia vastaavuuksia Terveys 2015 -ohjelmassa (T-2015) ja terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (TO-2008)
Terveyserojen ja terveyden sosiaalisten määrittäjien säännöllinen monitorointi paikallistasolla, kansallisesti ja kansainvälisesti	T-2015: valtion tutkimusrahoitusta terveyserojen ja niiden syiden tutkimiseen; TO-2008: "tarpeelliset erillisselvitykset", vahvistetaan terveyserotutkimusta; Tietoa terveyseroista kuntiin, alueille, järjestötasolle
Lisää tietoa sosiaalisten määrittäjien vaikutuksista ja terveyseroihin vaikuttavista toimista	T-2015 toimintasuunta 23: Terveyspolitiikan tutkimuksen asemaa vahvistetaan
Terveyden eriarvoisuus pakolliseksi sisällöksi lääketieteelliseen ja muuhun terveydenhuollon koulutukseen; tietoa terveyseroista muille toimijoille ja väestölle	T-2015: Terveyden edistäminen kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksessa; TO-2008: osaamisen vahvistaminen sosiaali- ja terveysalalla mainittu; tiedon levittäminen toimenpiteenä
Kehitettävä terveyserot huomioon ottavaa terveysvaikutusten arviointia (Health equity impact assessment)	T-2015: Terveysvaikutusten arvioinnin edistäminen politiikoissa, kunnissa ja elinkeinoelämässä (toimintasuunnat 30-32); TO-2008: erot huomioon ottavan terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen ohjelman toimenpiteenä

on kansainvälisessä keskustelussa jo pitkään kaivattu. Terveyden eriarvoisuuteen liittyviä asioita opetetaan aihetta koskevan kartoituksen perusteella Suomen ammatti-korkeakouluissa ja yliopistojen lääketieteellisissä (ja vastaavissa) tiedekunnissa ainakin jossain määrin (ks. Rotko ym. 2011, 84). Terveysvaikutusten arviointia ehdotettiin jo Terveys 2015 –ohjelmassa käytettäväksi kaikissa politiikoissa ja sen käyttöä ehdotettiin myös kuntien ja elinkeinoelämän toimien arviointiin (toimintasuunnat 30-32; STM 2001, 32). Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa vaikutusten arvioinnin kehittäminen on ohjelman omana toimenpiteenä.

Ohjelmalinjausten vertailun yhteenvetoa

WHO:n komission raportti on maailmanlaajuisen pitkän aikavälin ohjelman avaus eikä sen linjauksilta ja suosituksilta siten voi odottaa kovinkaan yksityiskohtaista tai suoraa maakohtaista sovellettavuutta. Tässä raportissa komission linjausten ja Suomen terveyspolitiikan linjausten vertailu on siksi tehty yleisellä tasolla kiinnittäen huomiota asiakirjojen yleiseen viitekehukseen, arvolähtökohtiin ja tavoitelausumiin. Taulukkoon 5 on koottu eräitä yhtäläisyyksiä ja eroja komission näkemysten ja Suomen ohjelmien linjausten välillä.

Terveyden epätasaiseen jakautumiseen vaikuttamisen peruslähtökohdat ja arvot ovat WHO:n ja Suomen politiikassa samankaltaisia. Tämän taustalla ovat Suomen terveyspolitiikan ja WHO:n ohjelmien ja painotusten pitkä linja ja oletettavasti myös pitkäaikainen yhteistyö WHO:n kanssa (ks. esim. Melkas 2013a; Vilén 2012). Poikkiallinnollisen toiminnan painottaminen, terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapa ja

Taulukko 5. WHO:n komission ja Suomen ohjelmalinjausten yhteneväisyyksiä ja eroja

	CSDH:n linjaukset	Suomen terveyspoliittisten ohjelmien linjaukset
Arvot	Oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, universalismi	Tasa-arvo, oikeudenmukaisuus
Terveyden ja terveyserojen selitysmallien painotukset	Upstream-taso: makrotason rakenteelliset selitykset, ”syiden syyt”; myös politiikka ja hallinto determinantteina	Sekä upstream että downstream -lähestymistapoja: rakenteelliset tekijät ja elämäntyyli ja käyttäytyminen
Ensisijainen konteksti	Globaali talous ja työnjako, valtio	Kansallinen taso, kuntataso
Politiikan taso	Kansainvälinen vaikuttaminen, valtion keskeinen rooli	Kuntataso, kansallinen taso
Keskeisiä mekanismeja	HiAP, poikkihallinnollinen toiminta (ISA), terveysvaikutusten arviointi	HiAP, poikkihallinnollinen toiminta (ISA), terveysvaikutusten arviointi

terveysvaikutusten arvioinnin käyttäminen politiikan apuvälineenä ovat yhteisiä painotuksia.

Komission omaksumassa terveyden ja terveyserojen selittämisen ja vaikuttamisen viitekehyksessä samoin kuin erityisesti komission analyysissa ja kannanotoissa painotuvat niin sanotut *upstream*-tason eli makrotason tekijät huomattavasti painokkaammin kuin Suomen ohjelmissa. Tämä on ehkä ymmärrettävääkin siitä lähtökohdasta, että komissio tarkastelee maailmanlaajuisia ”isoa kuvaa” ja pyrkii ymmärtämään terveyteen ja terveyden sosiaaliin määrittäjiin vaikuttavia yleisiä taloudellisia, sosiaalisia ja poliittisia syitä, ”syiden syitä”, erityisesti globaalisti, joskin näiden syiden ja mekanismien arvellaan pätevän myös maiden sisällä. Kansallisten ohjelmien odotetaan kuitenkin olevan lähempänä erityisiä kansallisia tarpeita ja myös käytännön toiminnan tasoa. Toisaalta sekä kansainvälisten että kansallisten ohjelmien muotoilussa on kyse myös kohdennusten ja arvoihin ja toimintalinjoihin liittyvien painotusten valinnasta.

Kansanterveysohjelmilta voisi vahvan sosiaaliepideemiologisen evidenssin perusteella odottaa kannanottoja sellaisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat elämäntyylien ja käyttäytymisen kautta terveyteen ja sen jakautumiseen. SDH-komissio on jättänyt terveys sosiologisen ja sosiaaliepideemiologisen elämäntyyliä lähestymistavan käytännössä kokonaan pois, mutta on kuitenkin tarkastellut keskeisiä elintapatekijöitä kuten alkoholin ja huumeiden käyttöä, tupakointia, ravitsemusta, lihavuutta sekä liikuntaa elinolojen ja politiikan määrittämistä yhteyksissä. Komissio ei ole siten pyrkinyt tarkastelemaan etiologisen ketjun lähempänä yksilöiden terveyttä olevia niin sanottuja proksimaalisia käyttäytymistekijöitä ja altistuksia sinänsä, vaan on pysytellyt näiden taloudellisissa, sosiaalisissa ja poliittisissa ehdoissa – eli politiikan *upstream*-tasolla. Suomen tässä käsitellyissä ohjelmissa elintapoja on käsitelty konkreettisemmin, mutta esimerkiksi terveyserojen kaventamisohjelmassa niitä on myös lähestytty ensi sijassa rakenteellisilla, politiikan *upstream*-tason toimilla kuten vero- ja hintapolitiikalla ja saatavuuden säätelyllä sekä päihdepalvelujärjestelmän kohentamisella.

Komissio painottaa useimmiten valtiovallan vastuuta terveyden määrittäjiin vaikuttamisessa. Tämä painotus ei Suomen ohjelmissa ole erityisen vahva. Komissio tähdentää esimerkiksi valtiovallan vastuuta terveystalouden järjestämisestä ja ilmaisee huolen markkinavoimien lisääntyneestä vaikutuksesta. Suomen hallinnollisen järjestelmän erityispiirteenä on kuntien vahva autonomia (ks. esim. Alavaikko 2006), mikä saattaa asettaa rajoituksia kansallisen terveystalouden toteuttamiselle. Terveystalouden 2015 – ohjelma osoitti paljon vastuuta ohjelman toimeenpanosta kunnille ja myös terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa kuntien rooli on nähty keskeisenä erityisesti palvelujärjestelmän kehittämisessä tasa-arvoisempaan suuntaan. Paikallistason vahvan aseman perusteella tuntuu siltä, että suomalaiset ohjelmat jäävät keinoiltaan heikoiksi monissa kansallisissa toimenpiteissä, jotka koskevat keskeisiä terveyden ja terveyserojen sosiaalisia määrittäjiä.

Sekä komissio että Suomen ohjelmat painottavat *terveyttä kaikissa politiikoissa* – tyyppistä monen sektorin toimintaa ja yhteistoimintaa terveyden eriarvoisuuden vähentämiseksi. Samoin molemmat pitävät terveysvaikutusten arviointimenetelmää po-

litiikkaa palvelevana menetelmänä. Taulukkoon 5 kootuissa komission ja Suomen ohjelmakirjauksissa on varsin paljon yhtäläisyyksiä. On kuitenkin huomattava, että taulukon poiminnat koskevat päälinjauksien periaatteellisia (tavoite)muotoiluja ja kansallisen politiikan reaalinen toteuttaminen on eri asia. Tätä pohditaan seuraavissa luvuissa.

7 Ongelman muotoilusta ratkaisuyrityksiin: miten terveyseroja kehystetään?

Edellä on esitelty terveystoliittisia ohjelmia ja niiden sisältöjä kiinnittämättä kovinkaan paljon huomiota niiden todelliseen yhteiskunnalliseen ja poliittiseen kontekstiin ja politiikan toimeenpanon ongelmiin. Suomessa usein todetaan, että terveyserot eivät ole kaventuneet, vaikka erojen kaventaminen on ollut terveystoliittian tavoitteena jo vuosikymmeniä. Toteamukseen tuntuu liittyvän oletus, että tavoitteet toteutuvat ikään kuin itseksien, kun vain tiedetään, mikä on ongelma, samaan tapaan kuin mihin WHO:n arviointiryhmä kiinnitti huomiota jo Terveysttä kaikille 2000 –ohjelmaa kommentoidessaan (WHO:n... 1991). Ongelman nimeämisestä ei kuitenkaan automaattisesti vielä seuraa, että terveystoliittiset tavoitteet muotoiltaisiin toimeenpanoon soveltuviksi.

Tässä luvussa valotetaan kehyksiä, joiden puitteissa terveyseroista on politiikassa ja tutkimuksessa käyty keskustelua. Ajatuksena on, että ongelman muotoilu ja käsitteellinen ja toiminnallinen kehystäminen osaltaan vaikuttavat siihen, mitä ratkaisuja lähdetään etsimään ja mitkä ratkaisut siten ovat mahdollisia. Niinpä tässä tarkastellaan erityisesti terveyserojen kaventamisen yhteydessä käytettyjä puhetapoja ja perusteluja pitäen silmällä erityisesti terveyserojen kaventamistoliittian toimeenpanon ja toimeenpanopyrkimysten esteitä ja mahdollisuuksia. Näitä esteitä ja mahdollisuuksia tarkastellaan lisää hieman toisista näkökulmista myös seuraavassa luvussa. Tässä ja seuraavissa luvuissa käytetään soveltuvin osin hyväksi Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmasta tehtyä väliraporttia *Kapeneeko kuilu?* (Rotko ym. 2011) sekä ohjelmasta tehtyä loppuarviointia *Kuilun kaventajat* (Rotko ym. 2012).

Kapeneeko kuilu –raportissa on kartoitettu ja arvioitu Vanhasen-Kiviniemen hallituksen aikana tehtyjä terveyserojen kannalta relevantteja politiikan toimia sekä esitetty suosituksia tarvittavista jatkotoimista. *Kapeneeko kuilu* -raportin kirjoittajat toteavat arvion noudattelevan SDH-komission linjaa ja keskittyvän sosiaaliin determinantteihin (Rotko ym. 2011, 19), joskaan tarkempia vertailuja komission linjauksiin ei tehdä. Arviointiraportissa valittiin tarkasteltaviksi teemoiksi 1) köyhyyden vähentäminen (joka ei sisällynyt terveyserojen kaventamistoliittian varsinaisiin omiin toimenpiteisiin), 2) lasten ja nuorten terveyserojen ja syrjäytymisen ehkäisy (toimintaohjelmassa ei myöskään kohdistettu lapsiin omia toimenpiteitä, mutta koululaiset ja nuoret olivat ohjelman kohteena), 3) työolot ja työttömyys (terveyden edistäminen työpaikoilla oli kaventamistoliittian oma toimenpide), 4) sosiaali- ja terveytspalvelujärjestelmän yhdenvertaisuus (oma toimenpidealue) ja 5) maahanmuuttajien terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen (oma toimenpidealue palvelujärjestelmän kehittämisen osalta). Lisäksi pohdittiin erikseen valtion ohjausroolia ja erityisesti informaatio-ohjauksen merkitystä ja käyttömahdollisuuksia.

Väliarviointiraportissa (Rotko ym. 2011) kiinnitetään huomiota suhteellisen köyhyyden ja erityisesti lapsiköyhyyden lisääntymiseen, tuloerojen kasvuun sekä perusturvan vakaviin puutteisiin, jotka kaikki ovat merkittäviä terveyden sosiaalisia determinantteja ja joiden kehitys on Suomessa ollut vastakkaista terveyserojen kaventamistavoitteelle. Kaikista kaventamishojelman 15 omasta toimenpiteestä on lisäksi tehty liiteosaan erillinen yksityiskohtainen seurantakatsaus. Kaventamishojelman loppuraportti *Kuilun kaventajat* on väliraporttia suppeampi eikä ohjelman yleisiä sisältökysymyksiä enää käsitellä. Sen sijaan on selvitetty terveyserojen kaventamishojelman 15 oman toimenpiteen toteutumista näiden toimenpiteosien vastuuhenkilöille tehdyn kyselyn perusteella. Lisäksi arviointia varten on käyty teemakeskusteluja eri ministeriöissä sekä tehty kyselyt aluehallintovirastoissa työskenteleville henkilöille ja kuntien viranhaltijoille (ks. Rotko ym. 2012, 14–15).

Terveyserojen kehystäminen

Ohjelmien käsitteellinen ja toiminnallinen kehystäminen poliittisesti ja kulttuurisesti hyväksyttävällä ja toivottavalla tavalla vaikuttaa keskeisesti siihen, miksi jotkut politiikan vaihtoehdot voittavat ja miksi esimerkiksi virkamiehet päättävät tehdä jotakin (Béland 2005, 12). Ohjelmien sopivan kehystämisen lisäksi tarvitaan tukea poliittisilta kannattajilta, teknistä toteutettavuutta ja suhteellisen selkeitä poliittisia ideoita (mt. 12). Kehyksellä (engl. frame) ja kehystämällä tarkoitetaan tässä yhteydessä kompleksisten asioiden esittämistä politiikan yhteyksissä tavalla, joka voi vaikuttaa politiikan toteuttamiseen (ks. Saari & Kananen 2009, 23–24; Tirronen 2011, 36). Kyse on siten paljolti politiikan ratkaisujen taustalla olevien perustelujen tavoista (ks. myös Vallgård 2008).

Mitä käsitekehys terveyserojen kaventamisesta on käytetty? Terveyserojen kaventamisen näkökulmasta *'sosiaalisia determinantteja'* voi itsessään pitää kompleksisena kehystämisenä, jolla viitataan terveyserojen yhteiskunnallisiin syihin. CSDH:n viitekehys (kuvio 1, s. 37)²³ on sosiaalisten määrittäjien ketjua kuvaava kehys. Suomen kansanterveysohjelmissa tavoitteista ei ole suoranaisesti puhuttu sosiaalisten määrittäjien kehyksessä, mutta sisällöllisesti ongelmien ja tavoitteiden muotoiluissa on väistämättä paljon samaa verrattuna CSDH:n muotoiluihin, kuten edellisen luvun vertailuissa havaittiin.

Terveyserojen ilmenemisen muodoista puhutaan myös erilaisissa ”kehyksissä”. SDH-komission raportin nimi *Closing the gap* viittaa muun muassa Englannissa usein käytettyyn *terveyskuilu*-käsitteeseen (ks. esim. Graham & Kelly 2004). Terveyspolitiikan tavoitteena on kaventaa ”kuilua”, joka vallitsee huonossa asemassa olevien terveydentilan ja parhaiten menestyvän väestönosan tai väestön keskimääräisen terveyden-

²³ Tutkimusyhteyksissä puhutaan vastaavasti käsitteitä ja niiden välisiä suhteita koskevista viitekehyksistä (framework).

tilan välillä. Esimerkiksi Englannin 1999 terveystalouden ohjelman tavoitteena oli huono-osaisimpien alueiden kuolleisuuden ja koko väestön kuolleisuuden eron kaivaminen (ks. HMT & DH 2002).

Jos politiikan painopiste on kuilu-käsitteen kirjaimellisen tulkinnan mukaisesti pahimpien ongelmien korjaamisessa ja kohteena ovat vain huono-osaisimmat ryhmät, käyttöön tulevat lähinnä ns. residuaalisen sosiaalipolitiikan menetelmät. Tällöin koko väestön tasolla ei välttämättä saada aikaan mainittavaa tilanteen kohentumista, eikä myöskään estetä huono-osaisuuden jatkuvaa uusiutumista (Rose 1988; Graham 2004a; Nathanson 2010; Benach ym. 2013). Siksi ”kuilu”-lähestymistapaa ei yleensä pidetä riittävänä. Vastaavaa keskustelua on käyty köyhyyspolitiikan yhteydessä: pelkästään köyhille kohdistettu apu on ikään kuin vuotavan veneen paikkailua sieltä täältä ja saattaa jopa lisätä köyhyyttä (Kuivalainen & Niemelä 2009, 215).

Toisena yleisenä terveyserojen kehiksenä on *gradientti*, jolla tarkoitetaan terveydentilan asteittaista vaihtelua. Koska kuolleisuudessa ja terveydessä havaitaan lähes aina sosioekonomista hierarkiaa noudattelevaa varsin säännöllistä vaihtelua (mitä parempi sosiaalinen asema, sitä parempi terveys ja pitempi elinikä), on yritettävä vaikuttaa kaikkiin sosiaaliryhmiin siten, että terveys kohenee nopeimmin ja eniten huono-osaisimmilla, mutta asteittain myös muilla. Esimerkiksi Norjan terveystalouden strategian otsikoksi annettiin *Challenge of the gradient* (Sosial- og helsedirektoratet 2005), jonka käytännössä ajateltiin tarkoittavan sitä, että intersektoraalisella toiminnalla pyritään vähentämään determinanttinäkökulman mukaisesti erityisesti *sosiaalista eriarvoisuutta* läpi sosiaalisen hierarkian. Norjan strategiassa onkin yritetty jäsentää gradienttiin kohdistuvan strategian sisältöä ehkä selvemmin ja monipuolisemmin kuin muiden maiden strategioissa (ks. Strand ym. 2009). Terveystalouden toimien ja interventioiden tulkinta ja muotoilu gradientti-kehiksessä on kuitenkin harvoin kovinkaan selvää tai konkreettista, siitä huolimatta, että gradienttiin vaikuttamisen tärkeistä useimmiten muistutetaan (esim. Marmot 2007; Marmot ym. 2012). Gradienttiin vaikuttaessa olisi kysyttävä, mitä tarkalleen pitää tehdä, jotta terveydentila (ja sen edellytykset) kohenisivat eriasteisesti ja tarpeenmukaisella tavalla esimerkiksi alemmissa toimihenkilöryhmissä, ammattitaitoisten työntekijöiden ryhmissä, erikoistumattomien työntekijöiden ryhmissä, maanviljelijöillä ja luokkien ulkopuolella olevissa ryhmissä, tai eriasteisen koulutuksen saaneissa ryhmissä, niin että ryhmien väliset terveyserot lopulta tasoittuisivat.

Yleisin tulkinta onkin, että gradienttiin vaikuttaminen tarkoittaa *universalistista* politiikkaa. Universalismi, jota WHO:n komissio (CSDH 2008) painokkaasti tukee, edellyttää puolestaan uudelleenjakavaa politiikkaa, joka koskee kaikkia ja edellyttää solidaarisuutta (Nathanson 2010; Anttonen & Sipilä 2010; Lehtonen & Liukko 2010). Fran Baum (2007, 91) on korostanut, että terveyden gradientti viittaa tarpeeseen käyttää *sekä* universalistisia väestöstrategioita *että* kaikkein huono-osaisimpiin kohdistettuja strategioita.

Kaikkia koskevalla universalistisella politiikalla ja huono-osaisiin ja ongelma-ryhmiin kohdistuvalla selektiivisellä politiikalla on periaatteessa erilaiset väestövai-

kutukset kuten Benach työtovereineen (2013) on havainnollistanut hypoteettisella mallikuviolla ja esimerkeillä. Jos politiikan toimet kohdistuvat vain huono-osaisiin, esimerkiksi köyhiin ja/tai syrjäytyneisiin, koko väestön terveyden jakauman keskiarvo ei välttämättä muutu. Gradienttiin ja kaikkiin väestöryhmiin kohdistuvilla toimilla voidaan sen sijaan ainakin periaatteessa parantaa myös huono-osaisimpien asemaa suhteellisesti enemmän. Englannissa on alettu käyttää *suhteellisen universalismin* käsitettä sellaisesta universalistisesta politiikan strategiasta, jossa resursseja kohdistetaan eriasteisen painotetusti huono-osaisempiin ryhmiin (The Marmot Review 2010).

Terveys 2015 –ohjelma ei ota erikseen kantaa terveyden asteittaiseen vaihteluun. Ohjelman kahdeksatta tavoitetta havainnollistavassa kuviossa (STM 2001, 20) tavoite on ilmaistu ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välisen sekä korkea-asteen koulutuksen ja perusasteen koulutuksen saaneiden elinajanodotteen eron kaventumisena 20 prosentilla vuoteen 2015 mennessä. Tavoite on käytännössä ilmaistu ”kuilu”-kehyksessä, mutta ohjelmassa ei ole erikseen pohdittu, johtaisivatko ohjelman muiden tavoitteiden saavuttamiseen aiotut toimet kuolleisuuserojen kaventumiseen, kuten kaventamistavoitteen asettelussa edellytetään. Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa ei myöskään oteta kantaa gradientti-kuilu –tulkintoihin, vaikka ohjelmasta tehdyt arviointiraportit käyttävät kuilun käsitettä (”Kapeneeko kuilu”, Rotko ym. 2011 ja ”Kuilun kaventajat” Rotko ym. 2012). ”Kapeneeko kuilu?” –arviointiraportissa käsitellään kuitenkin sekä työelämää että työttömyyttä ja käydään läpi toimenpiteitä, jotka koskevat terveyden edistämistä työpaikoilla, työttömien kuntoutusta ja työttömien terveyspalveluja sekä viitataan muun muassa Työterveyslaitoksen ammattiryhmittäisten terveyserojen kaventamishankkeeseen, jossa on paikannettu ns. riskiryhmiä (Rotko ym. 2011, 52). Riskiryhmä-kehys saattaa myös olla lähellä kuilu-kehystä, mutta toisaalta juuri työhön ja työllisyyteen liittyvillä toimilla voidaan periaatteessa ajatella vaikuttavan myös gradientin eri askelmiin.²⁴

Yksi suuri terveyseroihin liittyvä yleiskehys on myös *kansanterveys*, jonka käyttö on viime aikoina jossain määrin väistynyt epidemiologiassa käytetyn suppeamman *väestön terveyden* käsitteen tieltä (ks. myös Sihto 2013). Väestöryhmien väliset suuret terveyserot vaikuttavat kansanterveyden tasoon ja kehitykseen. Kansanterveydelliseen kehukseen on vedottu muun muassa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman perusteluissa (STM 2008a, 25).

*Eettiset perustelut ja oikeudenmukaisuus*²⁵ esitetään keskeisinä perusteluina tai kehyksinä SDH-komission raportissa. Terveydellä on itseisarvonsa, jota ei tarvitse perustella muilla arvoilla. Oikeudenmukaisuutta ei myöskään tarvitse eikä voi perustella joillakin muilla syillä kuten taloudella (Lehto 2007, 153). Kaikkien oikeus mahdol-

24 ”Kuilu”-käsitteen käytöllä ei luultavasti ole haluttu asettua residuaalisen sosiaalipolitiikan kannattajaksi Suomessa sen enempää kuin *Closing the Gap* -raportissakaan, vaan kyse on enemmänkin havainnollisesta kielikuvasta, mutta samalla näyttää kuitenkin käyneen niin, että gradienttiin tarttumisen edellytykset ovat jääneet pohjimatta.

25 Oikeudenmukaisuuden keskeisiin periaatteisiin on luettu kuuluvaksi ainakin vastavuoroisuus, impartialisuus sekä huolehtiminen niistä, jotka eivät itse kykene huolehtimaan itsestään (Yeung ym. 2007, 10–11).

lisimman hyvään terveyteen määritellään jo WHO:n perustamissopimuksessa ja oikeus terveyden edellytyksiin todetaan myös ihmisoikeuksien julistuksessa (ks. tämän raportin alaviitteet 3 ja 4 s. 13; myös Koivusalo & Ollila 2013a). Suomen perustuslaissa on myös koko joukko periaatteita, jotka käytännössä lupaavat huolehtia terveyden kannalta keskeisistä sosiaalisista määrittäjistä, joskin perustuslakiin useimmiten vedotaan lähinnä peruspalvelujen järjestämiseen liittyvissä yhteyksissä (esim. Teperi & Keskimäki 2007; Leppo 2008). Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman perusteluissa todetaan, että *ehkäistävissä olevia terveyseroja* ei voida pitää oikeudenmukaisina tasa-arvoon tähtäävässä hyvinvointiyhteiskunnassa (STM 2008a, 25). Ehkäistävyys tai vältettävyys onkin keskeinen terveyttä koskevan oikeudenmukaisuuden kriteeri. Signild Vallgård (2006) on kuitenkin kiinnittänyt huomiota ”vältettävissä olevan” (avoidable) käsitteen tulkintavaikkeuksiin. Hänen mukaansa ei ole mitään teknistä ratkaisua, jonka avulla vältettävyys olisi mahdollista määrittää ja vältettävissä olevan ja ei-vältettävissä olevan terveysongelman raja on liikkuva. Ehkäistävyuden kriteerien asettamisen vaikeuksista huolimatta näyttää ilmeiseltä, että sosioekonomisten ryhmien välillä on selviä ja kasvavia eroja, kun tarkastellaan kuolleisuutta periaatteessa terveydenhuollon toimin ehkäistävissä oleviin sairauksiin (esim. Keskimäki 2010; Lumme ym. 2012). Tämä herättää kysymyksen siitä, miten oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti sairauksien ehkäisy ja hoito käytännössä toteutuu eri sosioekonomisissa ryhmissä palvelujärjestelmän sisällä.

Epäoikeudenmukaisuus (social injustice) on keskeinen SDH-raporttia motivoiva käsite. Epäoikeudenmukaisuuskin on Vallgårdan (2006) mielestä kuitenkin häilyvä käsite ja paljolti arvovalintakysymys. Esimerkiksi käyttäytymiseen kohdistuvissa politiikan toimita joudutaan pohtimaan tahdonvapauden ja valintojen kysymyksiä: jos valitsee käyttäytymisensä ja elämäntapansa vapaasti, ovatko käyttäytymistapojen mahdollisesti epäterveelliset seuraukset silloin oma syy (eikä näin syntynyttä huonoa terveyttä voi pitää epäoikeudenmukaisena)? Tapojen luokka- ja kulttuurisidonnaisuuden on usein kuitenkin todettu rajoittavan käyttäytymisvalintojen vapautta (ks. esim. Blaxter 2010, 92–93; Prättälä 2007b; Cockerham 2013). Vallgårdan mukaan käyttäytymiseen kohdistuvassa politiikassa on joka tapauksessa vaarana, että köyhiin kohdistetaan paljon enemmän ja suoraviivaisemmin toimenpiteitä kuin ylempien sosiaaliryhmien käyttäytymiseen. Toisaalta on myös todettu, että kansanterveyden tason parantuessa kansalaisten tasa-arvoisten mahdollisuuksien edistäminen tulee entistä merkityksellisemmäksi, jolloin on hyväksyttävä myös se, että ihmiset voivat halutesaan valita itselleen terveystapojensa sijasta muita päämääriä ja sen mukaista käyttäytymistä (Munthe 2008). Jos taas yksilöllisiä vapauksia korostetaan siinä määrin, että vastuu terveydestä jätetään kansalaisille itselleen, silloin yhteiskunta on vaativin heikoimpia jäseniään kohtaan, kuten Pentti Alanen (2008, 25) on huomauttanut. Tämä kanta on taas lähellä WHO:n komission oikeudenmukaisuusnäkemystä.

Hyvinvointivaltio ja sen *tasa-arvoa* painottava kehys ovat keskeisiä terveyden tasa-arvon perusteluja. Hyvinvointivaltion sijasta on etenkin 1990-luvun lamavuosisista lähtien puhuttu myös *hyvinvointiyhteiskunnasta* (ks. esim. Yeung ym. 2007, 11–13).

Juho Saari on luonnehtinut hyvinvointivaltion huolehtivan kansalaisistaan, jotka antavat sille vastineeksi tukensa, kun taas hyvinvointiyhteiskuntaa koskevassa puheessa painottuu yksilöiden asiakkuus, ja asiakkaan suhdetta yhteiskuntaan määrittää tyytyväisyys²⁶ (ks. myös Julkunen 2006, 11). SDH-komissio ottaa raportissaan kantaa hyvinvointivaltioon muutamassa kohdassa. Työolojen kehittämisen alueella muistutetaan aktiivisen työväenliikkeen historiallisesta roolista modernin hyvinvointivaltion työoikeuksien ja työpolitiikan luomisessa (CSDH 2008, 77). Myös pohjoismaisen hyvinvointivaltion uudelleenjakavien mekanismien positiiviset vaikutukset muun muassa pohjoismaiden alhaisen lapsikuolleisuuden saavuttamisessa todetaan (mt. 85).

Hyvinvointivaltiosta ei juuri puhuta Suomen kansanterveysohjelmissa, mutta terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman *Terveys kaikissa politiikoissa* –taustapaperissa tähdennetään pohjoismaisen hyvinvointipolitiikan arvojen ja lähtökohtien säilyttämisen tärkeyttä kansainvälisessä yhteistyössä ja EU-politiikassa (Ståhl ym. 2008, 93–97). Tutkimuskirjallisuudessa (esim. Mackenbach 2012) on pohdittu ns. hyvinvointivaltioaparadoksia: miksi terveyserot säilyvät moderneissa hyvinvointivaltioissa? On myös ihmetelty ja haettu tulkintoja sille, miksi tasa-arvoisissa pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa on jokseenkin yhtä suuret suhteelliset terveyserot kuin muissakin hyvinvointiregiimeissä tai muissa kehittyneissä teollisuusmaissa (esim. Lahelma & Lundberg 2009; Bambra 2011; Hurrelmann ym. 2011).

Suomalaisten miesten kansainvälisesti suuret kuolleisuuserot ovat antaneet aiheita Suomea koskeville lisäkysymyksille. Pohjoismaissa, erityisesti Ruotsissa ja Norjassa, on saavutettu korkea kansanterveyden taso ja Ruotsissa miesten absoluuttiset kuolleisuuserot eivät ole yhtä suuria kuin monessa muussa maassa. Siten Ruotsissa työväestöön kuuluvien miesten elinajanodote on kansainvälisesti vertaillen poikkeuksellisen korkea. Ruotsi lieneekin absoluuttisia eroja tarkasteltaessa tasa-arvoisimpia maita (ks. Lahelma & Lundberg 2009). Olle Lundberg (2008) on arvellut, että pohjoismaiden keskiluokan terveyden tason nousu on merkinnyt suhteellisten terveyserojen säilymistä ja muuten tasa-arvoiset Pohjoismaat ovat siten oman menestyksensä ”uhreja”. Suomeen tämä ei samassa määrin päde, mihin Suomen hyvinvointivaltion kehityksen historialliset erityispiirteet vaikuttanevat. Suomen kehittyminen hyvinvointivaltion kriteerit täyttäväksi yhteiskunnaksi tapahtui vähintään parikymmentä vuotta muita pohjoismaita myöhemmin (ks. esim. Leppo 2008; Alestalo 2010²⁷). Lisäksi Suomi

26 Saaren (2011b, 298) mukaan hyvinvointivaltion ja hyvinvointiyhteiskunnan käsitteiden käytössä ei kuitenkaan ole vakiintuneita muotoja ja hyvinvointiyhteiskunta on nykyisissä puhetavoissa liittynyt lähinnä keskustan ja kokoomuksen tapaan ilmaista hyvinvoinnin syntyvän muualla kuin julkisen vallan toimenpiteissä. Rajja Julkunen (2006, 43–44) mukaan hyvinvointiyhteiskuntaa voi pitää myös hyvinvointipluralismin synonyymina korostettaessa järjestösektorin roolia. Julkunen mukaan hyvinvointiyhteiskunnan käsitteeseen on liittynyt myös uusliberaaleja painotuksia ja pyrkimystä rajoittaa julkista hyvinvointivastuuta.

27 Matti Alestalon (2010, 302) mielestä Suomi oli II maailmansodan jälkeisinä vuosikymmeninä kaukana länsimaiden hyvinvointikehityksestä: ”[K]ansalaissodan, lapuanliikkeen ja toisen maailmansodan runtelemaa Suomea ei oikein hyvällä tahdollakaan voi pitää rauhanomaisena, hillitysti ja hallitusti kasvaneena pohjoismaisena kansankotina. Vertailevat hyvinvointivaltiotutkimukset antavat aihetta puhua ennemminkin läntisen Euroopan takapajulasta kuin kärkijoukosta [...]”

alkoi melkein saman tien tähän joukkoon päästyään etäännyä pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin keskeisistä tunnusmerkeistä: valtiollisuudesta, universaalisuudesta ja tasa-arvosta (Alestalo 2010). Klaus Hurrelmann työtovereineen (2011, 11) on puolestaan arvellut, että pohjoismainen valtiokeskeinen malli ei sisällä riittäviä sosiaalisia suhderakenteita huonossa asemassa olevien väestönsien tukemiseksi samassa määrin kuin niin sanottu konservatiivinen hyvinvointimalli (esimerkiksi Saksa ja Etelä-Euroopan maat), jossa sosiaaliset verkostot ja perheinstituutio tukevat paremmin yksilöitä. Niinpä huono-osaisuus ei näissä maissa johda samassa määrin jyrkkään marginalisoitumiseen ja siihen liittyviin terveydellisiin riskeihin ja riskikäyttäytymiseen kuin Pohjoismaissa.

Suomi sijoitetaan hyvinvointivaltioiden regiimitarkasteluissa yleensä puutteistaan huolimatta sosiaalidemokraattisten hyvinvointivaltioiden kärkisarjaan (esim. Coburn 2004; Raphael 2012; ks. myös Saari 2010²⁸). Suomi on sijoittunut kärkisarjaan myös OECD-maiden sosiaalisen oikeudenmukaisuuden mittauksissa ja oli yhdistetyn oikeudenmukaisuusindeksin mukaisessa yleisarviossa viidentenä Islannin, Norjan, Tanskan ja Ruotsin jälkeen, joskin sijoittui huomattavasti huonommin työhön osallistumista, työttömyyttä ja terveyttä kuvaavien indikaattorien vertailussa (Social Justice in the OECD, 2011). Tasa-arvoisten yhteiskuntien saavuttama parempi hyvinvoinnin ja terveyden taso on puolestaan keskeinen tulos Richard Wilkinsonin ja Kate Pickettin (2011) kehittyneitä maita koskevassa vertailussa. Näissä vertailuissa Suomi on myös useimmiten parhaiden joukossa muiden pohjoismaiden ja Hollannin kanssa lähes kaikilla vertailtavilla hyvinvointi-indikaattoreilla (kuten lapsikuolleisuudessa, lasten hyvinvoinnissa, koulumenestyksessä, luottamuksen asteessa, huumeiden käytön ja vankien määrän vähäisyydessä, ei kuitenkaan itsemurhien ja tappojen tiheydessä). Terveyserot eivät kuitenkaan olleet Wilkinsonin ja Pickettin huomion kohteena vaan he keskittyivät terveyden tasoon ja sosiaalisen eriarvoisuuden muihin ilmentymiin, joita tarkasteltiin maiden tuloerojen mukaan.

Talous on keskeisiä kehyksiä, joissa terveyttä ja varsinkin terveydenhuoltoa nykyisin käsitellään. Sakari Hännisen (2009, 49) mukaan terveystaloutta on Suomessa harjoitettu talouspolitiikan kehyksessä, mikä on osaltaan ohjannut terveydenhuollon käytäntöjä muutenkin hyväosaisen väestön eduksi. Terveyserot tulevat kuitenkin kalliiksi yhteiskunnalle ja *terveydenhuollon kustannukset* mainitaan myös terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa, samoin *työvoiman riittävyys* (STM 2008, 26). Talouskasvu ja *kilpailukyky* ylläpitäminen mainitaan puolestaan *Terveys 2015* -ohjelmassa (STM 2001, 8). Se, että talouskasvu edellyttää kilpailua ja että kilpailu on usein sekä lähtökohdiltaan että palkitsemistavoiltaan eriarvoistavaa, ei ole erityi-

28 Juho Saari (2010, 53) toteaa 2000-luvun Suomen olevan yksi maailman parhaista maista monien erilaisten kansainvälisissä vertailuissa käytettyjen kehitysindikaattorien mukaan, siitakin huolimatta, että Suomi on jäänyt jälkeen muista Pohjoismaista (mt. 46) ja esimerkiksi perusturvan taso on Suomessa selvästi heikentynyt 1990-luvun lamavuosien jälkeen (esim. THL 2011; Määttä 2012). Tuoreessa EU-maiden vertailussa, jossa tarkasteltiin bruttokansantuotetta, äänestysaktiivisuutta, työttömyyttä, julkisen talouden alijäämää, maatalouden kannattavuutta ja ympäristön tilaa, Suomi ei ollut aivan ylimpänä, mutta ylsi kuitenkin 4. sijalle (Raunio & Saari 2013, 170).

sen pohdinnan kohteena (ks. myös Hänninen 2009, 57). Saari (2011a) on 2000-luvun eduskunnan välikysymyksiä koskevan tutkimuksensa pohjalta todennut, että hallituksella on Suomessa tapana puolustaa talouskasvua ja työllisyyttä, kun taas oppositio kiinnittää huomiota eriarvoisuuden lisääntymiseen, riippumatta siitä, mikä puolue on hallituksessa, mikä oppositiossa. Näin siis talouskasvun edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen asettuvat oppositioon toisiinsa nähden, mutta eivät noudata perinteistä puoluejakoa. Edellä mainittu Wilkinsonin ja Pickettin tutkimus on puolestaan virittänyt ideologisesti värittyä keskustelua, jossa tuloerojen vähentämisen puolesta argumentoivat ovat saaneet vastaansa tuloerojen puolustajat. Pohdittaessa taloudellisia realiteetteja kansanterveyden yhteydessä haetaan ns. *win-win* –tilanteita: terveet ihmiset jaksavat tehdä työnsä hyvin ja ovat myös tuottavia. Sakari Hännisen (2009) luonnostelemassa visiossa sekä talouspolitiikan että terveyspolitiikan päämääränä on inhimillinen yhteiskunta. Tässä visiossa muun muassa perusturva, oikeudenmukainen verotus ja tasa-arvo johtavat myös reaalisesti kilpailukykyyn ja ihmisten toimintakykyisyyteen ja tätä kautta kaikki ihmiset huomioon ottavaan inhimilliseen yhteiskuntaan. Kaikkien osapuolien terveydestä hyötyminen (terveysvahinkojen estämisen ohella) on myös *Health in All Policies* –lähestymistavan yleiskehyksen keskeisiä argumentteja.

Sosiaaliin määrittäjiin kohdistuvan politiikan kehystämisen erityisiä ongelmia

Terveyden sosiaaliin determinantteihin kohdistuvan politiikan näkökulmasta on ymmärrettävä, mitä muutoksia sosiaalisessa, poliittisessa ja taloudellisessa toimintaympäristössä on viime vuosikymmeninä tapahtunut. Vicente Navarron (2009, 425) mukaan näitä muutoksia luonnehtivat seuraavat tendenssit: a) väestön terveyttä koskevan julkisen vastuun vähentäminen, b) valinnan ja markkinoiden osuuden lisäämistarve, c) tarve muokata kansallisia terveyspalveluita vakuutusperusteisiksi, d) lääkäripalvelujen yksityistäminen, e) asiakkuuksista puhuminen potilaiden sijasta ja suunnittelun korvautuminen markkinoilla, f) yksilöiden henkilökohtaisen terveyden edistämisen vastuun painottaminen, g) terveyden edistämisen ymmärtäminen käyttäytymismuutoksiksi ja h) yksilöiden henkilökohtaisen vastuun kasvattamisvaatimus sosiaalista pääomaa lisäämällä. Nämä piirteet ovat Navarron mukaan samanlaisia niin USAssa, Euroopan unionissa kuin WHO:n piirissäkin.

Navarro (2009, 438) arvioi monien muiden tapaan, että lääketieteelliset instituutiot eivät ratkaise kroonisten kansansairauksien ongelmaa, vaikka ne hoitavatkin yksilöitä ja kiistämättä parantavat näiden elämänlaatua. Käyttäytymis- ja elämäntyyliinterventioihin painottuva terveyden edistäminen ja tautien ehkäisy eivät myöskään yksinään riitä. Terveysstrategioiden tulisi sisältää poliittisia, taloudellisia, sosiaalisia ja kulttuurisia interventioita, jotka koskevat sosiaalisia määrittäjiä eivätkä ainoastaan yksilöllisiä määrittäjiä.

Terveyden sosiaalisia määrittäjiä koskevan politiikan muotoilemiseen vaikuttavat myös politiikan ja hallinnon monimutkaistuminen ja kansainvälistyminen. Mark Exworthy (2008) on eritellyt seitsemän keskeistä politiikan muotoilun haastetta, jotka pääosin sopivat Suomeenkin:

1. Ilmiön monisyisyys: ei ole vain yhtä yksinkertaista ongelmaa, eikä siten ehkä ole yksinkertaista politiikkaratkaisuakaan. Yleensä terveyden sosiaalisia determinanteja koskevat mallit eivät anna selviä ohjeita politiikalle (ks. myös Bartley 2010; Muntaner ym. 2009); tutkijat ja poliitikot eivät välttämättä ole yksimielisiä tarvittavista ratkaisuista. Tällöin on vaikea saada aikaan koordinoitua strategiaa.
2. *Life course* –perspektiivin aikajänne: aikajänne on politiikalle liian pitkä; hallituskoalitiot ehtivät vaihtua. Ongelmana on pitkän aikavälin lähestymistapojen ja lyhyen aikavälin poliittisten rajoitusten yhteensovittaminen.
3. Monien eri sektorien yhteistoiminta: valtion lisäksi mukana ovat myös järjestöt ja yksityissektori. Kumppanuussuhteet ovat monella tavalla vaativia (ks. myös Carlisle 2010). Kansanterveysohjelmat ovat usein tautikohtaisia ohjelmia eivätkä sosiaalisista determinanteista lähteviä.
4. Kilpailu prioriteettien välillä: esimerkiksi talous ja kehitysohjelmat ohittavat priorisoinneissa terveyden syihin kajoamisen.
5. Syy- ja seuraussuhteet eivät ole ilmeisiä. Epidemiologiassa havaitut yhteydet eivät välttämättä ole kausaalisuhteita. Poliitikassa puolestaan ei tiedetä – ainakaan nopeasti, jos lainkaan – mikä on intervention lopputulos (outcome).
6. Epidemiologisen pitkän ajan seurantatiedon vähäisyys.²⁹
7. Globalisaation ja monenkeskisyyden vaikutukset terveyden kaltaiseen ’julkiseen hyödykkeeseen’. Valtion rooli on muuttunut ja ylikansallisten organisaatioiden (EU, Maailman kauppajärjestö, Kansainvälinen valuuttarahasto, Maailmanpankki) valta lisääntynyt. Ylikansallisilla instituutioilla on ollut taipumus edistää uusliberaaleja tavoitteita. Samalla desentralisaatio on heikentänyt valtiovallan toimintakykyä.

Politiikan hahmottaminen lineaarisena rationaalisen prosessin sisällön muotoilusta toimeenpanoon on Exworthyn näkemyksen mukaan liian yksinkertaista. Poliitiikan prosessi on yleensä pikemminkin katkelmallinen ja sotkuinen. (Exworthy 2008, 319; ks. myös Lindblom 1979).

²⁹ Suomessa on kuitenkin kansainvälisesti vertaillen varsin paljon seurantaa palvelevaa epidemiologista tietoa.

8 Terveyserojen kaventamisen kentät: jännitteitä ja mahdollisuuksia

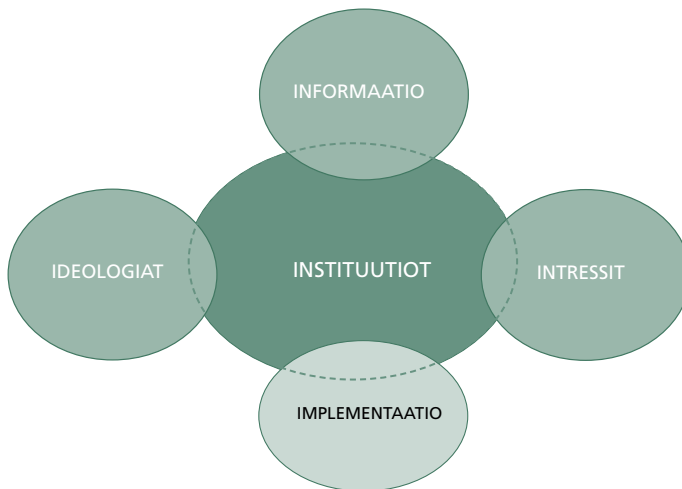
Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut terveyspolitiikan tavoitteena Suomessa jo ainakin 30-40 vuotta. Terveyserot ovat vankimpien mittarien eli kuolleisuuden ja elinajan odotteen mukaan pääosin vain lisääntyneet. Näin on käynyt erityisesti tulotason mukaan vaihtelevassa kuolleisuudessa ja myös koulutus- ja ammattiryhmittäisessä kuolleisuudessa (Tarkiainen ym. 2011; Valkonen ym. 2007). Myös terveydenhuollon toimin estettävissä olevissa kuolemissa tuloryhmien väliset erot ovat kasvaneet (Keskimäki 2010; Lumme ym. 2012). On kuitenkin joitakin sairastavuuden alueita, joissa sosioekonomiset terveyserot eivät ole lisääntyneet ja ovat voineet hiukan vähetäkin kuitenkin häviämättä. Näin näytti käyneen esimerkiksi keski-ikäisten pitkäaikaissairastavuudessa koulutusryhmittäin tarkasteltuna 2000-luvun alkuun tultaessa (ks. Koskinen ym. 2007, 78-79) mutta erot näyttävät kuitenkin taas hieman lisääntyneen 2010-luvulle tultaessa (Martelin ym. 2012). Tuloviidenneksien väliset erot pitkäaikaissairastavuudessa ovat myös kasvaneet 2000-luvulla (Klavus 2010).

Terveyseroista on puhuttu ns. ”ilkeänä” ongelmana, johon on poikkeuksellisen vaikea löytää ratkaisuja (ks. myös Sihto & Palosuo 2013). Tässä luvussa pyritään koostavasti hahmottamaan tekijöitä, jotka vaikuttavat terveyserojen vähentämiseen tähtäävien toimien onnistumismahdollisuuksiin. Samalla kun hyviä kehityskulkuja ja niiden edellytyksiä pyritään pitämään silmällä, jonkin verran painottuneempaan lähtökohtana on kuitenkin popperilainen ajatus siitä, että ylimalkaisen hyvän edistämisen sijasta kannattaa keskittyä huonojen, kärsimyksiä aiheuttavien olosuhteiden poistamiseen (ks. Allardt 2000, 13). Tämä siksi, että on tavallisesti helpompi päästä yksimielisyyteen ongelmista, tässä tapauksessa sosiaalisen eriarvoisuuden ilmentymistä, kuin hyvän yhteiskunnan ominaispiirteistä.

Luku on jäsennetty ”viiden i:n” kehikon avulla (kuvio 2). Viiden i:n taustalla on alun perin Carol Weissin (1995) koulureformeihin soveltama ”neljän I:n” (”4-I’s”) analyysi, jota Patricia Collins ja Michael Hayes (2007) ovat soveltaneet Kanadaa koskevaan terveyserojen vähentämistarkasteluun. ”4-I” -kehikon käsitteet ovat *informaatio*, *intressit*, *ideologiat* ja *instituutiot*. Nämä käsitteet koskevat tässä yhteydessä yleisesti politiikan edellytyksiä, politiikan perustana olevaa tietoa, politiikkaan liittyviä arvoja ja ristiriitoja sekä poliittisen toiminnan toteutumisen alueita. Instituutioita voi pitää kontekstina, jossa informaatiota käytetään ja jonka puitteissa ideologiat ja intressit ilmenevät, vaikka kuviossa ne on piirretty lähes erillisiksi (ks. myös Weiss 1995). Poliitiikan suunnittelussa ja toimeenpanossa on tavalla tai toisella käsiteltävä näiden käsitteiden kentille sijoitettavia ilmiöitä. Näiden laaja-alaisten ja varsin abstraktien käsitteiden keskinäisiä suhteita ei kuitenkaan pyritä tässä yhteydessä analysoimaan yhteiskuntatie-

teellisesti tai teoreettisesti (ks. instituutioiden, intressien ja ideoiden keskinäisyhteyksistä myös esim. Björklund 2008). Käsitteiden peittämät ilmiöt ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja käsitteiden alat menevät usein päällekkäin. Niitä ei otsikkotasolla voi kaikilta osin pitää myöskään erillään kuten seuraavasta tarkastelusta ilmenee. I-käsitteitä käytetäänkin tässä lähinnä apuvälineinä, joiden avulla jäsennetään keskustelua terveyserojen kaventamisen esteistä ja pyritään sijoittamaan terveyserojen kaventamiseen liittyviä ongelmia yleisempään yhteiskunnalliseen yhteyteen. Käsitteiden joukkoon on lisätty politiikassa ja sen tutkimisessa usein laiminlyöty implementaatio, joka viittaa politiikan toimeenpanoon, prosesseihin ja myös toiminnan tuloksiin.

I-kehikon käsitteistä instituutiot, intressit ja ideologiat ovat sijoitettavissa myös CSDH:n viitekehykseen (kuvio 1, s. 37). Instituutiot asettuvat hallinnan ja hallinnon alueelle (kuvion vasemmassa laidassa), intressit valtapolitiikan alueelle, ideologiat (ja ideat) normien ja politiikan alueelle. Myös informaation voi osittain sijoittaa hallinnan alueelle sen yhdeksi toimintaedellytykseksi. Poliitiikan implementaation dynamiikkaa ei CSDH:n viitekehyksessä ole erikseen avattu eikä politiikan toimeenpanon ongelmia suoraan käsitellä CSDH:n raportissa paljoakaan.



Kuvio 2. Viiden i:n kehikko (mukaeltu lähteiden Weiss 1995 ja Collins & Hayes 2007 pohjalta).

Informaatio

Suomessa on ollut jo pitkään saatavilla terveyden eriarvoisuutta koskevaa epidemiologista näyttöä, jonka avulla on voitu perustella terveystoimien tarpeellisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta (ks. esim. Palosuo ym. 2007). Näin on arveltu olleen myös esimerkiksi Englannissa ainakin Black Reportin (1980) ajoista lähtien. Tutkijat eivät silti edelleenkään ole yksimielisiä siitä, mitä sosiaalisten määrittäjien kausaalisuhteet terveyteen ja terveyseroihin tarkkaan ottaen ovat, jolloin ei välttämättä ole yksimielisyyttä, mihin kausaalitekijöihin ensisijaisesti tulisi tarttua politiikan keinoin (esim. Collins & Hayes 2007; Exworthy 2008; Bartley 2010). Sosiaaliepideemiologian sisällä vallitsevien näkemys- ja tulkintaerojen lisäksi terveyseroja koskevan sosiaaliepideemiologisen tietomuodon ja sosiaali- ja terveystoimien tietomuodon välillä on vallinnut jännitettä sen suhteen, minkälaista tietoa on pidetty tarpeellisena politiikan toimien kannalta (ks. Sihto 2010).

Terveyserojen vähenemiseen johtavista toimista ei olekaan helppo saada politiikan suunnittelua ja toimeenpanoa palvelevaa käyttökelpoista näyttöä, lukuun ottamatta joitakin verrattain kapea-alaisia hankkeita, joilla on voitu osoittaa vaikutuksia joihinkin spesifeihin riskitekijöihin (esim. hollantilainen interventiotutkimusohjelma 1990-luvulla; Stronks 2002). Kun Bambra ym. (2010) kävivät läpi 30 systemaattista katsausta, joissa oli tarkasteltu terveyden sosiaalisiin determinantteihin vaikuttavia interventioita vuosina 2000–2007, he eivät saaneet kovinkaan selvää kuvaa interventioiden vaikutuksista terveyseroihin. Vaikutelmaksi muodostui kuitenkin, että esimerkiksi asuinoloihin ja työoloihin vaikuttamisella voidaan jossain määrin vähentää eriarvoisuutta ja kohentaa heikossa asemassa olevien terveyttä. Terveyserojen kaventamiseen suoranaisesti pyrkiviä interventioita ei ole tehty kaikkiaan kovin runsaasti. Lisäksi osassa interventioita saatetaan pikemminkin lisätä terveyseroja kuin vähentää niitä. Tämän suuntaisia arvioita on tehty erityisesti interventioista, jotka ovat kohdistuneet yksilöllisiin tekijöihin. Jonkin verran näyttöä on siitä, että rakenteellisiin ns. upstream-tason tekijöihin kohdistuvilla interventioilla on saatu aikaan terveyseroja vähentäviä muutoksia (esimerkiksi tupakan hintaan vaikuttamalla). (Ks. Lorenc ym. 2013.)

Politiikkarelevantin tutkimuksen niukkuuteen ja varsinaisen politiikan tutkimuksen vähäisyyteen on kirjallisuudessa kiinnitetty huomiota (esim. Nutbeam & Boxall 2008). Tämä havainto koskee myös Suomea (ks. esim. Sihto 1997; Sihto 2010). Leppo (2009) toteaa, että tieteellisestä syitä ja vaikutuksia koskevasta kausaalikielestä olisi siirryttävä politiikan tavoite–keino -kieleen. Biolääketieteen ja epidemiologian sijasta politiikkarelevantti tietoperusta koostuu hänen mielestään enemmänkin muiden alojen kuten taloustieteen, juridiikan ja sosiologian antamasta tiedosta. Poliitikassa puolestaan käytetään tutkimusnäyttöä valikoivasti ja ideologiaa oikeuttavasti, jos se sopii politiikan suuntaan ja on ymmärrettävää ja käytännöllistä eli toteuttamiskelpoista (Nutbeam & Boxall 2008, 748). Vaikka politiikkaa on haluttu muokata näyttöön perustuvaksi, on toisaalta myös todettu, että näytön vaatimus on usein kohtuutonta terveyseroihin tai terveyden sosiaalisiin määrittäjiin kohdistuvissa interventioissa ilmiön

moniaineksisuuden huomioon ottaen (Bartley 2010; Exworthy 2008; Bambra 2009; Bambra ym. 2010; ks. myös Leppo 2009). Katariina Warpenius on esittänyt, että hyvinvointipolitiikassa hyvinvointieettiset argumentit voisivat päteä sellaisenaan ilman vaatimuksia tieteellisestä vaikuttavuusnäytöstä: ”Voitaisiin puhua suoraan siitä, mikä on hyvää ja oikein, sen sijaan, että mietittäisiin, mikä on vaikuttavaa ja tehokasta” (Warpenius 2006, 160).

Suomessa on joka tapauksessa periaatteessa poikkeuksellisen hyvät mahdollisuudet tutkia terveyserojen ilmenemistä, joskin suomalaistenkin terveyseroja koskevat tiedot ovat edelleen paljolti erillistutkimusten varassa. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman loppuarvioinnissa (Rotko ym. 2012, 63) todetaan, että tutkittua tietoa olisi voitava hyödyntää laajemmin. Samassa arvioinnissa todetaan myös, ettei tutkimuksia Suomessa nykyisin systemaattisesti koota minnekään³⁰. Erityisesti toimivien terveyspoliittisten keinojen arvioinnista todetaan olevan puutetta.

Suomalaisessa hallintojärjestelmässä on 1990-luvun hallinnon uudistusten myötä siirrytty valtion ja kuntien välisessä suhteessa enenevästi normi- ja resurssiohjauksesta ns. informaatio-ohjaukseen (ks. Stenvall & Syväjärvi 2006; Tukia & Wilskman 2011; Rotko ym. 2011). Suomen kunnat ovat kansainvälisesti vertaillen poikkeuksellisen itsenäisiä valtajärjestelmiä ja ne voivat lainsäädännön rajaamissa puitteissa pitkälti päättää itse, miten olemassa olevaa ja valtionhallinnon taholta tuotettua ja tarjottua tietoa sovelletaan. Informaatio-ohjauksen soveltuvuus terveyserojen kaltaisen monimutkaisen ”ilkeän” ongelman ratkaisuun on kuitenkin itsessään ilmeinen ongelma niin kunnissa kuin muuallakin (informaatio-ohjauksen pulmista kunnissa ks. Hakka-la 2013). Ongelmia tulee jo terveyserojen määrittämisestä: kohdistetaanko huomio ensi sijassa heikoimman terveyden ryhmiin vai gradienttiin eli kaikkien sosioekonomisten ryhmien välisten terveyserojen vähentämiseen? Käyttökelpoisten keinojen löytäminen ei ole helppoa kumpaankaan vaikuttamisessa, mutta erityisesti ongelma koskee gradienttiin eli eriytetystä eri ryhmiin vaikuttamista. Jos informaatio-ohjauksen välineistöön ei sisälly riittävää ohjeistusta siitä, miten esimerkiksi terveyspoliittista ohjelmaa toteutetaan, se ei täytä sille asetettuja toiveita. Terveyspalvelujen kohdentumista pohtivassa kirjoituksessaan Teperi ja Keskimäki (2007, 284) arvelevat, ettei informaatio-ohjaus sovellu koko järjestelmää koskevien uudistusten läpiviemiseen, sillä esimerkiksi lisätiedolla ei muuteta kansallisia rahoitusrakenteita. Informaatio-ohjausta on pidetty yleensä riittämättömänä myös terveyden edistämiseen ja on peräänkuulutettu tasapainoa informaatio-ohjauksen ja normiohjauksen välille (Melkas 2010, 50).

30 Arviointiraportissa mainitaan THL:ssä vuonna 2011 avattu Kaventaja-verkkosivusto, jolla näyttää olevan hyvät mahdollisuudet toimia tällaisen tiedon kokoajana.

Ideologiat

Ideologialla viitataan arvoihin, periaatteisiin, poliittisiin orientaatioihin ja filosofisiin näkemyksiin (Weiss 1995, 574). Esimerkiksi tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus ovat hyvinvointivalttiollisen ideologian keskeisiä arvoja (ks. esim. Yeung ym. 2007).

Kansainvälisessä keskustelussa on kiinnitetty toistuvasti huomiota viime vuosikymmeninä voimistuneen uusliberalismin heijastusvaikutuksiin terveyspolitiikkaan ja sen toimintamahdollisuuksiin. Uusliberalismin käsitteestä ja ilmiöstä ei välttämättä vallitse yksimielisyyttä, mutta esimerkiksi Suomessa Heikki Patomäki (2007, 27–28) on puoltanut käsitteen käyttöä viittaamalla 1900-luvun talouselämän ilmiöiden historiallisiin eroihin klassiseen liberalismiin nähden. Kun klassiseen liberalismiin kuului jyrkkä valtion vallan minimoiminen ja markkinoihin luottaminen, uusliberalismin oppien mukaan valtion valtaa pyritään kyllä vähentämään, mutta samalla valtiota käytetään suojaamaan yksityistä omistusoikeutta ja markkinoita laajennetaan julkisorganisaatioiden sisään. Uusliberalismista on Suomessa puhuttu myös sosiaali- ja terveydenhuollon viimeaikaisen kehityksen yhteydessä muun muassa uuden julkisjohtamisen vaikutuksia arvioitaessa (esim. Leppo 2010b, 30; Leppo 2013).

Vicente Navarro on myös arvioinut uusliberalismin luonnetta ja vaikutuksia poh-tiessaan terveyden sosiaalisten määrittäjien merkitystä terveyspolitiikassa. Hänen mukaansa uusliberalismissa on kyse hallitsevien luokkien ideologiasta. Nämä luokat ovat liittoutuneet keskenään sekä pohjoisessa että etelässä ja hän ehdottaakin, että alistettujen luokkien olisi myös liittouduttava. Navarron mielestä (2009, 430) eriarvoisuudessa ja sosiaalisiin määrittäjiin vaikuttamisessa ongelmana ei ole globalisaatio eikä resurs-sien vähäisyys vaan luokkien väliset valtaerot. Hän ehdottaa huomion kiinnittämistä erityisesti uusliberalismin käytäntöihin teoreettisten pohdintojen sijasta.

Kanadalaiset Collins ja Hayes ovat myös pitäneet uusliberalismia ja konservatiivista poliittista ideologiaa vahvimpiin kuuluvina esteinä terveyden eriarvoisuuteen puuttumisessa. He uskovat lisäksi kapea-alaisen tiedotuksen vahvistavan väestön näkemyksiä siitä, että henkilökohtaiset tottumukset ovat kaikkein tärkeimpiä terveyden determinantteja. Tästä voi puolestaan olla seurauksena, ettei synny poliittista painetta vaikuttaa terveyden eriarvoisuuteen (ks. myös Sihto & Palosuo 2013). Individualismin ja valinnanvapauden korostamisella on samoja vaikutuksia. Julkisen sfäärin ilmiöt käännetään yksilöllisiksi elämäntyyliä koskeviksi asioiksi ja yksilöiden on yritettävä ratkaista ongelmia, jotka ovat luonteeltaan yhteisöllisiä ja systeemisiä (Raphael ym. 2008, 226; Bauman 2011).

Uusliberalistisen ideologian vaikutuksia on pohdittu erityisesti Kanadassa, Isossa-Britanniassa ja Yhdysvalloissa. Jason Beckfield ja Nancy Krieger (2009) löysivät laajassa poliittisten järjestelmien terveyseroaikutuksia koskevassa katsauksessaan kahdeksan tutkimusta, joissa selvitettiin uusliberalististen reformien terveysvaikutuksia Yhdysvalloissa, Uudessa Seelannissa ja Pohjoismaissa. Puolessa tutkimuksista voitiin havaita uusliberaalien reformien lisänneen eriarvoisuutta, puolessa tilanne ei ratkaisevasti muuttunut. Jälkimmäisessä ryhmässä oli erityisesti Pohjoismaita Suomi mukaan

lukien (Suomen tutkimus koski muutoksia vuosien 1984-1994 välillä). Kirjoittajien mukaan hyvinvointivaltion muodolla ja poliittisilla ideologioilla ei ole yksiselitteistä ja yksinkertaista vaikutussuhdetta terveyseroihin, mutta voidaan kuitenkin päätellä, että uusliberalistiset reformit eivät ole yhdessäkään tapauksessa vähentäneet terveyseroja (Beckfield & Krieger 2009, 167; ks. myös Coburn 2004).

Myös WHO:n komissio käsittelee liberalisoituvan kansainvälisen talouden vaikutuksia terveyteen, terveydenhuoltoon ja terveyden muihin sosiaalisiin määrittäjiin, vaikkei raportissa käytetäkään uusliberalismin käsitettä. Komissiota on kuitenkin arvosteltu liian vähäisestä puuttumisesta uusliberalismin tuottamiin ongelmiin (Mooney 2012, 388), siitä huolimatta, että esimerkiksi kaupan liberalisointiin liittyvät seuraamukset ovat komission työssä selkeästi esillä.

Kun suomalaista terveyspolitiikkaa tarkastellaan puoluepolitiikan kehikossa, voidaan todeta, että terveyserot on tunnustettu ongelmaksi läpi poliittisten puolueiden koko kirjon yleisestä ideologisesta ilmapiiristä huolimatta, sillä terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen on ollut eri tavoin koostuneiden koalitiollahitusten asialistalla jo noin kuusi vuotta. Puolueiden kannanotoissa on kuitenkin painotuseroja sosiaaliin determinantteihin kohdistuvissa näkemyksissä. Tämä koskee esimerkiksi köyhyyden vähentämisen keinoja, joita voivat olla etuuksien kohdentaminen (kokoomuksen suosiossa) tai tarveharkinnan poistaminen (vasemmistoliiton suosiossa) (Rotko ym. 2011, 29; ks. myös Kuivalainen & Niemelä 2009). Myös puolueiden terveyspoliittisissa linjauksissa ja suhtautumisessa terveyseroihin on perinteisiä vasemmistolaisen ja oikeistolaisen ideologian elementtejä (Saarinen 2013; vrt. kuitenkin hallituspolitiikan toteuttamista koskeva analyysi Saari 2011a, ks. tämä raportti s. 74).

Suomen perustuslaissa (1999) on useita kirjauksia kansalaisten yhdenvertaisista oikeuksista. Ne koskevat oikeutta terveyspalveluihin ja useisiin terveyden sosiaalisiksi määrittäviksi luokiteltavissa oleviin asioihin sekä syrjimättömyyttä terveyden nojalla. Perusoikeuksia koskevan 2. luvun 6 §:ssä todetaan: ”Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.” *Sivistykselliset oikeudet* (16 §) lupaavat jokaiselle oikeuden maksuttomaan perusopetukseen sekä jokaiselle yhtäläisen mahdollisuuden saada kykijensä ja erityisten tarpeidensa mukaisesti myös muuta kuin perusopetusta sekä kehittää itseään varattomuuden sitä estämättä. *Työvoimaa* suojellaan (18 §): ”Julkisen vallan on huolehdittava työvoiman suojelusta. Julkisen vallan on edistettävä työllisyyttä ja pyrittävä turvaamaan jokaiselle oikeus työhön”. Ketään ei myöskään saa ilman lakiin perustuvaa syytä erottaa työstä. Myös *sosiaaliturvaan* on perustuslaillinen oikeus (19 §): ”Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella. Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä”. Julkisen vallan tehtävänä on lisäksi edistää jokaisen *oikeutta asuntoon* ja tukea asumisen omatoimista järjestämistä. 20 § toteaa *vastuun ympäristöstä* kuuluvan kaikille.

”Julkisen vallan on pyrittävä turvaamaan jokaiselle oikeus terveelliseen ympäristöön sekä mahdollisuus vaikuttaa elinympäristöönsä koskevaan päätöksentekoon”. Näin siis Suomen perustuslaki lupaa että julkinen valta huolehtii (tai ainakin pyrkii huolehtimaan) suuresta osasta keskeisistä terveyden sosiaalisista determinanteista.

Tällaisten oikeuksien perustana olevat arvot ovat yleisesti tunnustettuja, mutta oikeuksien tulkinta ja soveltaminen käytäntöön kuitenkin vaihtelevat. Kysymys ei olekaan pelkästään arvoista ja ideologioista vaan myös oikeusnormeista ja normiohjauksen perustasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla on pohdittu perusturvan puutteita erityisesti tietoisten alibudjetointien yhteydessä ja kysytty, miksi perustuslain säännöksiä voi jopa tahallaan rikkoa ilman seuraamuksia (Autti & Liukkonen 2008, 245). Perustuslainmukaisen oikeusturvan toteutumisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ei ole kuitenkaan Suomessa selvää yleiskuvaa ja tilanteen on todettu tulleen aiempaa monimutkaisemmaksi yksityisen ja kolmannen sektorin osallistuessa entistä enemmän palvelujen järjestämiseen (Hänninen 2010, 222–223).

Terveyseroja on saatettu toisinaan myös pitää politiikan areenalla eräänlaisena Troijan puuvevosenä: eriarvoisuudesta voidaan puhua terveyden nimissä ilman suurta ideologista painolastia, sillä kukaan ei tohdi asettua terveyttä vastaan. Nathanson (2010) onkin todennut, että USA:ssa eriarvoisuudesta eivät keskustele marxilaiset vaan kansanterveysalan ihmiset.

Intressit

Intressin käsite viittaa yleensä yksilön, ryhmän tai tahon *omaan* etuun (ks. Weiss 1995, 574). Intressien välillä on kamppailua, mikä paljastaa sen, etteivät esimerkiksi yhteiskunnalliset uudistukset välttämättä koidu kaikkien yhteisön jäsenten hyödyksi samassa mitassa, jos lainkaan (Heiskala 2006, 203). Vahvat vakiintuneet intressit (*powerful vested interests*) vaikuttavat Nutbeamin ja Boxallin (2008, 748) kaikkein voimakkaimmin politiikan tekemisessä (ks. myös Oliver 2006, 207–212). Intressit vaikuttavat siihen mitä pääsee politiikan asialistalle (Tirronen 2011, 34). Poliitiikan tekemisen monimutkaisessa prosessissa käytetään tai ollaan käyttämättä esimerkiksi tieteellistä näyttöä, mutta tähän vaikuttavat juuri intressit, joita usein perustellaan ideologioilla (Nutbeam & Boxall 2008).

Terveys sijoittuu erittäin monen alueen intressien piiriin, kuten johdannossa (s. 11–12) todettiin. Terveys on luonteeltaan myös kaikkien eli koko väestön intresseihin kuuluva asia – ja terveyserojen todetaan heikentävän tämän kaikkien intressissä olevan arvon ja resurssin mahdollisimman korkean tason saavuttamista. Terveyden määrittäjiin kohdistuvat politiikan toimet ovat kuitenkin merkittävien intressiristiriitojen aluetta. Esimerkiksi *elinkeinoelämän intressit* ovat usein ristiriidassa kansanterveyden ja terveyspolitiikan intressien kanssa. Suomessa esimerkkejä yhteentörmäyksistä on rasvapoliitiikan, tupakkapolitiikan ja alkoholipoliitiikan alueilta (esim. Melkas 2013b). Intressiristiriidat näkyvät myös valtiovallan sisällä: finanssipoliitiikan lyhyen

tähtäyksen intressit voittivat terveystalouden intressit esimerkiksi alkoholiverotuksen alennuksissa vuonna 2004. Veronalennuksia seurasi nopeasti kulutuksen kasvu ja alkoholihaittojen ja alkoholikuolemien lisääntyminen. Poikkeukselliseksi tämän poliittisen päätöstilanteen teki se, että haitat oli arvioitu ennakkoon huolellisesti ja ne myös toteutuivat ennakoinnin mukaisesti (Österberg ym. 1998; Leppo 2009). Viime aikoina alkoholimainonnan rajoituksista käydyssä kamppailussa ovat olleet vastakkain panimoteollisuuden ja terveystalouden intressit (Alkoholimainonnan rajoituksia selvittävän työryhmän muistio 2010). Suomen kansalliset terveystalouden intressit ovat joutuneet vastakkain myös EU:n kauppapolitiikan kautta välittyvien intressien kanssa ravitsemus- ja tupakkapolitiikassa sekä alkoholipolitiikassa (Melkas 2013a; Melkas 2013c). Terveystaloudessa on sekä palvelujärjestelmän että lääkepolitiikan alueella merkittäviä potentiaalisia intressiristiriitoja, joissa kansanterveydelliset ja liiketaloudelliset edut voivat joutua vastakkain (ks. esim. Vuorenkoski 2013; Lehto 2013).

Suomea on kuitenkin pidetty rakenteellisen terveystalouden yhteiskuntapolitiikan edelläkävijämaana 1980-luvulla. Tuolloin Jussi Huttusen komitea ehdotti rasvapolitiikan ja hinta- ja veropolitiikan toimia sepelvaltimotaudin torjumiseksi (Leppo 2010; Melkas 2013b), mutta senaikaisissa keskusteluissa ei kuitenkaan vielä pohdittu terveystalouden eroja. Viime aikoina ravintorasvoista on Suomen mediassa käyty uudestaan kiistaa, jossa kansanterveydellistä epidemiologista evidenssiä on haluttu kyseenalaistaa. Eri hallinnonalojen välisestä hyvästä yhteistyöstä on Suomessa kuitenkin esimerkkejä lisäksi muun muassa liikenneturvallisuuden ja työturvallisuuden lisäämisessä sekä opetus- ja terveystalouden ja liikunnan alueella (Leppo 2009, 128–129; Melkas 2013a).

Työsuojelu, työn ehdot ja palkkaus ovat vanhastaan työn ja pääoman välisten intressiristiriitojen ja kamppailun – ja *luokkaristiriitojen* – aluetta.³¹ Luokkaintressien selitysvaikutusta ei välttämättä ole enää yksinään pidetty hyvinvointivaltiotutkimuksessa riittävänä yhteiskunnallisten muutosten tulkittamiseen (Saari & Kananen 2009, 14), mutta luokkaa tai sosiaaliluokkaa käytetään edelleenkin sosiaaliepideologiassa tutkimuksessa käsitteenä, joka liittyy yksilön yhteiskunnan rakenteisiin ja tuotantoon (ks. esim. Coburn 2004; Aittomäki 2008) ja myös selittää eriarvoisuutta (Therborn 2012). Kari Puro (1976, 135) kirjoitti Terveystalouden kirjassaan 1970-luvulla työsuojelun ja tuotannollisten intressien ristiriidasta tavalla, joka muistuttaa myös nykyistä argumentointia: ”Kansainvälisissä yhteyksissä työympäristön terveellisuuden kehittäminen kilpistyy tietyn asteen saavuttamisen jälkeen siihen, että kustannukset alkavat vähentää ulkomaista kilpailukykyämme ja tämä puolestaan johtaa nykyiselle perustalle rakentuvan talouselämän vakaviin häiriöihin”.

WHO:n komissio kiinnittää painokkaasti huomiota työn ehtoihin ja järjestelyihin terveyden sosiaalisena määrittäjänä (CSDH 2008 luku ”Fair employment and decent work”, ks. tämä raportti s. 42). Terveystalouden näkökulmasta työelämän tutkimus on kuitenkin ollut hämmästyttävän vähäistä. Esimerkiksi työn fyysisen rasittavuuden

31 Sosiaalipolitiikan ylipäätään on nähty syntyneen työn ja pääoman välisen demokraattisen luokkataistelun tuloksena (Julkunen 2006, 24–25).

terveysvaikutuksista on tehty systemaattista tutkimusta enintään 40 vuoden ajan (Aittomäki 2008, 10), siitä huolimatta, että ammattiluokituksiin perustuvien sosiaaliluokkien välisistä kuolleisuuseroista on tiedetty jo vähintään 150 vuotta. Työympäristö ei yleensä myöskään ole ollut ehkäisyohjelmien keskeisenä areenana toisin kuin olisi ehkä voinut odottaa. Christer Hogstedt ja Ingvar Lundberg (2002) ovat arvelleet sen johtuvan monista työ- ja yritysalamään liittyvistä tekijöistä, muun muassa siitä, että yritykset ovat suosineet yksilöllisiä interventioita yhteisöinterventioiden sijasta.

Suomalaisten terveyseroja ja niiden kehitystä koskevan tutkimuksen vankin perusta on ollut Tapani Valkosen työryhmän ammattiryhmittäisissä kuolleisuuserotutkimuksissa (esim. Valkonen ym. 2007). Erikoistumattomien työntekijöiden huomattavasti muita, myös ammattitaitoisia työntekijöitä korkeampi kuolleisuus ilmeni selvänä jo vuosien 1971–1985 kuolleisuuden tarkastelusta (Valkonen 1990). Työn raskaus, vaarallisuus ja tapaturmavaara saattavatkin jakautua sosioekonomisesti jyrkemmin kuin vaikkapa elintapariskit, mihin antavat viitteitä esimerkiksi Työ ja terveys –tutkimuksen tulokset (ks. Virtanen & Husman 2010, 150). Kun elintapariskitkin jakautuvat sosioekonomisesti, nämä yhdessä jyrkentävät terveyden ja kuolleisuuden sosioekonomisia eroja. Terveydelliset haitat kasautuvat samaan tapaan kuin terveyttä suojaavat tai edistävät hyödytkin (ks. esim. Prättälä 2007a; Ahola ym. 2011; Kestilä & Rahkonen 2011).

Olle Lundberg arvioi Ruotsissa vuonna 1990, että työhön liittyvät tekijät selittävät suuremman osan sairastavuuseroista kuin käyttäytymistekijät. Vastaavaan tapaan materiaalien tekijöiden, kuten taloudellisten vaikeuksien, materiaalien puutteiden ja työoloja heijastavan työkyvyttömyyden on arvioitu selittävän suuremman osan kuolleisuudesta kuin käyttäytymistekijöiden (van Lenthe ym. 2004; taloudellisten vaikeuksien ja koetun terveyden yhteydestä ks. myös Laaksonen ym. 2005). Helsingin kaupungin työntekijöistä tehdyssä tutkimuksessa naisilla noin puolet sairastavuuden ja koetun terveyden sosioekonomisista eroista oli selitettävissä työstä johtuvilla tekijöillä, miehillä vastaava osuus oli pienempi (Aittomäki 2008, 124; Kaikkonen ym. 2009).

Työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen sosiaaliluokkaerojen keskeisinä syinä Suomessa ovat työn fyysinen rasittavuus ja työn hallinta (Rahkonen ym. 2011). Hollannissa tehdyissä kahdessa terveystaloudellisessa tutkimusohjelmassa (1989–1993 ja 1995–2000) työolot olivat merkittäviä terveyserojen selittäjiä. Jälkimmäisen ohjelman kahdessa fyysistä työkuormitusta vähentävässä interventiokeilussa saatiin aikaan terveyserojen kannalta myönteisiä tuloksia, muun muassa sairauspoissaolojen vähenemistä (ks. Stronks 2002; Hollantia koskeva katsaus myös Palosuo ym. 2004, 108–113).

Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpiteenä on selkeästi terveyseroihin suuntautuva terveyden edistämisen hanke ammatti- ja toimialoilta, joilla terveysriskit ovat yleisiä.³² Työterveyslaitoksen koordinoimaan hankekokonaisuuteen rekrytoitiin yrityksiä, joissa työskentelevien ammattialoilla työn kuormitus- ja altistustekijät kasautuvat ja joissa sairastavuus on tavallista yleisempää (mm. talonra-

32 Tämä lienee ensimmäisiä suoraan terveyseroihin fokuosioivia työterveysaloitteita Suomessa, joskin 1970-luvun METELI-tutkimuksen voi myös sanoa olleen samalla asialla (esim. Aro 1981).

kennus-, metalli-, elintarvike ja siivousalalta). Hankkeessa keskityttiin työhyvinvoinnin parantamiseen erityisesti psykososiaalisiin työoloihin mutta myös ergonomiaan ja kemiallisiin riskeihin sekä elintapoihin vaikuttamalla ja pyrittiin kehittämään työnteekijät osallistavia yhteistyön muotoja. (Sirola ym. 2012.)

Taloudellinen tehokkuus ja tuottavuus ovat helposti toisessa vaakakupissa kun toisella puolella ovat työn kuormituksen ja haittojen vähentäminen, kuten Puro (1976) totesi. Viimeaikainen globaalinen talouden aiheuttama tai sillä perusteltu perinteisen teollisuustyön lakkauttaminen tai siirtäminen halvempien tuotanto- ja työvoimakustannusten maihin voisi periaatteessa aiheuttaa myönteisiä seurauksia terveyserojen kannalta ainakin vauraissa maissa, jos kuormittavan työn osuus tällä tavoin (vauraassa maassa) vähenee. Ilmiöön liittyvä työttömyyden lisääntyminen tai työn vaihtamiseen liittyvät työehtojen, palkkauksen ja kuormitusten muutokset saattavat kuitenkin johtaa esimerkiksi Suomen kaltaisessa maassa terveyserojen kasvuun jopa tilanteissa, joissa sekä työnantaja että julkinen valta panostavat tuotantolaitosten lakkauttamispäätösten työ- ja terveysseuraamusten mahdollisimman hyvään hoitoon (esim. Rotko ym. 2010).

Eri sektorien yhteisiä intressejä korostava *Health in All Policies* –tyyppinen lähestymistapa on terveystavoitteiden kannalta tarkoituksenmukainen, mutta on myös ajateltavissa, että sektoroidussa järjestelmässä sektorit joutuvat kilpailemaan resursseista. Kilpailua sinänsä pidetään toisaalta hyvänä asiana. Esimerkiksi EU:ssa ajatellaan hyvän terveyden lisäävän tuottavuutta, työvoimaosuutta ja talouskasvua ja olevan mahdollista saada EU:n tavoitteiden saavuttamiseen lisäarvoa edistämällä terveyserojen kaventamista ja tekemällä terveydestä kilpailutekijä (KOM 2005: Kansalaisten terveyden, turvallisuuden ja luottamuksen edistäminen: terveys- ja kuluttajasuojastrategia; Palola 2009). Suomessa EU:n korostamaa, myös työoloihin heijastuvaa yleistä kilpailuideologiaa ei ole pidetty vastakkaisena hyvinvointivaltion idealle (Saari 2010, 51; ks. myös Hänninen 2009). Resursseihin kohdistuvalla kilpailulla ei kuitenkaan voine poistaa eriarvoisuutta, sillä määritelmän mukaan kilpailu tuottaa voittajia ja häviäjiä (Vilhelmsson 2010).

Työn arvo, palkkaus ja tuloerot ovat olennainen osa yhteiskunnallista stratifikatiota, jossa intressit, ideologiat ja instituutioiden toiminta kytkeytyvät toisiinsa monimutkaisella tavalla. Wilkinsonin ja Pickettin tasaisen tulonjaon hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia koskeva tutkimus on osaltaan virittänyt tuloeroja koskevaa keskustelua (ks. esim. Hiilamo & Kangas 2012), jossa yhtäällä pohjoismaisen hyvinvointivaltion verrattain hyvien hyvinvointituloksien pohjalta perustellaan suhteellisen tasaista tulonjakoa ja toisaalla puolustetaan tuottavuuden, innovaatioiden ym. nimissä tuloerojen kasvattamista.³³

33 On huomattava, että tulojen yhteys terveyteen ei ole sama asia kuin tulojakauman yhteys terveyteen (ks. esim. Laaksonen 2011). Kuolleisuudessa ja sairastavuudessa havaitaan usein säännöllinen gradientti tulotason mukaan, jolloin kyse on pääosin aineellisten resurssien yhteydestä terveydentilaan. Tulojakaumassa on kyse yhteiskunnallisesta resurssien jakamiseen liittyvästä järjestelmästä. Wilkinsonin ja Pickettin vauraita maita koskeva tulos on, että useilla mittareilla ilmaistu terveyden taso on parempi maissa, joiden tulonjako on suhteellisen tasainen. Suomi kuuluu tässä tarkastelussa useimmiten parhaaseen pohjoismaiseen ryhmään, vaikkakin usein sen heikoimpana jäsenenä. Sekä henkilökohtaisilla tuloilla että tulojakaumalla on tutkimuskirjallisuuden mukaan vaikutusta terveyteen ja sosiaalisten ongelmien esiintyvyyteen (Rowlingson 2011).

Instituutiot

Instituutiota tai sosiaalista laitosta määritellään monin tavoin (ks. esim. Heiskala 2003). Weiss (1995, 576) hahmottaa instituution ominaispiirteet rakenteen, kulttuurin, säännönmukaisten toimintatapojen ja päätössääntöjen avulla. Allardtin ja Littusen (1975, 27) mukaan sosiaaliselle instituutiolle on ominaista yhdenmukainen käyttäytyminen, joka on normien tai rooliodotusten säätelemää ja ajan kuluessa toistuvaa. Keskeisiä terveyteen liittyviä instituutioita ovat itse terveyspolitiikka ja tietenkin terveydenhuolto. Terveydenhuolto on lähes 10 prosentin bruttokansantuoteosuudellaan lisäksi taloudellisestikin merkittävä yhteiskunnallinen instituutio (Lehto 2013) ja jo yksinään erittäin moniaineksinen toimintakokonaisuus sekä rahoitus-, tuotanto- että järjestämistavoiltaan (esim. Pekurinen ym. 2011). Terveyden sosiaalisten määrittäjien ja terveyserojen näkökulma tuovat tarkasteluun mukaan muita keskeisiä instituutioita kuten tuotantoa ja suorituksista annettavia palkintoja säätelevät talouden ja politiikan instituutiot sekä koulutuksen ja sosiaalipolitiikan (jonka osaksi terveyspolitiikkakin voidaan lukea). Myös valtio on sosiaalinen instituutio (sosiaalisista laitoksista ks. Allardt & Littunen 1975, 27, 134–195) ja vastaavasti kuntaa voidaan pitää sosiaalisena instituutiona. Tässä alaluvussa ei yritetä systemaattisesti jäsentää terveyden determinanttien ja terveyserojen kannalta keskeisten instituutioiden funktioita ja vuorovaikutussuhteita, mikä olisi vaativa erillinen tutkimustehtävä. Sen sijaan esitetään esimerkinomaisesti joitakin huomioita lähinnä valtion ja kuntien roolista terveys- ja sosiaalipolitiikassa, terveydenhuollossa ja alkoholipolitiikassa.

Instituutioille on siten ominaista suhteellinen pysyvyys ja niiden on todettu muuttuvan yleensä hitaasti ja vähitellen – puhutaan polkuriippuvuudesta. Instituutioiden muutokset tapahtuvat tavallisesti pienin askelin, inkrementaalisesti (Saari 2011b). Käytännön politiikassa valitaan mieluummin inkrementaalisia muutoksia kuin isoja reformeja jopa silloin, kun vallitsee yksimielisyys ongelman vakavuudesta (Oliver 2006; myös Leppo 2009). Vähittäisistä muutoksista voi kuitenkin seurata suuria kokonaisuutoksia. Esimerkiksi suomalainen hyvinvointivaltio on muuttunut vähitellen, mutta Saaren (2011b, 300) mukaan pitkällä aikavälillä muutokset ovat olleet merkittäviä, kun esimerkiksi verrataan suomalaisen hyvinvointivaltion institutionaalista rakennetta vuosina 1995 ja 2010. Daniel Béland (2005, 4) on myös arvioinut viime aikojen reformien muuttaneen hyvinvointivaltioita enemmän kuin polkuriippuvuus-ajattelu antaisi olettaa. Suomessa sosiaaliturvan heikennyksiä tehtiin 1990-luvun lamavuosien jälkeen vähitellen, vaikkakin runsaasti, mutta tason korjauksia tehtiin pitkän taloudellisen nousukauden aikana vain kitsaasti, joten perusturvan taso on laskenut vuosien 1990–2011 välillä (THL 2011), joskaan itse järjestelmän ei voine sanoa kokonaan muuttuneen.

Muutosten suuruuden tai vähittäisyyden arvioiminen ei ole välttämättä yksiselitteistä. Lepon kuvaamalla terveyspolitiikan kultakaudella 1970- ja 1980-luvuilla rakennettiin suomalaista hyvinvointivaltiota ja tehtiin isoja institutionaalisia uudistuksia (Leppo 2010b, ks. tämä raportti s. 22–23). Kultakauden päättymiseen liittyy 1980- ja

1990 -luvuilla käynnistynyt uudenlaisen hallintamuodon synty, jota Kati Rantala ja Pekka Sulkunen ovat kutsuneet projektiyhdistykunnan kehittämiseksi ja johon johtanutta prosessia he luonnehtivat yhdeksi mittavimmista kapitalismin käänteistä ensimmäisen teollisen vallankumouksen jälkeen (Rantala & Sulkunen 2006, 15). 1990-luvun puolivälissä tehtiin terveyden sosiaalisten determinanttien ja terveysterojen lisääntymisen näkökulmasta monia uudistuksia, jotka olivat seurauksiltaan enemmänkin kuin inkrementaalisia. Tällaisena voi esimerkiksi pitää kuntien valtionosuusjärjestelmän uudistamista (ks. Alavaikko 2006; Pekurinen ym. 2011). Myös suomalaisen verojärjestelmän uudelleenjakovaikutus väheni 1990-luvulla ennennäkemättömästi erityisesti vuoden 1993 jälkeen, jolloin pääomaveroaste asetettiin 25 prosenttiin (ja nostettiin myöhemmin 29 prosenttiin; Tuomala 2007, 193; ks. myös Ruotsalainen 2011). Viimeaikainen sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien siirtäminen sosiaali- ja terveysteroministeriöstä valtiovarainministeriön hoidettavaksi on puolestaan antanut aiheutta olettaa, että valtionosuuksien rooli terveydenhuoltoa ohjaavana instrumenttina vähenisi entisestään (Melkas 2010, 51). Tällä hetkellä kesken olevat kuntarakenteen ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukset tuovat kenties mukanaan niin suuria muutoksia, ettei niiden terveys- ja hyvinvointivaikutuksia yritetä tai voida kunnolla etukäteen arvioida.

Valtion vallan vähenemisen, devoluution, on arvioitu vähentävän terveyden sosiaaliin määrittäjiin kohdistuvan politiikan mahdollisuuksia (esim. Exworthy 2008). Exworthy (2008) on kuitenkin pitänyt valtion vallan heikkenemistä vaikutuksiltaan pienempänä kuin globalisaation paineista aiheutuvia vaikutuksia. Valtion vallan vähenemisessä on ollut kyse osin rahoitusvallan vähenemisestä, mutta Suomessa on keskusteltu myös yleisemmin valtion ohjauksivallan muutoksista (esim. Stenvall & Syväjärvi 2006). Valtion vallan vähenemistä koskevista väitteistä ollaan kuitenkin myös eri mieltä. Julkinen sektori ei Navarron (2009) mukaan todellisuudessa ole rahoitukseltaan pienentynyt useimmissa OECD-maissa vaan päinvastoin useimmissa maissa julkiset menot ovat kasvaneet. Valtioiden interventiot eivät ole häviämässä ja valtioiden interventiot eivät ole vähentyneet, mutta ne ovat hänen mielestään erilaisia: esimerkiksi USAssa henkilöille kohdistettujen menojen osuus on pienentynyt, kun taas sotilasmenot ja yksityisille yrityksille annetut tuet ovat lisääntyneet. Suomessa sosiaalimenot ovat (euromääräisinä) nousseet koko ajan vuosina 1980–2008. Sairaus- ja terveystulot vähenivät lamavuosina 1992–1994, perhe- ja lapsimenot vuonna 1993, mutta muuten menot ovat lisääntyneet kokonaissummoina ilmaisten (Sosiaali- ja terveystalouden tilastollinen vuosikirja 2010, 180).³⁴

Politiikan muutokset voivat olla tietoisien radikaaleja eivätkä pelkästään varovaisen vähittäisiä ja osittaisia. Esimerkiksi alkoholipolitiikassa on Suomessa tehty kerralla suuria ja kansanterveyden kannalta vaikuttavia muutoksia tavalla, johon löytyy ver-

³⁴ Etuuksien leikkaukset ovat tuntuneet kuitenkin ankarimmin niitä eniten tarvitsevien toimeentulossa (THL 2011).

tailukohtia kenties lähinnä Neuvostoliitossa ja Venäjällä toteutetuista alkoholiolojen muutoksista.³⁵ Suomessa tällaisia suuria muutoksia ovat olleet muun muassa alkoholilain uudistus vuonna 1969 keskioluen vapauttamisineen ja vuoden 2004 alkoholiveron merkittävä alentaminen 37 prosentilla, mihin viitattiin intressejä koskevassa alaluvussa. Haittojen korjaamisessa sen sijaan on noudatettu inkrementalistista linjaa: esimerkiksi alkoholiveroa on 2000-luvulla alkoholihaittojen nopean kasvun jälkeen nostettu kolmesti vähän kerrassaan. Nämä korjaavat veronkorotukset oli kirjattu myös terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpiteiksi (Rotko ym. 2011, 109).

Suomen terveydenhuollossa on tapahtunut 1990-luvulta lähtien useita muutoksia terveydenhuollon markkinoistamisen ja yksityistämisen suuntaan. Työterveyshuollon ja sairaalalaitoksen painotus on kasvanut verrattuna 1970-luvulla painotettuun perusterveydenhuoltoon. (Leppo 2013.) Järjestelmä on pirstaloitunut muun muassa kunnissa toteutettujen peruspalvelujen ulkoistamisten seurauksena (Keskimäki ym. 2012). Muutokset eivät vastaa WHO:n Social Determinants of Health –komission painotusten linjaa, jossa tähdennetään universalismia ja julkisen vallan vastuuta ja jossa varoitetaan markkinaideologian soveltamisesta terveydenhuollon kaltaiseen instituutioon.

Myös Euroopan unionia voidaan tarkastella institutionaalisen vaikuttajana. Euroopan unionin politiikassa kiinnitetään enenevästi huomiota terveyteen ja terveyseroihin, mutta talous- ja elinkeinopolitiikan alueelta tulee paineita, joihin kansallinen terveys- ja sosiaalipolitiikka voi suhtautua lähinnä eriarvoistavia seurauksia torjuen (EU-politiikasta ks. Palola 2009; Koivusalo & Ollila 2013b). Navarron (2009) mukaan kaikissa EU-maissa sosiaalietuudet pienenevät vuosina 1990–2004, kun samaan aikaan työnantajaluokan voitot kasvoivat. Sosiaalisen eriarvoisuuden kasvu näyttäisi Navarron mukaan liittyneen EU-15:n muodostamisen aikaan. Työmarkkinoiden liika sääätely ja liian isot julkiset kustannukset on EU:n politiikassa tulkittu ongelmiksi, minkä vuoksi sääätelyä on haluttu purkaa, julkisia menoja rajoittaa ja sosiaalietuuksia pienentää (Navarro 2009, 435).

Implementaatio

Implementaatiolla tarkoitetaan vaihetta, jossa politiikkaa, esimerkiksi ohjelmaa, käytännössä toimeenpannaan erilaisin menetelmin (Sihto 1997, 38). Implementaatio on yleensä politiikan ja ohjelmien todellinen koetinkivi (ks. myös Leppo 2013). Toimeenpanossa on kyse moniaineksisestä prosessista, jossa tarkasteltavaksi tulevat politiikan tai ohjelman tausta, sisältö, tavoitteiden muotoilu, toimeenpanijoiden mahdollisuus-

35 Neuvostoliitossa toteutettiin voimakas raittiuskampanja alkoholin tuotannon, myynnin ja jakelun rajoitukseen vuosina 1985–1987. Rajoitukset purettiin kampanjan kohtaaman epäsuosion ja myös laittoman alkoholin tuotannon ja käytön haittavaikutusten vuoksi seuraavina vuosina. Vuonna 1992 valtion alkoholimonopoli purettiin ja tuotanto ja myynti vapautettiin. Alkoholipolitiikan muutoksiin liittyneet kulutuksen muutokset ovat näkyneet hyvin nopeasti suurina heilahteluina kuolleisuudessa ja sairastavuudessa. (Esim. Shkolnikov ym. 2004; Stickley ym. 2009; Treisman 2009.)

det ja toimintaympäristö (ks. Sihto 1997). Poliitiikan tai ohjelman ja sen toimeenpanon välinen raja on kuitenkin epäselvä ja voi olla vaikea edes osoittaa rajakohtia, joista ohjelman toimeenpano varsinaisesti alkaa (Sihto 1997, 38).

Edellä tulkitsimme Suomen terveysterojen kaventamisen toimintaohjelman periaatteessa laaja-alaiseksi Terveys 2015 –ohjelman toimeenpano-ohjelmaksi. Toimintaohjelman voi katsoa olevan Suomen ohjelmista lähimpänä WHO:n sosiaalisia määrittäjiä koskevan aloitteen tavoitteita. Toimintaohjelman toimeenpanoa on erikseen arvioitu kahdessa raportissa (Rotko ym. 2011, Rotko ym. 2012;)³⁶. Näitä arviointeja käytetään seuraavan tarkastelun apuna ja osin myös arvioinnin kohteena (ks. myös s. 67–68 tässä raportissa). Aluksi tässä aluvussa käsitellään erityisesti terveystoiminnan tavoitteiden asettamiseen liittyviä pulmia ja sen jälkeen toimeenpanon organisoimiseen ja vastuuseen liittyviä ongelmia, joissa palataan vielä erityisesti valtion ja kuntien rooliin. Lopuksi tarkastellaan erikseen terveysterojen kaventamisen toimintaohjelman toimeenpanon ongelmia. Toimintaohjelman tavoitteenasettelua, prosessia ja toimeenpanijoita sekä toimeenpanon järjestämistä ja voimavaroja sivutaan pääosin toimeenpanon esteiden ja vaikeuksien näkökulmasta.

Tavoitteiden hierarkiat

WHO:n sosiaalisia determinantteja koskevassa raportissa (CSDH 2008) samoin kuin Suomen kansanterveysohjelmissa (STM 2001; STM 2008a) asetetut päätavoitteet ovat suuria yleistavoitteita, jotka koskevat terveyden eriarvoisuuden vähentämistä ja terveysterojen kaventamista. Tässä yhteydessä voidaan Erik Allardtin tapaan puhua yhteiskunnallisten arvojen metapreferensseistä ja niiden hierarkioista. Allardt (2000, 10) on Amartya Seniin viitaten tulkinnut esimerkiksi kansanterveyden parantamisen ja hyvinvoinnin sekä elämänlaadun nostamisen metapreferensseiksi, jollaisia ovat myös esimerkiksi taloudellinen kasvu, sivistysvaltion luominen ja poliittisen demokratian ylläpitäminen ja lisääminen. Jos väestön hyvinvointia pidetään yhteiskuntapolitiikan ylimpänä tavoitteena, kansanterveyden hyvä taso ja terveyden tasainen jakautuminen voidaan tulkita metapreferensseiksi. Metapreferenssit ovat tärkeitä tavoitekokonaisuuksia, joista seuraa alempitasoisia jokapäiväisempiä preferenssejä. Preferenssien hierarkiassa metapreferenssitkin voivat olla ylemmän tason tavoitteisiin suhteutettuna keinoja. Niinpä usein tärkeäksi tavoitteeksi (metapreferenssiksi) nostettu taloudellinen kasvu on Allardtin mukaan (2000, 10) ylemmän tason hyvinvointitavoitteen kannalta lähinnä keino eikä tavoite.

Kari Puro (1976, 208) esitti *Terveystoiminnan perusteet* –kirjassaan vastaavan tavoitteiden tasoa koskevan kysymyksen reaaliolitiikan suunnitteluun sovellettuna: miten terveystoiminnan suuret yleistavoitteet hahmotetaan asteittain pienempiin osa-

³⁶ Terveysterojen kaventamisen toimintaohjelman toimeenpanoa on käsitelty myös Terveyden edistämisen politiikkaohjelman arvioinnin yhteydessä (Politiikkatoimet ohjauskeinona, 2010) ja sivuttu Terveyden edistämisen politiikkaohjelman loppuraportissa (Aarnikka ym. 2011) sekä Terveys 2015 –ohjelman väliarvioinnissa (STM 2013).

tavoitteisiin? 1970-luvun rationaalisessa suunnittelupolitiikassa tämä ratkaistiin siten, että kehiteltiin ”relevanssipuita”, joissa terveystalouden yleiset tavoitteet purettiin järjestelmällisesti ja asteittain eritasoisiksi osatavoitteiksi (Talousneuvosto 1972; Puro 1976).

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (STM 2008a, 28, kuvio 2) on esitetty terveyserotutkimuksessa usein käytetty Diderichsenin, Evansin ja Whiteheadin artikkeliin perustuva (2001) viitekehys terveyserojen taustatekijöistä ja politiikan vaikutusmahdollisuuksista (ks. tämän raportin liitekuvio). Siinä politiikan interventiot kohdistetaan

- 1) sosiaaliseen eriarvoisuuteen,
- 2) työ- ja elinoloista aiheutuviin altistuksiin,
- 3) yksilöiden haavoittuvuuden vähentämiseen, ja
- 4) sairauksista ja vammoista aiheutuvien haittojen eriarvoistavien seurauksien ehkäisemiseen.

Viitekehysten voi nähdä paitsi syihin ja seurauksiin kohdistuvana jäsenyyksenä myös hierarkiana, jota vasten politiikan toimia voi periaatteessa arvioida. Tästäkin viitekehuksesta kuten melkein kaikista terveyden eriarvoisuuden syitä ja seurauksia koskevista viitekehyksistä puuttuu politiikka yhtenä ”intervention” muotona eikä politiikkaa siten itsessään nähdä eriarvoisuuden hallinnollis-poliittisena determinanttina ja keinona vaikuttaa eriarvoisuuden vähentämiseen. Poliitiikka esiintyy kuitenkin viitekehyksessä yleisenä kontekstitekijänä (policy context).

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpiteitä ei kuitenkaan ole (ainakaan kovin selkeästi) yritetty jäsentää tämän viitekehysten mukaisesti ohjelmasiisakirjassa eikä siihen sisältyvässä alustavassa toimeenpanosuunnitelmassa. Myöskään ohjelmassa seurattavaksi asetettuja köyhyden vähentämisen ja muita poliittikalinjauksia ei jäsennetty politiikan tavoite-keino –hierarkian mukaisesti. Viitekehystä ei liioin sovellettu ohjelman arvioinneissa (Rotko ym. 2011; Rotko ym. 2012). Synnä voi olla se, että terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman tavoitteet ja käytännön keinot on esitetty varsin pirstaleisena hankkeiden kokonaisuutena eivätkä hierarkian tasot erotu kunnolla ohjelmatekstissä. Hankekirjavuuteen kiinnitettiinkin huomiota kaventamisohjelmaa arvioineissa väliraportissa ja pidettiin hanketoimintaa ylipäätään riittämättömänä pitkäjänteisen sosiaali- ja terveystalouden toteuttamiseen (Vaarama 2011, 4). Myös Johan Mackenbach (2011, 574) huomautti Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman yleistavoitteiden ja välitavoitteiden erittelyn puuttumisesta Englannin terveystalouden tavoitteiden saavuttamista koskevan analyysin yhteydessä. Sakari Hänninen ja Vappu Karjalainen (2012) ovat myös kiinnittäneet huomiota ohjelmien yleisluonteisten tavoitteiden ja varsin yksityis- ja yksilökohtaisten keinojen väliseen ristiriitaan (esimerkkinä juuri terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma sekä työllisyysohjelmat).

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmaa arvioivassa väliraportissa todetaan, että terveystalouden tavoitteiden saavuttamisessa ei ole onnistuttu ja kysy-

tään, eivätkö toimenpiteet ole olleet riittäviä tai oikeansuuntaisia (Rotko ym. 2011, 14). Myös tässä ja vastaavissa yksittäisten toimenpiteiden riittävyttä koskevissa toteamuksissa heijastuu ohjelman tavoitteisiin ja niiden muotoiluun sekä ohjelman toimeenpanoon (toisin sanoen tarvittaviin keinoihin) liittyvä taso-ongelma. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma koskee suurta strategista ongelmaa, joka ilmaistaan metapreferenssien tasolla, aivan niin kuin SDH-komissionkin raportin päätavoitteet. Yleisimmällä tasolla kyse on talous- ja yhteiskuntapolitiikan keinoin terveyden sosiaalisiin määrittäjiin vaikuttamisesta ja sosiaalisen eriarvoisuuden vähentämisestä, mikä ei ehkä ole lyhytkestoisien ohjelman irrallisilla toimenpiteillä lainkaan ratkaistavissa. Toisin sanoen yksittäisillä paikallisilla hankkeilla lienee jokseenkin mahdotonta koota suurta strategista palapeliä silloinkaan, kun toimet olisivat ”oikeansuuntaisia”. Hankkeista mahdollisesti saatujen tai saatavien niin sanottujen hyvien käytäntöjenkin levittäminen laajalle tuntuu puutteelliselta yritykseltä korjata suuria rakenteellisia ongelmia. Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään usein *upstream-downstream* -ilmaisuja kuvaamaan sekä ilmiön kausaaliketjuja että politiikan interventoiden tasoja: jos yläjuoksun rakenteellisiin eriarvoisuuksiin ei puututa, alajuoksulla toteutettavat seurauksiin kohdistuvat pelastustoimet eivät korjaa itse ongelmaa.³⁷

Toimeenpanon organisoinnin ja vastuun ongelmia

Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman molemmissa arviointiraporteissa kiinnitetään huomiota ohjelman vaillinaiseen koordinointiin ja vastuukysymykseen (Rotko ym. 2011, 7; Rotko ym. 2012, 37). Tämä on yleensäkin paitsi ohjelmiin sisältyvien hankekokonaisuuksien koordinoinnin ongelma myös monien limittäisten ja päällekkäisten ohjelmien koordinoinnin ja vastuunjaon ongelma. Lukuisien ohjelmien käyttöön valtiollisen ohjauksen välineenä on viime aikoina liittynyt enenevästi niiden verkostoitumista toisiinsa viittaaviksi ohjelmakokonaisuuksiksi ja suoranaiseksi ohjelmien ja toimenpiteiden vyyhdiksi. Tähän on nähty sisältyvän vaara, että ohjelmien toteutus- ja tulostavastuut hämärtyvät. (Politiikkaohjelmat ohjauskeinona 2010, 79.) Liisa Heinämäen (2012, 201) mukaan ristikkäisten ohjelmien verkostosta saattaa muodostuu eräänlainen ”pyramidiharha”: valtion suunnasta näyttää siltä, että lukuisat eri hankkeet etenevät laajalla rintamalla, vaikka kunnissa ei välttämättä havaita ohjelmatyötä lainkaan (ks. myös Hakkala 2013; Tukia ym. 2011).

Juho Saari (2011b) on pitänyt ongelmallisena sitä, että sosiaali- ja terveyspolitiikan kansallinen ohjausvastuu on jakautunut aiempaa epäselvemmin. 1990-luvun alussa STM ohjasi sosiaali- ja terveyspolitiikkaa yhdessä työmarkkinaosapuolten kanssa, mutta sen jälkeen valtiovarainministeriön valta on kasvanut voimakkaasti. Samalla työ- ja elinkeinoministeriö ja sisäministeriö, ympäristöministeriö ja opetus- ja

³⁷ Esimerkiksi Lancetin pääkirjoitus ”Population health looking upstream” helmikuun 19. päivänä 1994 käsitteli taso-ongelmaa ja upstream-downstream -kielikuvan historiaa. Nancy Krieger (2008) on analysoinut näihin käsitteisiin ja erityisesti vastaaviin distaalisiin ja proksimaalisiin syytekijöitä koskeviin käsitteisiin liittyviä tason määrittelyn ongelmia sekä näistä seuraavaa politiikan käsitteellistämisen ongelmia (ks. myös Vallgård 2011).

kulttuuriministeriö tarkastelevat myös STM:n toimivaltaan kuuluvia asioita. (Saari 2011b.) Keskushallinnon ohjauskeinot ovat vähentyneet muutenkin ja keskusvirastojen kuten sosiaalihuollon ja lääkintöhallituksen normiohjaus loppui jo ennen kuin nämä keskusvirastot lakkautettiin (Leppo 2013).

Suomessa julkisen vallan julistamaa yhteistoimintaa ja poikkihallinnollisuuden välttämättömyyttä onkin arvosteltu ”abstraktiksi ohjelmaretoriiaksi” (Sulkunen 2006, 32). Sulkusen mukaan (2006, 32) kaikkien sanotaan olevan terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden tavoittelussa mukana ”talkoissa”, vaikka yhteistyön korostamisen taustalla on entistä sektoroituneempi poliittinen järjestelmä. Ongelmia ehkäisvässä ja terveyttä edistävässä politiikassa on tyypillistä siirtää abstraktisti muotoiltujen strategioiden toteuttamissuunnitelma erilaisille ”toimijoille” (Sulkunen 2006). Timo Ståhl ja Matti Rimpelä (2010, 133–134) ovat puolestaan huomauttaneet terveyden edistämisen koordinaation ja vastuunjaon hämärtyneen, kun ministeriössä siirryttiin informaatio-ohjaukseen ja alettiin tähdentää kuntien kaikkien toimialojen tärkeyttä. Stefan Sjöblom (2006, 76) on vastaavasti kiinnittänyt huomiota vastuusuhteiden epäselvyyteen hallintajärjestelmässä, jossa vastuut jakautuvat eri toimijoiden kesken. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman loppuarvioinnissa ilmaistaan huoli juuri vastuutahojen määrittelemättä jäämisestä, vaikka terveyserot pitäisi ottaa kaikkien poliittikkojen osaksi läpäisyperiaatteella³⁸ (Rotko ym. 2012, 37).

Toimivaltakysymyksistä ja toimeenpanevien organisaatioiden toiminnasta on yleensä vaikea saada käsitystä varsinkin nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä. Toimeenpanotutkimuksissa toimeenpanevia organisaatioita on luonnehdittu eräänlaisiksi ”mustiksi laatikoiksi”, joihin toimintaohjelmien tehtävät kulkevat sisään ja joista odotetaan tulevan ulos tavoitteenmukaisia tuloksia. Jos tai kun odotettuja tuloksia ei tulekaan, syytä ei usein tiedetä, jollei ole pystytty selvittämään mitä ”mustassa laatikossa” on tapahtunut tai jäänyt tapahtumatta (Sihto 1997, 28; ks. myös Saari 2009).

Sekä Terveys 2015 –ohjelma että terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma tukeutuvat paljolti kuntien toimintaan ohjelmien toimeenpanossa. Tämä koskee erityisesti terveyspalveluja ja sosiaalipalveluja, joiden tarpeenmukainen kehittäminen oli kirjattu terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman yhdeksi toimenpidealueeksi. Valtion ohjausroolin heikentymiseen on jo aikaisemmin viitattu, mutta myös kuntien toimintamahdollisuuksien voi arvioida viime vuosikymmeninä heikentyneen muun muassa vähentyneiden valtionosuuksien vuoksi – esimerkiksi kuntien valtiolta saama terveydenhuollon rahoitusosuus on huomattavasti pienentynyt vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen (ks. Pekurinen ym. 2011, 16). Valtionosuusuudistuksen jäl-

38 Läpäisyperiaate on ongelmallinen muutenkin kuin pelkästään vastuutahojen epämääräisyyden vuoksi. Rotko ym. (2012, 37) huomauttavat tässä yhteydessä ongelmaksi myös, ettei missään ole määritelty tai listattu konkreettisia toimia, joilla terveyseroja pyritään kaventamaan. Näitä toimia ei kuitenkaan muiden politiikan lohkojen ja instituutioiden alueilla välttämättä tunneta siinä määrin, että läpäisyperiaatetta voitaisiin soveltaa, tai niitä ei ole ylipäättään kenenkään tiedossa. Lisäksi läpäisyperiaate edellyttäisi hyvää terveyden taso- ja jakaumavaikutusten ymmärrystä, mikä on vaikea kysymys terveysalan asiantuntijoillekin.

keen kunnat saivat toisaalta itse päättää, mihin valtionosuusrahat käytetään (ks. esim. Pekurinen ym. 2011; Leppo 2013).

Valtionhallintoa on toisaalta kritisoitu siitä, että se asettaa julkisille ohjelmille tavoitteita ja toimintakehyksiä ottamatta vastuuta resurssien riittävydestä (esim. Julkunen 2006, 262). Kunnat puolestaan pyrkivät siirtämään vastuun takaisin valtiolle rahoituksen riittämättömyydestä (Autti & Liukkonen 2008, 249) ja kunnissa koetaan valtionohjaukseen liittyvä tilanne kaikkiaan varsin sekavaksi (ks. Hakkala 2013). Liian vähäiset resurssit voivat heikentää julkisten ohjelmien vaikuttavuutta, mutta lisäksi tällainen resurssien vähäisyyteen liittyvä ”julkiseksi vastuunpaoksi” nimitetty toimintatapa voi siirtää vaikutusvaltaa ei-valtiollisille toimijoille (Sjöblom 2006, 79).

Yksi valtion ohjelmaohjaukseen liittyvä perusongelma voikin olla siinä, että ohjelmien toimeenpano ja ongelmien ratkaisut osoitetaan kunnille silloinkin kun terveyttä koskevat ja terveyseroihin vaikuttavat päätökset tehdään kansallisella tasolla. Esimerkiksi alkoholipolitiikassa alkoholin hintaa, saatavuutta ja muuta säätelyä koskevat ratkaisut tehdään pääosin valtakunnallisesti tai EU-tasolla. Alkoholin ongelmakäyttöön liittyvissä toimissa on käynyt ilmi, että paikallistoimijat kaikkialla länsimaissa suosivat tehottomiksi osoitettuja ehkäisykeinoja kuten erilaisia valistuskampanjoita tai yhteistoimintahankkeita (Warpenius 2006, 155; ks. myös Warsell 2013, 202). Myös muissa yhteyksissä on havaittu, että kunnissa toimivien henkilöiden mahdollisuus vaikuttaa terveyden eriarvoisuuteen ja erilaisiin syrjäyttäviin rakenteisiin voi jäädä varsin vähäiseksi silloinkin, kun he ovat tehtäviinsä hyvin motivoituneita (Carlisle 2010, 125; myös Curtis 2008). Kunnissa toteutettavat aloitteet voivat myös epäonnistua hyvistä aikeista huolimatta, jos paikalliset intressiristiriidat ja valtaerot tekevät politiikan pyrkimykset tyhjiksi. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa on uskottu monitoimijaisten kumppanuuksien hyödyllisyyteen interventoiden toteuttamisessa. Skottitutkimuksessa havaittiin kuitenkin, että yhteiskunnalliset tilanteet, joihin on liittynyt elinkeinotoiminnan väheneminen ja talouden alamäki, julkisten palvelujen resurssien niukkuus ja liian heikko tuki vapaaehtoisille järjestöille, ovat johtaneet paikallistasolla pikemminkin sektorien välisiin ristiriitoihin kuin yhteistyöhön (Carlisle 2010, 125). Monitoimijaisiin hankkeisiin osallistumisen on todettu paikallistasolla olevan helposti monimutkaista ja sekavaa (Carlisle 2010). Paikalliset prosessit ja tulokset voivat olla riippuvaisia lisäksi alueellisista, kansallisista ja kansainvälisistä prosesseista, jotka kenties ylittävät kaikki paikalliset yritykset vaikuttaa terveyden ehtoihin ja terveyseroihin (Curtis 2008, 300).

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimeenpano

Suomen Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (2008–2011) oli yleistavoitteiltaan periaatteessa kunnianhimoinen yritys edistää terveystoimintaa, joilla terveyseroja voitaisiin kaventaa tai ainakin hillitä niiden kasvua. Ohjelman toimenpiteiden toimeenpanoon ei osoitettu juuri mitään erillisiä resursseja vaan toimeenpanosuunnitelmaan kirjattiin pääosin hankkeita, joita jo muutenkin oli tekeillä.

Sekä ohjelmasta tehtyyn väliraporttiin (Rotko ym. 2011) että loppuraporttiin (Rotko ym. 2011) on koottu katsaus ohjelmaan sisältyvien 15 oman toimenpidekokonaisuuden etenemisestä sekä pyritty arvioimaan niiden onnistuneisuutta ja toimeenpanon esteitä. Näiden 15 oman toimenpidekokonaisuuden toimeenpanoa varten oli tarkennetussa (julkaisemattomassa) toimeenpanosuunnitelmassa nimetty vastuuhenkilöitä ja nämä antoivat loppuarvioinnissa varsin hyvän itsearvioinnin suunnitelmassa sovittuihin toimiin tarttumisesta (Rotko ym. 2012).³⁹ Eritasoisista suurista ja pienistä hankkeista ja toimista oli kuitenkin loppuarvioinnin kokoajienkin vaikea muodostaa kokonaiskuvaa (Rotko ym. 2012, 37).

Joitakin ohjelman terveystieteellisesti merkittäviä toimenpiteitä, esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistoimenpidettä ja kuntoutusta koskevaa toimenpidettä, ei varsinaisesti ohjelman puitteissa näytä käsitellyn juuri lainkaan. Sen sijaan tärkeitä ohjelman mukaisia toteutuneita toimia olivat kuitenkin alkoholiveron ja tupakkaveron nostaminen (Rotko ym. 2011). Ohjelmassa seurattavaksi asetettuja keskeisiä yleisiä sosiaalisia määrittäjiä koskevia alueita kuten köyhyyden vähentäminen, asunnotomuus, mielenterveystyö, ikäihmisten palvelut, peruskoulun mahdollisuudet vähentää terveyseroja ja nuorten työelämään siirtymisen nivelvaiheen tuki, käsiteltiin muissa ohjelmissa ja muilla tahoilla kuin terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman omissa toimenpidekokonaisuuksissa. Nämä olivat varsin moniaineksisia ja terveyserojen ja eriarvoisuuden näkökulmasta erillistä tulkintaa vaativia osia (esim. SATA-komitean työ).

Kaste-ohjelman hankkeita oli tulkittu myös terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimeenpanoksi. Toimintaohjelmassa kiinnitettiin esimerkiksi huomiota sosiaalipalvelujen tarvetta koskevien tietojen puutteellisuuteen sekä sosiaaliryhmittäisiin eroihin, joita esiintyy terveydenhuollon toimin estettävissä olevassa kuolleisuudessa samoin kuin hoidon kattavuudessa ja laadussa (STM 2008, 48). Tämän toimenpidealueen toimeenpanoksi mainitaan kaksi alueellista Kaste-ohjelmaan kuuluvaa hanketta (Rotko ym. 2012, 53–55). Hankkeissa on kehitetty muun muassa terveyden edistämisen rakenteita, tietopohjaa, johtamiskäytäntöjä, toimeenpanorakenteita, johtamisen työvälineitä, hyvinvointiosaamista ja terveyden edistämisen hyviä toimintamalleja. Konkreettisina toimeenpanon asioina mainitaan muun muassa ennakoarvioinnin menetelmän käyttöön kouluttaminen, luottamushenkilöille ja viranhaltijoille laaditun hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutuspaketin kokoaminen sekä sähköisen hyvinvointikertomuksen malli, jota pilotoidaan yli 100 kunnassa ja jonka toivotaan antavan tietoa kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä väestöryhmittäin. Näiden monenlaisten ja eritasoisten toimien perusteella on kuitenkin vaikea hahmottaa, miten erilaiset alueelliset ja paikalliset hankkeet palvelevat tavoitteena olevaa tarpeenmukaisten palvelujen kehittämistä koko maassa. Terveyspalvelujen saatavuudessa ja käytössä ilmenevien erojen taustalta löytyvät isoina ongelmina muun muassa palvelujen tuotantojärjestelmän eriytyneisyys ja maksupolitiikka, joita tarkasteltiin ohjel-

³⁹ Vastuuhenkilöt arvioivat itse kyselylomakkeella vastuullaan olevan kokonaisuuden toteutumisen. Arvioitavana olleista osakokonaisuuksista runsaasta puolesta palautettiin arvio (Rotko ym. 2012).

man valmistelumuistiossa (Teperi 2008, 119), mutta joihin ei ohjelmassa tartuttu. Sosiaalipalvelujen rooli vaikuttaa jääneen ohjelmassa kaikkiaan vähäiseksi.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman ja terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimenpiteet puolestaan tulkittiin suureksi osaksi samoiksi toimenpiteiksi (Politiikkaohjelmat ohjauskeinona 2010, 78–79). Tästä ristikkäisyydestä ja näiden ohjelmien vastuusuhteista ei edes valtionalouden tarkastusviraston tarkastuksessa saatu selvää (Politiikkaohjelmat ohjauskeinona 2010 vrt. sivut 66–67 ja 78).

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman toimeenpano toteutettiin siten eräänlaisella ”mainstreaming”-periaatteella ja pienillä resursseilla, jotka kanavoitiin lähinnä sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimivien laitosten tutkijoista koostuvan terveyserojen kaventamisen (TEROKA) hankeryhmän toimintaan sekä Kaste-ohjelman kautta (STM 2008b, 72). Vertailun vuoksi todettakoon, että Englannissa toteutettiin vuosina 2004–2007 terveyden eriarvoisuuden vähentämisen toimintaohjelma, jonka toteutukseen osoitettiin yli 20 miljardia puntaa (Mackenbach 2011). Tosin panostukset eivät Englannissakaan ole johtaneet terveyserojen kaventamiseen noina vuosina eivätkä myöskään vuosien 1997–2010 aikana, jolloin Labour-puolue järjestelmällisesti kehitti terveyserojen kaventamiseen tähtäävää terveystaloutta enemmän kuin missään muualla on koskaan tehty (Mackenbach 2010). Vaikka lopputulosindikaattoreissa ei päästy asetettuihin tavoitteisiin, Englannissa kuitenkin edettiin toivotuun suuntaan ainakin joidenkin terveyden determinanttien kehityksessä. Mackenbach (2010) arvioi Englannin kokemusten perusteella, ettei terveyserojen vähentäminen nykyisillä politiikan välineillä ole mahdollista. Tavoitteet olisi luultavasti asetettava vaatimattomammiksi, koska tarvittavat muutokset olisivat niin suuria, ettei länsimaissa ryhdytä niihin. Silti tavoitteista ei hänen mukaansa voi luopua moraalisisista syistä.⁴⁰

Suomen ohjelman jonkinasteinen läpäisyperiaate oli ehkä eräänlainen (taloudellinen, resurssien niukkuuteen liittyvä) välttämättömyys, joka pyrittiin kääntämään synergiaa tuottavaksi hyveeksi tavalla, jonka hyvistä vaikutuksista on toistaiseksi kuitenkin niukasti näyttöä arviointiraporttien perusteella. Vaatimattomin resurssein toteutetun ohjelman hyvänä tuloksena voi ehkä itsearviointien nojalla pitää sitä, että tietoisuuden nostaminen terveyseroista onnistui joiltakin osin myös tämän ohjelman ansiosta. Terveyserot ovat olleet esillä julkisuudessa ja poliittisessa keskustelussa. Suuri osa 15 toimenpidekokonaisuuden otsikon alle sijoitetuista osista oli toteutunut suunnitelmien mukaan ainakin vastuuhenkilöiden omien arvioiden mukaan (Rotko ym. 2012). On kuitenkin mahdollista, että monet toimeenpanon toteuttajiksi nimetyt ovat olleet tahoja, jotka eivät voi olla merkittävässä vastuussa eriarvoisuuden kasvusta yhteiskunnassa, eivätkä siten asemassa, josta käsin niitä voisi merkittävästi vähentää.

40 Englannissa on jo pitkään pohjustettu politiikkaa hallinnon ja tutkijoiden väliseen dialogiin perustuen ja tutkijoilta perusteluja tilaten. Merkittäviä hallituksen tutkijoilta tilaamia raportteja olivat The Black Report vuonna 1980 ja Achesonin raportti vuonna 1997 (ks. esim. Palosuo ym. 2004). Lisäksi Englannissa on arvioitu systemaattisesti toteutettua terveystaloutta ja käyty myös parlamentissa terveystaloutta keskustelua. Edellisen Labour-hallituksen toimeksiannosta Englannin terveystaloutta tehtiin perusteellinen tilannekatsaus ja tutkimustyöhön perustuva tulevaisuuden linjaus *Fair Society, Healthy Lives* (The Marmot Review, 2010), jonka kokoamista johti SDH-komissiota johtanut Sir Michael Marmot.

9 Sosiaaliset määrittäjät ja eriarvoisuuden vähentäminen Suomessa: yhteenvetoa

Terveyserojen kaventaminen on ollut jo vuosikymmeniä Suomen ja WHO:n terveyspolitiikan keskeisenä tavoitteena. Väestöryhmien välisen eriarvoisuuden vähentäminen on myös sosiaalipolitiikan tärkeimpiä tehtäviä (Kuivalainen & Niemelä 2009). WHO:n Social Determinants of Health –komission työssä voi todeta näiden perinteiden yhdistyvän tavalla, joka voisi merkitä jopa uutta paradigmaa tai ainakin terveyspolitiikan uusia painopisteitä, sillä komission historiallisen laaja perehtyminen terveyden sosiaalisia määrittäjiä ja terveyseroja koskevaan tietoon ja terveyseroihin vaikuttamiseen on tuonut mukanaan uudenlaisia mahdollisuuksia eri tieteenalojen hyödyntämiseen. Sosiaalepidemiologisen tiedon lisäksi komission taustaselvityksissä ja loppuraportissa on käytetty hyväksi monipuolisella tavalla esimerkiksi sosiaalista muutosta, taloutta ja politiikkaa koskevaa tutkimustietoa.

Samalla Social Determinants of Health -komission raportti ja aloite jatkaa YK:n ja WHO:n perinnettä luoda sosiaalista oikeudenmukaisuutta painottavia yhteisiä visioita ja tavoitteita maailmassa, jossa keskinäinen riippuvuus on entisestään lisääntynyt (Guy & McCandless 2012). Ei ole juuri olemassa muita vastaavia kansainvälisiä instituutioita, jotka muotoilisivat näitä yhteisiä visioita. CSDH:n eettinen perusta on WHO:n perustamissopimuksessa ja monissa aikaisemmissa historiallisesti merkittävissä asiakirjoissa ja ohjelmissa (Alma Atan deklaraatio, *Terveyttä kaikille* -ohjelmat, terveyden edistämisen konferenssit ja julistukset Ottawasta 1986 alkaen) ja komission työ pohjautuu myös suoraan YK:n vuosituhattavoitteille (Millennium Development Goals). Oikeus terveyteen ja terveellisen elämän edellytyksiin ymmärretään ihmisoikeutena, joka ei ole alistettavissa tuottavuustavoitteille tai kilpailuideologialle. CSDH:n aloite on siten yhtäältä aatteellinen ja toisaalta käytännölliseen toimintaan kannustava.

Sosioekonomiset terveyserot eivät ole kaventuneet edes niissä maissa, joissa on tietoisesti yritetty vaikuttaa väestöryhmien välisiin terveyseroihin kuten Suomessa, Ruotsissa ja Englannissa. SDH-komissio ei olettautunut, että maiden väliset ja maiden sisäiset suuret terveyserot voitaisiin kokonaan poistaa, mutta maiden väliset erot ja väestöjen terveydessä tapahtuneet suuret historialliset muutokset osoittavat, että mahdollisuuksia niiden vähentämiseen on olemassa.

Suomessa terveyden epätasaiseen jakautumiseen kiinnitettiin huomiota jo toisen maailmansodan jälkeen alueellisenä itä-länsi –erona. 1960-luvun sairausvakuutustutkimuksissa havaittiin terveyspalvelujärjestelmään liittyvät suuret sosioekonomiset ja alueelliset erot ja väestön terveyden jakaumakysymyksiin alettiin hakea ratkaisumalleja jo ennen kuin asia nousi WHO:n ja muiden maiden terveyspolitiikan asialistal-

le. Terveyden ja sairauksien sosiaalsiin syihin on kiinnitetty vaihtelevasti huomiota eri maissa historian kuluessa sinänsä jo paljon aikaisemminkin. Sosioekonomiset terveyserot ovat kertymä ja lopputulos väestön terveyteen vaikuttavista kompleksisista yhteiskunnallisista prosesseista eikä näitä eroja voi yleensä suoraan kaventaa. Keskeisin terveyspoliittinen kiteytys SDH-komission työn pohjalta lieneekin, että viime kädessä terveyserojen vähentäminen voi tapahtua ainoastaan vaikuttamalla terveyden sosiaalsiin determinantteihin ja vähentämällä sosiaalista eriarvoisuutta.

Tämä laajentaa näkökulmaa sekä yhteiskunnallisen muutoksen syihin että yhteiskuntapolitiikan ja terveyspolitiikan suuriin ongelmiin. Kansallista terveyspolitiikkaa ei voi harjoittaa eristyksissä vaan sen yleisenä kontekstina on globaali talous ja kansainvälinen työnjako, joiden vaikutukset ulottuvat kaikkiin maihin ja syrjäisimmissä kylissäkin asuvien kansalaisten elinoloihin. Jonkinasteinen eriarvoisuus on väistämätön seuraus työnjaosta ja kilpailusta ja niiden ympärille rakentuneista instituutioista. Eriarvoisuudesta myös hyötyvät ainakin lyhyellä tähtämellä aina jotkut tahot muita enemmän muun muassa taloudellisesti (ks. esim. Navarro 2009). Globaaleista vaikutuksista huolimatta on toimittava myös paikallisesti ja haasteena on, miten voidaan toimia paikallisesti, alueellisesti, kansallisesti ja kansainvälisesti siten, että sosiaalinen ja taloudellinen eriarvoisuus lopulta vähenisi kaikkia väestöryhmiä hyödyttäen. SDH-komission *Closing the Gap* –raportti on pureutunut näihin kysymyksiin poikkeuksellisen rohkeasti ottamalla esiin vallan, rahan ja muiden resurssien jakamiseen liittyvät ongelmat ja virittämällä näihin tarttuvan politiikan ratkaisumallien pohdintaa.

Tässä Suomea käsittelevässä raportissa on yritetty hahmotella ensinnäkin Suomen terveyspolitiikan pitkää linjaa, joka on paljolti seurailtu mutta ollut osaltaan myös muokkaamassa WHO:n politiikan linjoja, ja toiseksi paikantaa esteitä, jotka ovat terveyserojen kaventamispyrkimysten tiellä.

Terveyserojen vähentämiseen erityisesti tähtääviä kansallisia strategioita ja toimintaohjelmia on käytetty terveyspolitiikan apuna vain varsin harvoissa maissa; näitä maita ovat esimerkiksi Englanti, Ruotsi, Norja, Hollanti ja Suomi (Mackenbach 2011). Muita terveyseroihin erityistä huomiota kiinnittäneitä maita ovat muun muassa Australia, Kanada, Uusi Seelanti ja Tanska. Suomessa oli mahdollista saada aikaan kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (STM 2008a), koska asiaa oli viritelty erilaisissa strategioissa ja myös hallitusohjelmissa 2000-luvulla. Niin Suomessa kuin muuallakin (Nutbeam & Boxall 2008; Strand ym. 2009, 50; Palosuo ym. 2004) tutkijat ovat näiltä osin olleet vaikuttamassa politiikan eteenpäin viemiseen.

Suomen keskeisissä terveyspoliittisissa ohjelmissa kuten *Terveys 2015* –kansanterveysohjelmassa (STM 2001) ja erityisesti terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (STM 2008) on samantapaisia sisältöaineiksia kuin CSDH:n raportissa. Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmaa tulkitsimme tässä raportissa periaatteessa laaja-alaiseksi *Terveys 2015* –ohjelman toimeenpano-ohjelmaksi. Toimenpidetasolle vietyinä terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman muotoilu ja toteutus tuntuu kuitenkin supistuneen pääosin melko kapea-alaisiksi monien toimijoiden toimiksi ja hankkeiksi, joista myös ohjelman toimeenpanon arvioijien on ol-

lut vaikea saada kokonaisnäkemystä (Rotko ym. 2011; Rotko ym. 2012). Strategisesti tärkeitä sosiaalisia määrittäjiä koskevia alueita on jätetty ohjelman ulkopuolelle tai ne ovat vaikeasti hahmotettavissa hankkeiden, toimenpiteiden ja muiden seurattavien ohjelmien joukosta. Siten toimintaohjelma on toteutuksen ongelmien vuoksi etääntynyt CSDH:n ilmaisemista päämääristä ja sen keskeisistä toimintapyrkimyksistä.

CSDH:n aikaperspektiivi on noin 30 vuotta, Suomen toimintaohjelma oli hallituskauden mittainen (2008–2011). Poliitiikkaprosessien tutkimuksessa on arvioitu, että tieteellisen tai teknisen tiedon leviäminen päätöksentekijöille siinä määrin, että seuraisi jonkintasoinen muutos, vie yleensä noin kymmenen vuotta (Weible ym. 2012, 15). Suomen toimintaohjelmassa toki alunpitäenkin todettiin, etteivät siihen liittyvät tavoitteet ja toimet voi koskea pelkästään hallituskauden mittaista aikaa. Kaventamisohjelmassa esitettyjä ajatuksia ja toimia jatketaan jossain määrin uudessa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelmassa (Kaste-ohjelman toinen ohjelmakausi, STM 2012a) ja nykyisen hallituksen *Syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveysongelmia vähentävässä poikkihallinnollisessa toimintaohjelmassa* (STM 2012b). *Terveys 2015* -ohjelma on edelleen voimassaoleva kansanterveysohjelma (ks. väliarviointi STM 2013).

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman ilmeisenä vaikeutena on ollut yritys vastata suuriin strategisiin ongelmiin yksittäisillä, osin suppeilla, lyhytkestoisilla ja paikallisilla hankkeilla, joista lisäksi suuri osa on ollut muiden ohjelmien alaisia ja joihin kaventamisohjelmalla ei ollut ohjaus- eikä yhteistyösuhdetta. Strategisten tavoitteiden ja tärkeiden metapreferenssien kääntäminen eri tavoitetasoille ei siten täysin onnistunut melko nopeasti valmistellussa ohjelmassa. *Terveys 2015* -ohjelman ja terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman tavoitteista ei ole varsinaisesti kehitetty koordinoitua tai helposti koordinoitavissa olevaa terveyserojen vähentämiseen tähtäävää kehittämisohjelmaa. *Terveys 2015* -ohjelmasta tehdyssä väliarvioinnissa (STM 2013) *Terveys 2015* -kansanterveysohjelma näyttäytyy hyvin laajana yleisstrategiana, johon kaikki ohjelmakauden aikaiset kansanterveydellisesti merkittävät lait, ohjelmat, hankkeet, laatusuosituksukset ja oppaat erityisesti sosiaali- ja terveysalalla mutta myös muilla hallinnonaloilla (eli terveyden sosiaalisten determinanttien alueella) on linkitetty. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma on tässä arvioinnissa tulkittu vain yhdeksi ohjelmaksi monien muiden joukossa, mikä ehkä viittaa siihen, ettei sen painoarvoa ole pidetty kovin suurena (ks. myös Poliitiikkaohjelmat ohjauskeinona 2010).

Terveyserojen vähentämiseen pyrkivässä terveyspolitiikassa on monista syistä ollut vaikeaa ottaa kantaa terveyserojen sosioekonomiseen gradienttiin ja muotoilla sen loiventamista koskevia tavoitteita (ks. myös Sihto & Palosuo 2013). Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa mainitaan terveyserojen gradienttiluonne (esim. STM 2008a, 23) ja ”kuilu”-kehityksen mukaisia huono-osaisuuteen liittyviä ongelmia kartoitetaan (esim. STM 2008a, 30). Sinänsä keskeisiä ongelmia ja tärkeitä terveyden sosiaalisia määrittäjiä kartoittavasta moniaineksisesta ohjelmasta ei kuitenkaan synny tavoittekokonaisuutta, jossa jäsennettäisiin, miten esimerkiksi universalistisella politiikalla pyrittäisiin ennalta ehkäisemään sosiaalisen eriarvoisuuden seurauksina syntyviä ter-

veyseroja ja miten korjattaisiin huono-osaisten ja jo sairastavien tai terveydeltään rajoitteisten ryhmien asemaa vaikkapa sosiaali- ja terveyspalvelujen tai työ- ja asuntopolitiikan keinoin. Kaventamisohjelmasta tehdyn loppuarvioinnin esipuheessa Pekka Puska viittaa myös eri tavoitetasoihin ja erityisesti yleisen yhteiskuntapolitiikan tarpeeseen: ”Samalla kun tarvitaan terveystoimittaisia politiikkatoimia spesifisten terveyserojen syiden suhteen, esim. alkoholi- ja tupakkapolitiikassa, tarvitaan laajempia ja vaikuttavia yhteiskuntapolitiittisia toimia terveyden yleisten determinanttien suhteen” (Puska 2012, 4). Samalla hän toteaa tarpeelliseksi laajentaa väestöryhmien välisten terveyserojen tarkastelun näkökulmaa koskemaan yleisemmin hyvinvointieroja.

Edellä tarkasteltiin terveyserojen kaventamisen ja sosiaalisiin määrittäjiin puuttumisen taustoja viiden i:n kehikon avulla, jotka koskivat terveystoimittain palvelevaa *informaatiota*, terveystoimittain kehystäviä *ideologioita*, terveystoimittain liittyviä *intressejä*, terveystoimittain alueella tärkeitä *instituutioita* sekä politiikan ja ohjelmien *implementaatiota*. Pääosin tutkimuskirjallisuuden perustuvat pohdinnat liikkuvat paljolti juuri terveyden (osin hyvin yleisten) määrittäjien alueella. Taulukkoon 6 on kiteytetty tästä tarkastelusta sekä keskeisiä determinantti-lähestymistapaa edistäviä seikkoja että sille vastakkaisia tai sitä haitanneita ilmiöitä suomalaisessa terveystoimittain.

Taulukko 6. Yhteenvedoa 5 i:n kehikosta: terveyden sosiaalisiin determinantteihin vaikuttamista sekä terveyserojen vähentämistä edistäneitä elementtejä (+) sekä niitä estäneitä ja ristiriitaisia sisältäviä elementtejä (-) suomalaisessa terveystoimittain.

	Informaatio	Ideologiat	Intressit	Instituutiot	Implementaatio
+	Hyvä epidemiologinen tietopohja ja tietotaito	Yhteinen arvopohja (esim. perustuslain tasa-arvolauseumat) Hallitusohjelmien tavoitteet vähentää eriarvoisuutta Universalismin perinne	Pitkän aikavälin intressit yhteisiä esim. Terveys kaikissa politiikoissa Terveystavoitteisen yhteiskuntapolitiikan menetelmät	Yhteistoiminnan perinteet (poikkihallinnollinen yhteistyö valtionhallinnon tasolla ja kunnissa)	Terveyserojen kaventamisohjelman aikaansaaminen edellytyksenä toimeenpanolle
-	Politiikan tutkimuksen vähäisyys Strategisen gradientti/kuilu-asetelman ratkaisemisen ongelma Informaatio-ohjauksen ongelmat	Kansainväliset paineet (uusliberalistinen talousideologia) Individualismin ja valinnanvapauden korostaminen Paineet siirtyä selektiiviseen sosiaalipolitiikkaan universalismin kustannuksella	Elinkeinoelämän intressit (esim. alkoholi-teollisuus, osin terveyteen liittyvät ja terveydenhuollon kaupalliset intressit) Fiskaaliset intressit (valtion verotulot) EU:n taluspainotteiset ja kilpailua korostavat intressit Talouskasvu versus julkisten menojen supistamispyrkimykset Työhön liittyvät intressit	Valtion vetäytyminen ja ohjauksellisen heikentyminen, kuntien ja valtion jännitteiden suhde	Politiikan tavoitekeino-analyysin puutteet mm. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa Ohjelman asema muita täydentävänä ohjelmalla Toimeenpanon hajanaisuus ja koordinaation vähäisyys Informaatio-ohjauksen heikkoudet Toimeenpanon resurssien vähäisyys Politiikan lyhyt aikajänne

Terveyseroista on Suomessa runsaasti sosiaaliepideemiologista tietoa varsin pitkältä ajalta. Edelleen tarvitaan kuitenkin myös tämän tutkimuksen jatkuvuuden turvaamista ja lisäksi tutkimustulosten koontia esimerkiksi THL:n Kaventaja-sivustolle. Sen sijaan terveystalouden ja muun terveystavoitteisen yhteiskuntapolitiikan tutkimuksessa on aukkoja. Terveyserojen gradientin loiventamisen ja kuilun kaventamisen strategiaa ei ole erityisen hyvin osattu vielä hahmottaa. Poliittisten ohjelmien toimeenpanotutkimus on myös ollut vähäistä. Poliitiikan ja sen toimeenpanon tutkimuksen tarvetta ei ole kuitenkaan kovin selvästi tunnistettu terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman arvioinneissa (Rotko ym. 2011; Rotko ym. 2012) eikä edes WHO:n komission loppuraportissa (CSDH 2008). Informaatiota terveystalouden ohjauksen perustana (informaatio-ohjausta) on enenevästi pidetty riittämättömänä. Terveystalouden arvioinnin tarvetta erityisesti terveyserojen näkökulmasta kuitenkin tähdennetään sekä Suomen ohjelmissa että WHO:n raportissa.⁴¹

Terveyserojen kaventamisen ideologiaan esteisiin on kansainvälisessä kirjallisuudessa kiinnitetty varsin paljon huomiota. Terveystalouden yhteydessä on erityisesti viitattu viime vuosikymmeninä voimistuneeseen uusliberaalin talousajattelun vaikutuksiin (Suomessa esim. Leppo 2010b, 30; Melkas 2013a, 22). SDH-komissio ei sinänsä puhunut uusliberalismista, mutta kohdisti varsin runsaasti huomiota globaalin talouden ja markkinoiden liberalisoinnin haittavaikutuksiin. Suomessa on sopeuduttu Euroopan unionin jäsenenä unionin talouspolitiikan paineisiin (Kiander 2013) ja jo sitä ennen OECD:n kautta tullessiin julkisen talouden supistamisrajoituksiin, jotka on tullut juuri uusliberalismin voimistumiseksi (esim. Alasuutari & Lampinen 2006, Alasuutari 2006; Julkunen 2006; Patomäki 2007). Uusliberaalien muutosten ytimessä on lisäksi ollut vastuiden siirtäminen: julkisia hyvinvointitehtäviä siirretään markkinoille, yrityksille, järjestöille ja yksityisille ihmisille (Julkunen 2006, 21). EU-toimintaympäristöön on saattanut myös liittyä paineita siirtyä sosiaalipolitiikassa pohjoismaisesta universalismista painottavasta linjasta selektivismin suuntaan, mihin muun muassa 2000-luvun alussa tehdyt EU:n puitteissa laaditut kansalliset köyhyysohjelmat voitaneen liittää (ks. esim. Kuivalainen & Niemelä 2009; Hakala 2009). CSDH kuitenkin painottaa raportissaan voimakkaasti universalismia sosiaali- ja terveystaloudessa ja kannattaa kohdennettuja toimia eli selektivismiä ainoastaan universaalien politiikan täydennyksenä.

Intressejä pidetään keskeisinä politiikkaan vaikuttavina tekijöinä ja erilaiset intressiryhmät ajavat aktiivisesti päämääriään kansallisessa, ylikansallisessa ja kansainvälisessä politiikassa (esim. Nutbeam & Boxall 2008; Oliver 2006; Koivusalo & Ollila 2013b). Suomessa on kiinnostavia esimerkkejä intressien ristikkäisyyksistä muun muassa ravitsemuspolitiikan, alkoholipolitiikan ja veropolitiikan aloilta. Myös yhteisiä in-

41 Terveystalouden arviointiin liitetyt toiveet voivat kuitenkin olla liian suuria erityisesti, kun toivotaan terveyserojen vaikutusten arviointia rutiininomaisena ennakoarviointina päätöksenteossa. Tällainen arviointi saattaa edellyttää muun muassa hyvää yhteiskunnallisten vaikutusmekanismien ja jakaumavaikutusten tuntemusta. Vaikutusten arviointi ei myöskään korvaa politiikan ja sen toimeenpanon tutkimusta.

tressejä on löytynyt, eikä *win-win* -tilanteista puhuminen ole välttämättä aina ollut yritys peittää vahvemman osapuolen intressejä. *Terveys kaikissa politiikoissa* -lähestymistapaa voi pitää keskeisenä mekanismina hakea yhteisiä intressejä terveyden sosiaalisten määrittäjien alueella (Melkas 2013a, 2013b). Terveyserojen kannalta merkittävä vanha intressiristiriitojen alue on työn ja pääoman välinen ristiriita, joka on näkynyt muun muassa perinteisen teollisuustyön ja viime aikoina myös uudemman teknologiateollisuuden siirtämisenä halvempien tuotantokustannusten maihin. Tähän liittyvä työttömyyden kasvu ei ole omiaan vähentämään sosioekonomisia terveyseroja. Silloinkin kun irtisanominen johtaa irtisanottujen uuteen työhön siirtymiseen ja uuteen työhön kouluttautumiseen, tämä saattaa heikentää erityisesti työntekijäasemassa olevien työntekijöiden sosioekonomista asemaa ja välillisesti myös terveyttä (Jolkkonen & Kurvinen 2009; Rotko ym. 2010). Näitä kansainväliseen markkinatalouteen liittyviä ongelmia ei voi jättää vain esimerkiksi yritysten vapaaehtoisen vastuun asioiksi (mikä myös on tärkeää) vaan tarvittaisiin ylikansallisia ja kansainvälisiä sopimuksia, joihin myös Social Determinants of Health -komissio viittaa. Työterveys ja työsuojelu ovat sinänsä työnantajien ja työntekijöiden yhteinen intressi. Työterveyshuollon piirissä on lähes koko työllinen työvoima, joskin työterveyshuollon kattavuus on huomattavasti työntekijöillä ja yrittäjillä verrattuna toimihenkilöihin (Virtanen & Husman 2010). Kaikkiaan työhön ja ammattiin liittyvät terveysvaarat ja sairastavuus ovat keskeinen ja edelleen puutteellisesti käsitelty sosioekonomisten terveyserojen ongelma-alue (Virtanen & Husman 2010; ks. myös Pensola ym. 2012).

Instituutioiden muuttumisessa ja muuttumattomuudessa on useita näkökohtia. Instituutioiden väitetään muuttuvan pääosin vähitellen, inkrementaalisesti. Näin saat- taakin olla hyvä, sillä suuret äkilliset muutokset voivat tuottaa enemmän haittaa kuin hyötyä (ks. esim. Leppo 2009; Lindblom 1979). Uusliberalistiset ja taloudellisen harmonisoinnin (kilpailulliset) paineet tuntuvat myös uhkaavan suhteellisen hyvin toimivia järjestelmiä. Suomen tehokkaan ja halvan terveyskeskusjärjestelmän mureneminen on esimerkki tästä. Hyvinvointivaltioiden järjestelmien todetaankin muuttuneen nopeammin kuin ns. polkuriippuvuusteoria olettaisi. Suomessa on myös tehty radikaaleja uudistuksia kunnan ja valtion rakenteiden ja rahoituksen suhteissa 1990-luvulta lähtien ja uudistukset ovat jatkuneet 2000-luvulla. Valtion ohjausroolin heikkenemistä ja kuntien tiedollisiin ja taloudellisiin resurssiongelmiin liittyviä perusturvan järjestämisen puutteita on pohdittu jo pitempään. Suomessa on kuitenkin myös harjoitettu instituutioiden välistä kommunikaatiota ja yhteistyötä keskushallinnossa (mm. ministeriöiden välinen yhteistyö, poikkihallinnollinen kansanterveyden neuvottelukunta ja muut neuvottelukunnat) ja myös valtiovallan ja työmarkkinajärjestöjen välistä sopimisen järjestelmää (ns. kolmikantamenettelyä) voitaneen pitää tällaisena instituutioiden välisenä yhteistyönä. Myös kunnissa on kehitetty omia hallinnonalojen välisiä yhteistoiminnan rakenteita. Nämä yhteistyörakenteet voivat jatkossakin olla pohjana *terveys kaikissa politiikoissa* -tyyppisen toiminnan kehittämiseksi.

Implementaatio viittaa politiikan ja ohjelmien toimeenpanon järjestämiseen ja prosesseihin. Ohjelman ja sen toimeenpanon välinen rajanveto ei kuitenkaan ole yksi-

selitteinen. Ohjelman muotoilu voi parhaimmillaan olla kommunikatiivinen prosessi, johon ohjelman laatijat ja toimeenpanijat osallistuvat ja jossa toimeenpanoa toteutetaan sekä ”ylhäältä” että ”alhaalta”. (Sihto 1997, 185–186.) Tällaista vuorovaikutteista kommunikaatiota ja ongelmien tiedostamisen lisääntymistä lienee jossain määrin tapahtunut terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman laadinnassa ja toimeenpanossa (Rotko ym. 2012). Toisaalta *Terveys 2015* –ohjelman toiseen päätavoitteeseen kohdistuva terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma oli mahdollisesti liiankin kunnianhimoinen yritys lähestyä tätä terveyspolitiikan keskeistä strategista ongelmaa. Ohjelman toimeenpanoon ei annettu juuri lainkaan erillisiä resursseja. Ohjelman valmistelu aloitettiin Vanhasen I hallituksen aikana ja se valmistui Vanhasen II hallituksen aikana ja alistettiin tämän hallituskauden terveyden edistämisen politiikkaohjelmalle, jolle annettiin jonkin verran – joskin sillekin melko niukasti – erillisiä voimavaroja (Politiikkaohjelmat ohjauskeinona, 2010, 80–81⁴²). *Terveys 2015* ja Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma ovat molemmat kansallisia ohjelmia eivätkä hallituksen ohjelmia. Kansallisen ohjelman kytkeminen hallituksen politiikkaohjelmaan saattoi olla tarkoituksenmukaista ja parhaimmillaan antaa synergiaetuja, mutta ohjelmien toisiinsa linkittämiseen on nähty myös liittyvän vaara, että vastuutahot hämärtyvät (Politiikkaohjelmat ohjauskeinona 2010, 79; Heinämäki 2012, 201). Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman arvioijat (Rotko ym. 2012) huomauttivat terveyserojen kaventamishojelman toimeenpanon koordinaation puutteesta sekä kokonaisuuden hajanaisuudesta. Ohjelman tavoiterakennetta ei ollut jäsennetty riittävän järjestelmällisesti eri tasoihin tavoite- ja keinokokonaisuuksiin.

Terveyserot ovat joka tapauksessa säilyneet ja osin kasvaneet. Väestön hyvinvointi on keskimäärin lisääntynyt, mutta samalla suurena kansainvälisenä trendinä on ollut eriarvoisuuden kasvu. On arvioitu, että tätä eriarvoisuuden kasvua valtiot ovat olleet haluttomia tai kyvyttömiä estämään (Julkunen 2006, 219–225). Uusliberalismia koskeva talous- ja yhteiskunta-analyysi on kohdistunut juuri siihen yhteiskunnalliseen käänteeseen ja niihin hallintamuotoihin, jotka ovat keskeisesti johtaneet taloudellisen ja sosiaalisen eriarvoisuuden kasvuun sekä kansainvälisesti että kansallisvaltioiden sisällä. Tätä hallintatapojen ja politiikan muutoksen seurauksena syntynyttä yhteiskuntaa on kutsuttu muun muassa projektityhteiskunnaksi (Rantala & Sulkunen 2006), kilpailukyky-yhteiskunnaksi (Heiskala & Luhtakallio 2006), sopimusyhteiskunnaksi, arviointityhteiskunnaksi tai vaikuttavuusyhteiskunnaksi (ks. Julkunen 2006; Rajavaara 2007). Valtiosta on tullut yksi sopimusosapuoli tai kumppani hajautetussa hallintaympäristössä, jossa moninaisia ohjelmia ja projekteja toteuttamalla ja niiden vaikutuksia ja vaikuttavuutta (usein liian aikaisin ja kenties muodollisesti) arvioimalla hoidetaan hyvinvointivaltiollisia tehtäviä. Eriarvoistumiseen johtavat yhteiskunnalliset syyt ovat Raija Julkusen (2006, 220) mukaan ainakin sosiaalipolitiikan ulottumattomissa.

42 Yksi kaventamishojelman hankkeista sai taloudellista tukea terveyden edistämisen politiikkaohjelman varoista.

Vaikka terveyden arvosta vallitsee suuri yksimielisyys, terveyden sosiaalisista determinanteista ja niihin vaikuttamisesta ei olla yksimielisiä, vaan niihin liittyy väistämättä ideologisia arvo- ja intressiristiriitoja. Hierarkkisissa yhteiskunnissa tasa-arvon tavoite ja erityisesti sen toteutuminen on myös jatkuvan prosessin ja poliittisen kamppailun asia (esim. Birn 2009, 177). Samoin universalismiin sitoutuminen ja sen noudattaminen on pitkän yhteiskunnallisen prosessin tulos ja siinä pysyminen tai siitä luopuminen näyttää myös edellyttävän poliittisten päätösten tekemistä yhä uudelleen. SDH-komission esittämät terveyden tasa-arvon tavoitteet ja perustelut voidaan nähdä osana prosessia, joka tukee pitkäjänteistä universalismin puolustamista tasa-arvoisemman hyvinvoinnin saavuttamiseksi.

10 Lopuksi

Suomen terveyspolitiikan pitkässä perinteessä on terveyden sosiaalisiin määrittäjiin liittyviä aineksia, joihin perustuen terveyden tasa-arvotavoitteita voidaan pitää esillä ja jatkaa ponnisteluja terveyserojen vähentämiseksi. WHO:n komission *Closing the Gap* -raportissa (CSDH 2008) esitetyt teesit ja tavoitteet muistuttavat meitä näistä perinteistä, mutta kannustavat myös tarttumaan uudella tavalla poliittisesti vaikeisiin haasteisiin. *Closing the gap* -raportin suositusalueista suurinta osaa on käsitelty Suomen terveyspolitiikan kansallisissa ohjelmissa, mutta vallan ja muiden resurssien jakokysymyksiä on Suomen ohjelmissa käsitelty vain varsin vähän.

Valtakysymyksiin ei ole suoranaisesti otettu kantaa WHO:n komission työn pohjalta laadituissa maakohtaisissa terveyspolitiikan linjauksissa ja strategioissa muissaakaan Euroopan maissa, vaikka niissä saattaa olla joitakin resurssienjakoon liittyviä näkemyksiä ja hyvää terveyden määrittäjiä koskevaa jäsenystä. Esimerkiksi Englannin hallituksen tilaamassa terveyspolitiikan uudessa strategialinjauksessa tavoitteet koskevat materiaalisia elinoloja, työoloja, ympäristöä ja ehkäisevää terveyspolitiikkaa. Tavoitteet kohdistetaan kaikkiin väestö- ja ikäryhmiin. Päätoiminta-alueet koskevat pääosin rakenteellisen tason edellytyksiä. Niihin vaikuttamisessa painotetaan ”suhteellista universalismia”, jolla tarkoitetaan sosiaalisen gradientin loiventamispyrkimyksiä universaaleilla toimilla siten, että toimia painotetaan haitan laajuuden ja tason vaatimalla tavalla (The Marmot Review 2010)⁴³.

Tanskassa on WHO:n komission pohjalta tehdyssä terveyspolitiikan katsauksessa puolestaan jäsennetty terveyserojen syytekijät kolmen determinanttiryhmän kautta (Diderichsen ym. 2012). Nämä koskevat 1) *varhaisia määrittäjiä*, jotka vaikuttavat sekä sosiaaliseen asemaan että terveyteen (alakohtina varhaislapsuuden kehitys, koulu ja paikallisyhteisöt), 2) *sairausten määrittäjiä*, joihin sosiaalinen asema vaikuttaa (alakohtina tulot ja köyhyys, pitkäaikainen työttömyys, sosiaalinen syrjäytyminen, fyysinen ympäristö, työympäristö, terveyskäyttäytyminen ja varhainen toimintakyvyn heikkeneminen), sekä 3) *sairausten epätasa-arvoisiin seurauksiin liittyviä määrittäjiä* (alakohtina terveyspalvelujen käyttö ja syrjivät työmarkkinat). Jäsennyksen taustalla on Diderichsenin työtovereineen (2001) kehittämä politiikan vaikuttamisen malli, jota käytettiin yleisenä viitekehystenä myös Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (ks. liitekuvio). Tanskan katsauksessa on samalla käytetty elämäntilanteen perspektiiviä ja tarkasteltu toimenpiteiden tarvetta erikseen eri ikäkausina lapsuudesta vanhuuteen. Poliittikkatoimia on tarkasteltu sekä gradientin että ”kuilun”

43 Toimenpiteiden tavoitealueet Englannin hahmotelmassa ovat 1) on annettava kaikille lapsille parhaat lähtökohdat, 2) luotava kaikille lapsille, nuorille ja aikuisille mahdollisuudet maksimaaliseen kykyjen käyttöön ja elämäntilanteen hallintaan, 3) luotava reilun työllisyyden ja hyvien työolojen mahdollisuus kaikille, 4) taattava terveellisen elämän standardi kaikille, 5) luotava ja kehitettävä terveelliset ja kestävät ympäristöt ja yhteisöt kaikille ja 6) vahvistettava sairauksien ehkäisyn asemaa ja vaikutusta.

kaventamisen näkökulmasta ja ehdotukset koskevat sekä universaaleja että kohden-nettuja toimia, jotka kohdistuvat rakenteisiin ja myös yksilöihin.

Norjan mallissa terveyserojen vähentämiseen tähtäävä politiikka on jäsennetty rakenteellisten (”upstream”), välittävien (”midstream”) ja välittömien vaikutuksien (”downstream”) toimiin ottaen huomioon erikseen universaalit ja selektiiviset politiikan keinot (Strand ym. 2009). Norjan strategian keskeinen oivallus on, että eri sektorien yhteisenä intressinä on eriarvoisuuden vähentäminen ilman, että muiden kuin terveyssektorin tehtäviin tarvitsee erityisesti pyrkiä sisällyttämään terveyden edistämistä tai terveyserojen vähentämistä. Jos eriarvoisuuden vähentäminen onnistuu eri sektoreilla (eri sosiaalisten determinanttien alueella), sen pitäisi ennen pitkää koitua myös terveyserojen kaventamistavoitteen hyväksi.⁴⁴ Englannissa, Tanskassa ja Norjassa on siten edetty entistä jäsenyneemmin terveyserojen kaventamiseen tähtäävän politiikan strategioiden mallintamiseen siten, että terveyden sosiaaliset määrittäjät otetaan huomioon. On kuitenkin edelleenkin vaikeaa (ja huomattavan suuritöistä) arvioida, miten pitkälle näitä ohjelmia tai ohjelmaehdotuksia on toimeenpantu tai pystytään toimeenpanemaan (ks. esim. Diderichsen ym. 2012, 83). Suomen kaventamisohjelmassa oli periaatteessa samoja aineksia kuin mainittujen maiden ohjelmalinjauksissa, mutta jäsennyksen systemaattisuus ja erityisesti tavoitteiden ja keinojen analyysi jäivät puutteellisiksi.

Johtopäätöksiä

Terveyserojen kaventamisen esteitä ja epäonnistumisia on huomattavasti helpompi havaita ja analysoida kuin antaa täsmällisiä suosituksia ja mahdollisesti jopa näyttöön perustuvia käyttökelpoisia neuvoja politiikan suuntaamiseen ja toteuttamiseen. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman väliraporttiin koottiin kuitenkin asiantuntijoiden sisällöllisiä ehdotuksia tarvittaviksi toimiksi (Rotko ym. 2011). Käsillä olevassa raportissa ei yritetä tehdä uutta suositusten luetteloa eikä antaa tarkkoja toimintaehdotuksia. Taulukkoon 7 on kuitenkin koottu näkemyksiä eräistä terveyserojen kannalta kaikkein hankalimmista terveyden eriarvoisuuteen liittyvistä ongelmista Suomessa ja hahmoteltu politiikka-alueita, joilla toimenpiteitä erityisesti edelleen tarvitaan. Taulukossa esitetyt asiat ovat suureksi osaksi sellaisia, jotka vaativat rakenteellisen tason politiikkatoimia ja ovat lähellä niitä, jotka Diderichsenin ym. (2012; ks. myös tämän raportin liitekuvio) kehikossa sijoittuisivat sairauksien määrittäjiin ja sairauksien epätasa-arvoisten seurauksien määrittäjiin. Taulukkoon on myös lisätty kuhunkin kohtaan esimerkinomaisesti joitakin toimenpiteitä, jotka voisivat olla mahdollisia

44 Kataisen hallituksen ohjelman hyvinvointipolitiikka-luvun muotoilu on käytännössä hyvin lähellä tätä ajattelutapaa pitäessään eriarvoisuuden vähentämisen omana terveyden edistämisestä erillisenä asianaan: ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen *sekä eriarvoisuuden vähentäminen* otetaan huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja sisällytetään kaikkien hallinnonalojen ja ministeriöiden toimintaan” (Valtioneuvoston kanslia 2011, 55; kursivointi lisätty).

ja joista osaa on jo toteutettukin. Kaikilla näillä politiikan ja toimenpiteiden alueilla käydään jatkuvasti keskustelua arvoista ja ideologioista sekä intresseistä ja instituutioiden toiminnasta.

Taulukosta on jätetty pois joitakin hyvin tärkeitä terveys- ja yhteiskuntapolitiikan alueita, joiden merkitystä ei haluta vähätellä vaan päinvastoin halutaan uskoa, että ainakin osittain näillä alueilla toimitaan Suomessa varsin hyvin. Niinpä lasten ja lapsiperheiden ongelmia ei ole listattu pahimmiksi ongelma-alueiksi muun muassa siksi, että terveyserot eivät ole vielä lapsuuden aikana kovin suuria. Kuitenkin lasten terveyden edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäisystä huolehtiminen sekä lapsiperheiden elinolojen turvaaminen ovat äärimmäisen tärkeitä sekä nykyhetken hyvinvointivajeiden korjaamiseksi että tulevaisuuden ongelmien välttämiseksi. Suomessa on huolestuttavia kehityskulkuja, jotka ovat näkyneet lapsiperheiden köyhyyden lisääntymisenä 1990-luvun lamavuosien jälkeen sekä lasten huostaanottojen lisääntymisenä (esim. Lammi-Taskula & Salmi 2010; Salmi ym. 2012). Lapsuuden merkitystä korostetaan myös SDH-komission raportissa, samoin kuin Englannin, Ruotsin, Norjan ja Tanskan terveyspolitiikan asiakirjoissa ja ehdotuksissa. Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman väliraportissa (Rotko ym. 2011) esitetään myös suosituksia tarvittavista lapsuus- ja nuoruusvaihetta koskevista toimista.

Ikääntymiseen ja vanhuuteen liittyvät terveys- ja sosiaalipoliittiset kysymykset ovat hyvinvointivaltioiden tulevaisuuden keskeisiä asioita ja ikääntyminen on otettu huomioon myös WHO:n Euroopan alueen sosiaalisia määrittäjiä koskevassa katsauksessa (Marmot ym. 2012). Terveysero-ongelman näkökulmasta ikääntyminen ei ehkä ole Suomessa välittömästi tämän hetken vaikein asia siitä huolimatta, että sosioekonomisia terveys- ja toimintakykyeroja esiintyy eläkeikäisessä väestössä jokseenkin samaan tapaan kuin työikäisessäkin (Koskinen ym. 2007; Martelin ym. 2007) ja vanhusien hyvinvoinnissa ja elämänlaadussa on ilmeisiä ja vakavia puutteita (Vaarama ym. 2010). Ikääntymistä ei ole kuitenkaan nostettu taulukkoon, joka toisaalta myös haluttiin pitää mahdollisimman suppeana. Ikääntymiseen liittyvät politiikan toimet eivät myöskään olleet terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman omissa toimenpiteissä, joskin ikäihmisten tasa-arvoisten palvelujen turvaaminen oli ohjelman linjauksena sekä seurattavana alueena.

Keskeisin sosioekonomisten terveyserojen osoitin on Suomessa ollut sosiaaliryhmien välinen elinajan odote ja sen taustalla olevat kuolleisuuserot. Sosiaaliryhmäluokitus perustuu ammattiasemaan, ammattiin ja pääasialliseen toimintaan (Valkonen ym. 2007, 45) ja ryhmien väliset erot heijastavat siten merkittävästi työn ja työhistorian terveydellistä merkitystä. 35-vuotiaitten ylempien toimihenkilömiesten ja työntekijämiesten välinen jäljellä olevan elinajan odotteen ero oli 6,1 vuotta vuonna 2007, naisten 3,5 vuotta (Tarkiainen ym. 2011). Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot ovat vieläkin suurempia ja ne ovat hälyttävästi kasvaneet. Miesten alimman tuloviidenneksen elinajanodote on jopa laskenut. Ylimmän ja alimman tuloviidenneksen elinajanodotteen ero oli miehillä 12,5 vuotta ja naisilla 6,8 vuotta vuonna 2007 (Tarkiainen 2011, 3653). Tulot ovat luonnollisesti yhteydessä sosiaaliryhmään, mutta ne osoitta-

vat erityisen selvästi materiaalisten toimeentulomahdollisuuksien suuren merkityksen. Tuloihin liittyvä terveyserokysymys on hätkähdyttävien kuolleisuustrendien takia nostettu taulukkoon ensimmäiseksi.

Taulukko 7. Keskeisiä terveysero-ongelmia, niiden keskeisiä determinantteja ja politiikan alueita sekä esimerkkejä mahdollisista toimenpiteistä.

Keskeisiä terveyserojen ongelma-alueita	Keskeiset determinantit	Politiikat	Esimerkkejä toimenpiteistä
Alimman tuloviidenneksen terveys, tuloryhmien välisen kuolleisuuserojen kasvu	Tuloerot, köyhyys, toimeentuloturva	Talouspolitiikka, palkkapolitiikka, tulontasauspolitiikka, veropolitiikka, sosiaaliturvapolitiikka työvoimapolitiikka	Tuloerojen vähentäminen mm. progressiivisella verotuksella, perusturvan tasokorotukset, matalapalkka-aloille tasokorotukset ja bonukset
Sosiaaliryhmien välisen kuolleisuuserojen kasvu	Työolot	Talouspolitiikka, työpolitiikka*, koulutuspolitiikka	Työsuojelun ja työterveydenhuollon tehostaminen, työelämän laatuun panostaminen
Pitkäaikaistyöttömien kuolleisuus ja sairastavuus	Talouselämän ja työn ehtojen muutokset Työttömyys ja sen uhka Syrjäytyminen, köyhyys	Työpolitiikka, työttömyysturva, muutosturva, sosiaaliturvapolitiikka	Pitkäaikaistyöttömyyden torjunta aktiivisella työvoimapolitiikalla Palvelujärjestelmän sensitiivisyys pitkäaikaistyöttömien hoidossa Kuntoutusjärjestelmän tehostaminen
Alkoholin käytöstä aiheutuvat haitat (alkoholiperäiset kuolemansyyt suurin yksittäinen työikäisten miesten ja naisten kuolinsyy v. 2011)	Alkoholin liikakäyttö, sosiaalisten ja psykososiaalisten ongelmien kasvautuminen, syrjäytyminen	Veropolitiikka, alkoholipolitiikka, työpolitiikka, perhepolitiikka	Alkoholiveron korottaminen, alkoholimonopolin säilyttäminen, oluen laimentaminen, syrjäytymisen ehkäisy (erityisesti miesten) ja perheiden tuki palvelujärjestelmässä
Terveyspalvelujärjestelmän toimintaan liittyvät eriarvoisuudet – hoitopääsyn ongelmat, – puutteet toimenpiteiden tarpeellisuudessa kohdistumisessa	Monikanavainen palvelujärjestelmä, monikanavainen rahoitus, kilpailutalous	Kansallinen ja kunnallinen terveyspolitiikka, terveydenhuoltopolitiikka, talouspolitiikka, sosiaalipolitiikka	Julkisen perusterveydenhuollon vahvistaminen, perusterveydenhuollon palvelujen maksuttomuus, lääkekulujen katon alentaminen

*Työpolitiikalla tarkoitetaan laajempaa käsitettä kuin työvoimapolitiikka ja sen kohteeksi voidaan sisällyttää työvoimakysymysten lisäksi työelämän laatu, koulutus, työmarkkinoiden toimivuus ym. (Räisänen 2012).

Tuloerojen varsinaisista vaikutuksista terveyden jakaumaan käydään sekä tieteellistä että ideologista keskustelua (ks. esim. Deaton 2006; Rowlingson 2011; Hiilamo & Kangas 2012). On esimerkiksi esitetty, että tuloerot edistävät taloudellista kasvua ja antavat kannustimia työntekoon, mutta tätä tukeva evidenssi on kuitenkin vähäistä (Rowlingson 2011). Karen Rowlingson (2011) päätelee tuloeroja ja terveyttä koskevan tutkimuskatsauksensa nojalla, että tuloerojen kielteisistä vaikutuksista terveysongelmien ja sosiaalisten ongelmien esiintyvyyteen on jonkin verran näyttöä, mutta tuloerojen positiivisista vaikutuksista tuskin lainkaan. Tuloerot ovat Suomessa kasvaneet parin viime vuosikymmenen aikana nopeammin kuin muissa OECD-maissa (Ruotsalainen 2011) ja ne kasvoivat taas vuonna 2011 (Tulonjaon kokonaistilasto 2012). Samaan aikaan perusturvan tasoa on heikennetty. Ehdotuksia tuloerojen vähentämiseksi on eri maissa ja tutkijoiden taholta tehty myös terveystalouden tavoitteiden nimissä (SEGV II 2001; Wilkinson & Pickett 2011; Mackenbach 2011). Vaikka syy- ja seuraussuhteiden suunnasta ja tarkemmista mekanismeista kiisteltäisiinkin, on ilmeistä, että köyhyys ja pienituloisuus ovat keskeisiä terveyden määrittäjiä, joissa tarvitaan työvoimapolitiittisia ja työoloihin liittyviä korjaustoimia sekä sosiaaliturvajärjestelmän ja terveysturvan riittävän tason turvaamista. Tuloerojen vähentämisyrittämissä on kyse yhtäältä sekä terveyden ja sen keskeisen sosiaalisen määrittäjän gradienttiin (tulot, tulojakauma) että köyhyyteen vaikuttamisesta. Tulontasausta voidaan perustella siten, että esimerkiksi veropoliittisin keinoin hankitaan tarvittavia varoja köyhyyden vähentämiseen erityisesti sieltä, mistä niitä kohtuudella on saatavissa (Rowlingson 2011). Kyse on useassakin mielessä oikeudenmukaisuudesta.⁴⁵

Myös kuormittavan työn pitkäaikaisiin terveysvaikutuksiin olisi kiinnitettävä vakavaa huomiota ja helpotettava raskaan työn kuormittavuutta uusilla tavoilla asiaan liittyvästä poliittisesta vaikeudesta ja mahdollisista taloudellisista kustannuksista huolimatta. Lisäksi työttömyyteen ja varsinkin pitkäaikaistyöttömyyteen liittyy työikäisillä monikertainen kuolemanvaara verrattuna samanikäisiin työllisiin (Pensola ym. 2004; Pensola ym. 2012). Pitkäaikaistyöttömyyden vähentäminen auttaa torjumaan myös terveyseroja. Työttömien terveyspalveluihin ja niiden työttömyyden pitkittymistä ehkäisevään rooliin sekä työttömien kuntoutuksessa ilmeneviin ongelmiin (esimerkiksi Kelan kuntoutukseen pääsyn esteisiin) on kiinnitetty huomiota ja niistä on annettu suosituksia (ks. Saikku & Sinervo 2010; ks. myös Rotko ym. 2011).⁴⁶ Sekä työllisten että työttömien terveyden edellytysten kohentamiseen on annettu suosituksia myös terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman väliarvioinnissa (Rotko ym. 2011, 60).

45 Normatiivisen veroteorian piirissä on keskusteltu ns. *asset egalitarismista*, jonka mukaan ihmisen ominaisuudet, taidot ja kyvyt oletetaan yhteiseksi omaisuudeksi ja eettisten tavoitteiden ja oikeudenmukaisuuskäsitysten perusteella sovitaan, miten yhteistä omaisuutta olevien taitojen jakaumasta saadut hyödyt jaetaan ihmisten kesken (Tuomala 2007, 191).

46 Samaan aikaan työvoimapalveluissa on omaksuttu jaottelu, jossa henkilöasiakkaat jaetaan kolmeen erityyppisiin palveluja tarvitsevaan segmenttiin. Kolmannen segmentin asiakkailla on erilaisia työllistymistä haittaavia rajoitteita, joiden takia heidän palvelemisessaan tarvitaan eri sektorien yhteistyötä. Näiden lisäksi segmenttien

Alkoholiperäiset kuolinsyyt (alkoholiperäiset sairaudet ja alkoholimyrkytykset) olivat Suomessa työikäisten miesten ja naisten suurin yksittäinen kuolinsyiden pääryhmä vuonna 2011 (Kuolemansyyt 2011). Alkoholinkäyttöön liittyvä kuolleisuus on Suomessa työikäisillä parin viime vuosikymmenen aikana kaksinkertaistunut, joskin se on muutamana viime vuotena jälleen vähentynyt. Vaikka etanoli ei itsessään ole terveyden sosiaalinen determinantti, alkoholin käyttötavat ja alkoholipolitiikka ovat. Alkoholipolitiikassa havainnollistuvat aiemmin käytetyn i-kehikon kaikki kentät ja niillä esiintyvät jännitteet. Suomessa lienee tutkimustietoa (informaatiota) alkoholin käyttötavoista, alkoholin sosiaalisista ja terveydellisistä vaikutuksista ja alkoholipolitiikasta enemmän ja monipuolisemmin kuin missään muussa maassa. Elinkeinoelämän, valtiontalouden, kansanterveyden ja arkielämän intressit törmäävät alkoholioasioissa toisiinsa monin tavoin ja näiden taustalla vaikuttavat muun muassa terveyteen, vapautteen ja järjestykseen liittyvät arvot ja ideologiat. Liiallisesta alkoholinkäytöstä aiheutuvat haitat jakautuvat väestössä epätasaisesti ja sosiaali- ja terveydenhuolto kykenee korjaamaan syntyneitä vaurioita vain rajallisesti. Alkoholin liikakäytöstä aiheutuu terveydellisten (mukaan lukien mielenterveydellisten) haittojen lisäksi sosiaalisia ja taloudellisia haittoja paitsi käyttäjälle itselleen, hänen lähiympäristöönsä, työyhteisöönsä ja koko yhteiskuntaan (Warpenius ym. 2013). Toisin kuin monen muun sosiaalisen ongelman kohdalla, alkoholipolitiikan tukena ja käytettävissä on kuitenkin ainakin periaatteessa varsin paljon näyttöön perustuvaa tietoa esimerkiksi alkoholin kulutukseen vaikuttavista keinoista (Warsell 2013). Alkoholiohjelmassa ei aikaisemmin tosin mainittavasti ainakaan suoraan puututtu eriarvoisuuskysymyksiin, mutta nykyisen alkoholiohjelman (2012–2015) vuoden 2012 teemassa (Alkoholi ja työelämä) on kiinnitetty huomiota alkoholinkäytön terveysero vaikutuksiin. Alkoholinkäyttö on alue, jossa *terveys kaikissa politiikoissa* –lähestymistavan hyödyt on melko helppo nähdä, sillä alkoholi liittyy sosiaali- ja terveyspolitiikan lisäksi moniin muihin politiikan alueisiin (esimerkiksi elinkeinopolitiikka, kauppapolitiikka, fiskaalipolitiikka, maatalouspolitiikka, liikennepolitiikka, oikeuspolitiikka, nuorisopolitiikka jne.). Alkoholipolitiikassa tarvitaan sekä universaaleja ehkäisytöitä (kuten jakelun ja saatavuuden säätelyä vero-, hinta- ja anniskelupolitiikan keinoin) että kohdistettuja korjaavia toimia (esimerkiksi mini-interventioiden käyttö palvelujärjestelmässä; ks. esim. Warsell 2013).

Taulukosta poisjätetty tupakointi on myös edelleen merkittävä kansanterveysongelma ja terveyserojen syytekijä. Suomessa tupakkapolitiikka on ollut menestyksellistä (Melkas 2013c). Erityisesti miesten tupakointi on keskimäärin huomattavasti vähentynyt viime vuosikymmenien aikana, mutta tupakoinnin sosioekonomiset erot ovat kasvaneet ja ovat suuria nuoruusiässä sekä tytöillä että pojilla. Tämä antaa edelleenkin aihetta pyrkiä tupakoinnin vähentämiseen myös sosiaalisen eriarvoisuuden näkö-

ulkopuolelle luokitellaan asiakasryhmä, jota TE-toimistojen ei katsota voivan auttaa. Tähän ryhmään kuuluvat työnhakijat, joilla on vaikeita päihde- tai mielenterveysongelmia tai muita vakavia terveydellisiä rajoitteita (ns. etuusasiakkaat) (TEM 2011,16–17). Ryhmä koskee siten vaikeasti työllistyviä, mutta ryhmittely segmenttien ulkopuolelle herättää kysymyksen myös yhdenvertaisuusperiaatteen toteutumisesta julkisessa palvelussa heidän kohdallaan.

kulmasta. Myös ravitseemus ja liikunta sekä näihin suorassa yhteydessä oleva lihavuus ovat tärkeitä tekijöitä terveyserojen syntymisessä. Näilläkin alueilla Suomessa on harjoitettu menestyksellistä politiikkaa, joka on kaikkiaan koitunut väestön terveyden hyväksi, mutta ei kuitenkaan välttämättä ole kaventanut sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja (ks. esim. Sarlio-Lähteenkorva 2013). Elintapoihin liittyviä politiikan toimia on Suomessa tarkasteltu esimerkiksi terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman valmistelumuistiossa, jossa esitettiin erityisesti terveyserot huomioon ottavia politiikkaehdotuksia. Näistä osa sisältyi terveyserojen kaventamishjelman toimenpiteisiin, kuten alkoholin ja tupakan verojen korotukset ja eräät joukkoruokailuhankkeet (Prättälä ym. 2008; STM 2008a).

On kiistatonta, että elintapoihin liittyvä riskikäyttäytyminen on tärkeä yksilöiden terveyteen vaikuttava (ns. proksimaalinen) terveyden määrittäjä. On kuitenkin ehdotettu (ehkä hieman provokatiivisesti) riskikäyttäytymisen käsitteen laajentamista koskemaan myös niitä, jotka toiminnallaan aiheuttavat merkittäviä riskejä muille. Adelman (epv.) ehdottaa Yhdysvaltoja koskevassa puheenvuorossaan, että vaikkapa katteettomia lainoja antaneiden pankkiirien, johdannaisia myyvien välittäjien ja miljoonainvestoinneilla tieturvallisuutta vastustaneiden autoteollisuuden johtajien käyttäytymistä tarkasteltaisiin myös riskikäyttäytymisenä.

Terveysspalvelujärjestelmän eriarvoistavista rakenteista on Suomessa tietoa ja ilmiöön on kiinnitetty huomiota myös kansainvälisissä Suomea koskevissa arvioissa (esim. OECD 2012). Suomessa on myös näkemyksiä siitä, miten järjestelmää olisi korjattava ja mihin rakenteellisiin tekijöihin olisi puututtava (esim. Teperi 2008; Lepo 2010b; Pekurinen ym. 2011; Rotko ym. 2011). Terveysspalvelujen saatavuudessa, käytössä ja laadussa on eroja väestöryhmien välillä (Manderbacka ym. 2007; Manderbacka & Keskimäki 2013), joskaan ei ole kovin paljon tutkimusta siitä, miten palvelujen käyttö tarkemmin vaikuttaa terveyseroihin (Kangas 2012; Blomgren & Hiilamo 2012). Ilmeinen ongelma on siinä, että vähävaraisimmille ja eniten palveluja tarvitseville ryhmille ei Suomessa ole saatavilla maksutonta perusterveydenhuoltoa toisin kuin valtaosalle työssäkäyvistä työterveyshuollon piirissä olevasta väestöstä, minkä lisäksi heillä on myös suurempia viiveitä ja ongelmia hoitoon pääsemisessä. Vaikka joissakin terveydenhuollon toimissa on saavutettu tasa-arvon näkökulmasta hyviä tuloksia, esimerkiksi neuvolapalveluissa ja seulonnoissa, monissa hoitokäytännöissä on sosioekonomisia eroja, jotka näyttävät olevan ristiriidassa hoidon tarpeen kanssa (Manderbacka ym. 2007). Suomalaiset maksavat myös lääkkeistään kansainvälisesti vertaillen poikkeuksellisen suuren osuuden itse ja esimerkiksi lääkemaksuista vapauttava lääkekulujen katto on Euroopan korkein (Aaltonen ym. 2013). Käyttäjien maksamat lääkekulut ovat Suomessa edelleen kasvaneet 2000-luvulla kaikissa tuloryhmissä ja mutta alimmassa tuloryhmässä niiden suhteellinen osuus kotitalouden menoista on kasvanut eniten (Aaltonen ym. 2013). Terveydenhuollon operatiivisella tasolla on myös edelleen selvitettävää siinä, miten eriarvoiset hoitopäätökset ja hoitonojauksikäytännöt terveydenhuollon käytännöissä syntyvät.

Taulukossa 7 esitetyt ongelma-alueet ovat kaikki kytköksissä toisiinsa, minkä taustalla vaikuttavat tässä raportissa käsitellyn ”ison kuvan” mukaiset eritasoiset terveyden ja terveyserojen sosiaaliset määrittäjät ja niihin liittyvät yhteiskunnalliset prosessit. Näihin puuttumiseen ei yleensä ole helppoja ratkaisuja eivätkä edes hyvin jäsenneetyt ohjelmat liene riittäviä. Erityisesti sosiaaliryhmien välisten elinajanodotteen erojen ja tuloryhmien välisten erojen kohdalla olisi edelleen haettava ratkaisuja terveyden sosiaalisen gradientin loiventamiseksi ainakin koulutus-, tulo- ja työ- ja veropolitiikan keinoin. Terveydellisen huono-osaisuuden (”terveyskuilun”) korjaamiseksi terveys- ja sosiaaliturvapolitiikan toimet ovat keskeisiä, mutta myös monet muut politiikan keinot. Ongelmien ehkäisyssä tarvitaan hyvin toimivaa universalistista hyvinvointipolitiikkaa ja ongelmien korjaamisessa positiivista diskriminaatiota ja kenties eritasoiset tarpeet ja ongelmat huomioon ottavaa ”suhteellista universalismia” englantilaisen ajatustavan mukaan (The Marmot Review 2010; Benach ym. 2013).

Eriarvoisuuden vähentämisen tavoite on kytköksissä myös kestävän kehityksen vaatimukseen, jonka merkitys lisääntyy kaikessa päätöksenteossa ja politiikassa (ks. STM 2011). Terveyspolitiikassa tämä voisi merkitä joiltakin osin myös paluuta perinteisten kansanterveysnäkemysten juurille. Fyysinen ja sosiaalinen ympäristö olivat keskeisiä 1800-luvun kansanterveysajattelussa: asuinolojen ja työolojen sekä köyhyyden merkitys ymmärrettiin ja elintapoihin kiinnitettiin huomiota. Toisin sanoen terveyden sosiaalisten määrittäjien vaikutuksista oli jo tuolloin tietoa. Toimintaympäristö ja terveydelliset riskit olivat tietenkin monelta osin erilaisia nykyisiin verrattuna eikä terveyspalvelujärjestelmä, jollaista syrjäseuduilla tuskin edes oli, ollut siinä määrin terveyden ja terveyserojen determinantti kuin se nyt on. Onkin yllättävää, miten vaikeaksi universaalien julkisten terveyspalvelujen puolustaminen on osoittautunut, mutta toisaalta asian tekee ymmärrettäväksi se, että terveyden ja terveyspalvelujen alueella talouden intressit ilmenevät erityisen vahvoina. Julkisia palveluja on avattu kilpailulle ja yritysten voitontavoittelulle myös terveyspalveluissaan vahvaan julkiseen ja universaaliin palveluideologiaan luottaneissa maissa kuten Englannissa ja Ruotsissa ja nyt myös Suomessa. Ainakin WHO:n komissio on ottanut painokkaan periaatteellisen kannan asiaan.

WHO:n komissio rohkaisee tarkastelemaan sosiaalista eriarvoisuutta ja valtara-kenteita terveyteen merkittävästi vaikuttavilla alueilla, terveyden ja terveyserojen tärkeimmissä sosiaalisissa määrittäjissä. Nämä ovat politiikan ongelmia ja niihin vaikuttavat ideologiat ja ristiriitaiset intressit sekä monimutkaisessa yhteistyössä toimivat instituutiot myös ylikansallisella ja kansainvälisellä tasolla. Suomen *terveys kaikissa poliitikoissa* –lähestymistapa on yksi vastausyritys monimutkaiseen hyvinvointipolitiikan ongelmiin. Sitä tuettiin myös WHO:n SDH-komission raportissa. Sen mekanismien kehittäminen voi antaa mahdollisuuksia toimia hyvinvointi- ja terveyserojen vähentämiseksi myös kestävän kehityksen periaatteita noudattaen, jos eriarvoisuuden vähentämisen lähtökohta ja tavoite hyväksytään kaikilla keskeisillä toimialoilla.

Lähteet

- Aaltonen, Katri & Niemelä, Mikko & Norris, Pauline & Bell, Simon J. & Hartikainen, Sirpa (2013) Trends and income related differences in out-of-pocket costs for prescription and over-the-counter medicines in Finland from 1985 to 2006. *Health Policy* 110, 131–140.
- Aarnikka, Marjaana & Perho, Maija & Wrede, Georg Henrik (2011) Poliitiikkaohjelmien loppuraportti. Vaalikausi 2007–2011. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 6/2011. <<http://www.vnk.fi/julkaisut>>
- Adelman, Larry (ei vuosilukua) Changing the Way Americans Think About Health. Voice Matters: An E-book Series On Public Relations With A Conscience. McKinney & Associates.
- Ahola, Kirsi & Väänänen, Ari & Vahtera, Jussi & Kivimäki, Mika (2011) Psykososiaaliset työt. Teoksessa Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Karri (toim.) Sosiaaliepideemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Tallinna, Helsinki: Gaudeamus, 159–176.
- Aittomäki, Akseli (2008) Social Class Inequalities in Ill Health – the contribution of physical workload. Publications of Public Health M 195:2008. Helsinki: Department of Public Health, University of Helsinki.
- Alanen, Pentti (2008) Seurausten hoidosta syiden poistoon. Teoksessa Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 17–29.
- Alasuutari, Pertti (2006) Suunnitteluloudesta kilpailuloudesta: miten muutos oli ideologisesti mahdollinen? Teoksessa Heiskala, Risto & Luhtakallio, Eeva (toim.) Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Helsinki: Gaudeamus, 43–64.
- Alasuutari, Pertti & Lampinen, Marjaana (2006) OECD ja suomalaisen projektiyhteiskunnan synty. Teoksessa Rantala, Kati & Sulkunen, Pekka (toim.) Projektiyhteiskunnan kääntöpuolia. Helsinki: Gaudeamus, 56–68.
- Alavaikko, Mika (2006) Valtakunnallisen sosiaalipolitiikan loppu – keskitetystä ohjauksesta alueellisiin kehittämishankkeisiin. Teoksessa Rantala, Kati & Sulkunen, Pekka (toim.) Projektiyhteiskunnan kääntöpuolia. Helsinki: Gaudeamus, 39–55.
- Alestalo, Matti (2010) Pohjoismainen malli ja Suomi. *Sosiologia* 2010:47 (4), 300–309.
- Alkoholimainonnan rajoituksia selvittävän työryhmän muistio (2010). Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Allardt, Erik (1976) Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo: WSOY.
- Allardt, Erik (1999) Filosofinen ja sosiologinen hyvää elämää koskeva keskustelu terveystutkimuksen kannalta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 36 (3), 203–212.
- Allardt, Erik (2000) Laatuysteikunta! Onnistunut vai vaarallinen visio. Teoksessa Gabrielson, Ulrica (toim.) Laatuysteikunta. TUTKAS Julkaisuja 2, 10–14.
- Allardt, Erik & Littunen, Yrjö (1975) *Sosiologia*. 4. uudistetun laitoksen lisäpainos. Porvoo: WSOY.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2010) Universalismi Britannian ja Pohjoismaiden sosiaalipolitiikassa. *Janus* 18 (2), 104–120.
- Aro, Seppo (1981) Stress, Morbidity, and Health-Related Behaviour. A five-year follow-up study among metal industry employees. *Scandinavian Journal of Social Medicine, Supplement* 25. Department of Public Health, University of Tampere.
- Autti, Lilli & Liukkonen, Miikkael (2008) Perusturvarikos. Teoksessa Hirvilammi, Tuuli & Laatu, Markku (toim.) Toinen Vääräyskirja. Lähikuvia sosiaalisista epäkohdista. Vammala: Kelan tutkimusosasto, 245–251.
- Backhans, Mona & Moberg, Henrik (2008) Sweden. Teoksessa Hogstedt, Christer & Moberg, Henrik & Lundgren, Bernt & Backhans, Mona (eds.) *Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries*. Östersund: Swedish National Institute of Public Health R 2008:21, 293–331.
- Bambra, Clare (2009) Changing the world? Reflections on the interface between social science, epidemiology and public health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 63(11), 867–868.
- Bambra, Clare (2011) Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health puzzle. *Journal of Epidemiology and Community Health* 65, 740–745.
- Bambra, Clare & Fox, Debbie & Scott-Samuel, Alex (2005). Towards a politics of health. *Health Promotion International* 20 (2), 187–193.
- Bambra, C. & Gibson, M. & Sowden, A. & Wright, K. & Whitehead, M. & Petticrew,

- M. (2010) Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64, 284–291.
- Bartley, Mel (2010) *Health Inequality. An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: Polity Press (1. painos 2004).
- Baum, Fran (2005) Who cares about health for all in the 21st century? *Journal of Epidemiology and Community Health* 59, 714–715.
- Baum, Fran (2007) Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion & Education* XIV (2), 90–95.
- Bauman, Zygmunt (2011) *Collateral Damage. Social Inequalities in a Global Age*. Cambridge: Polity Press.
- Beaglehole, Robert & Bonita, Ruth & Alleyne, George & Horton, Richard & Li, Liming & Lincoln, Paul & Mbanya, Jean Claude & McKee, Martin & Moodie, Rob & Nishtar, Sania & Piot, Peter & Reddy, K Srinath & Stuckler, David for the Lancet NCD Action Group (2011) UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases: addressing four questions. *Lancet* 378, 449–455.
- Beaglehole, Robert & Bonita, Ruth & Horton, Richard & Ezzati, Majid & Bhala, Neeraj & Amuyunzu-Nyamango Mary & Mwatsama, Modi & Reddy, K Srinath (2012) Measuring progress on NCDs: one goal and five targets. *Lancet* 380, 1283–1285.
- Beckfield, Jason & Krieger, Nancy (2009) Epi + demos + cracy: Linking Political Systems and Priorities to the Magnitude of Health Inequalities – Evidence, Gaps, and Research Agenda. *Epidemiologic Reviews* 31, 152–177.
- Béland, Daniel (2005) Ideas and Social Policy: An Institutional Perspective. *Social Policy & Administration* 39 (1), 1–18.
- Benach, Joan & Malmusi, Davide & Yasui, Uta-ka & Martinez, José Miguel (2013) A new typology of policies to tackle inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *Journal of Epidemiology and Community Health* 67 (3), 286–291.
- Birn, Anne-Emanuelle (2009) Making it Politic(al): Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. *Social Medicine* 4 (3), 166–182.
- Björklund, Liisa (2008) Ideat politiikan muutoksessa. *Instituutioista ja intresseistä ideoihin*. Janus 16 (1), 4–18.
- Black, Douglas & Morris, Jerry N. & Smith, Cyril & Townsend, Peter. (1982) *The Black Report. Inequalities in Health*. Edited by Townsend, Peter & Davidson Nicholas. Middlesex: Penguin Books.
- Blaxter, Mildred (2010) *Health*. Second edition. Cambridge: Polity Press.
- Blomberg, Jenni & Hiilamo, Heikki (2012) *Palvelujärjestelmä voi vaikuttaa sosioekonomisiin ja alueellisiin terveyseroihin*. Teoksessa Mikkola, Hennamari & Blomgren, Jenni & Hiilamo, Heikki (toim.) *Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta*. Tampere, Juvenes Print: Kelan tutkimusosasto, 76–88.
- Bonnefoy, Josiane & Morgan, Antony & Kelly, Michael P. & Butt, Jennifer & Bergman, Vivian (2007). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide*. Universidad del Desarrollo, National Institute for Health and Clinical Excellence, NHS.
- Carlisle, Sandra (2010) Tackling health inequalities and social exclusion through partnership and community engagement? A reality check for policy and practice aspirations from a Social Inclusion Partnership in Scotland. *Critical Public Health* 20 (1), 117–127.
- Coburn, David (2004) Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social Science & Medicine* 58, 41–56.
- Cockerham, William C. (2013) *Social Causes of Health and Disease*. Cambridge: Polity Press.
- Collins, Patricia A. & Hayes, Michael V. (2007) Twenty years since Ottawa and Epp: researchers' reflections on challenges, gains and future prospects for reducing health inequities in Canada. *Health Promotion International* 22 (4), 337–445.
- The Commission on Social Determinants of Health Knowledge Networks, Lee, Jennifer H. & Sadana, Ritu (eds.) (2011). *Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants*. World Health Organization.
- CSDH (2008) *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.

- Curtis, Sarah (2008) How Can We Address Health Inequality Through Healthy Public Policy in Europe? *European Urban and Regional Studies* 15, 293. DOI: 10.1177/0969776408095106. <<http://eur.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/4/293>>
- Deaton, Angus (2006) Global Patterns of Income and Health: Facts, Interpretations, and Policies. Wider Annual Lecture 10. UNU-Wider. World Institute for Development of Economic Research.
- Deaton, Angus (2011) What does the empirical evidence tell us about the injustice of health inequalities? January 2011. Princeton University (Deatonin kotisivut)
- De Vogli R. & Gimeno D. & Mistry R. (2009) The policies-inequality feedback and health: the case of globalisation. *Journal of Epidemiology and Community Health* 63, 688–691.
- Diderichsen, Finn & Evans, Timothy & Whitehead, Margaret (2001) The Social Basis of Disparities in Health. Teoksessa Evans Timothy & Whitehead, Margaret & Diderichsen, Finn & Bhuyia, Abbas & Wirth, Meg (eds.) *Challenging Inequities in Health. From Ethics to Action*. New York: The Rockefeller Foundation, Oxford University Press.
- Diderichsen, Finn & Andersen, Ingelise & Manuel, Celie and the working group of the Danish review on social determinants of health (2012) Health inequality – determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health* 40, Supplement 8.
- Exworthy, Mark (2008) Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Health Policy and Planning* 23, 318–327.
- Fritzell, Jonas & Lundberg, Olle (2005) Fighting Inequalities in Health and Income: One Important Road to Welfare and Development. Teoksessa Kangas, Olli & Palme Joakim (toim.) *Social Policy and Economic Development in the Nordic Countries*. Houndmills: Palgrave, 164–185.
- Graham, Hilary (2004a) Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *The Milbank Quarterly* 82 (1), 101–124.
- Graham, Hilary (2004b) Tackling Inequalities in Health in England: Remediating Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? *Journal of Social Policy* 33 (1), 115–131.
- Graham, Hilary & Kelly, Michael P. (2004) Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Briefing paper. NHS, Health Development Agency.
- Green, Judith (2010) Editorial. The WHO Commission on Social Determinants of Health. *Critical Public Health* 20 (1), 1–4.
- Guy, Mary E. & McCandless, Sean A. (2012) Social Equity: Its Legacy, Its Promise. *Public Administration Review* 2012. DOI:10.1111/j.1540-6210.2012.02635.x.
- Hakala, Timo (2009) Sosiaalipolitiikka Euroopan unionissa – Miksi sosiaalipolitiikan konvergenssi nousi unionin asialistoille 1980-luvun lopussa? Teoksessa Kananen, Johannes & Saari, Juho (toim.) *Ajatuksen voima. Ideat hyvinvointivaltion uudistamisessa*. SoPhi 113. Jyväskylä: Minerva, Gummerus, 299–326.
- Hakkala, Mari (2013) Kansallinen tieto-ohjaus ja kunnallinen toiminta. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo. *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17. Tampere: Juvenes Print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 103–108.
- Harris, Bernard (2004) Public health, nutrition and the decline of mortality: the McKeown thesis revisited. *Social History of Medicine* 17 (3), 379–403.
- Heinämäki, Liisa (2012) Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla. *Tutkimus* 75/2012. Tampere: Juvenes Print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Heiskala, Risto (2003) Instituutiot, sosiaaliset innovaatiot ja yhteiskunnan rakenteellinen muutos. Teoksessa Melin, Harri & Nikula, Jouko (toim.) *Yhteiskunnallinen muutos*. Jyväskylä: Vastapaino, Gummerus, 15–27.
- Heiskala Risto (2006) Sosiaaliset innovaatiot ja hegemonisten mallien muutokset: kuinka tulkita Suomen 1990-luvun murrosta. Teoksessa Heiskala, Risto & Luhtakallio, Eeva (toim.) *Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta*. Tampere: Gaudeamus, 202–217.
- Heiskala, Risto & Luhtakallio, Eeva (toim.) (2006) *Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta?* Tampere: Gaudeamus.
- Hiilamo, Heikki & Kangas, Olli (2012) Väärien profettojen jäljillä? Kahdeksan erää tuloerojen vaarallisuudesta. *Yhteiskuntapolitiikka* 77(2), 121–133.

- HMT & DH (2002) Tackling Health Inequalities. 2002 Cross-cutting Review. Her Majesty's Treasury and Department of Health.
- Hogstedt, Christer & Lundberg, Ingvar (2002) Work-related policies and interventions. Teoksessa Mackenbach, Johan & Bakker, Martijntje (toim.) Reducing Inequalities in Health. European Perspective. London and New York: Routledge, 85–103.
- Hujs, Tim & Eikemo, Terje Andreas & Skalická Vera (2010) Income-related health inequalities in the Nordic countries: Examining the role of education, occupational class, and age. *Social Science & Medicine* 71, 1964–1972.
- Hurrelmann, Klaus & Rathmann, Katharina & Richter, Matthias (2011) Health inequalities and welfare state regimes. A research note. *Journal of Public Health* 19, 3–13.
- Hänninen, Sakari (2009) Johan on markkinat – eriarvoisuus Suomen terveystilassa. Teoksessa Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.) Kansalaisesta kulluttajaksi. Markkinat ja muutokset terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus, Hakapaino, 48–78.
- Hänninen, Sakari (2010) Sosiaalioikeudet ja perustuslakiuudistus. Teoksessa Pajukoski, Marja (toim.) Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät –työryhmä, Raportti III. Raportti 19/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 183–227.
- Hänninen, Sakari & Palola, Elina (2010) Johdatus jakojen problematiikkaan. Teoksessa Hänninen, Sakari & Palola, Elina & Kainonurmi, Maija (toim.) Mikä meitä jakaa? Sosiaalipolitiikkaa kilpailuvaltiossa. Helsinki: Yliopistopaino, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 7–24.
- Hänninen, Sakari & Junnila, Maijaliisa (2012) Johdanto. Teoksessa Hänninen, Sakari & Junnila, Maijaliisa (toim.) Vaikuttavatko politiikkatoimet? Sosiaali- ja terveydenhuolto vaikuttavuusarvioinnin kohteena. Teema 15. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 7–12.
- Hänninen, Sakari & Karjalainen, Vappu (2012) Työttömien ja vaikeassa asemassa olevien terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttaminen. Teoksessa Hänninen, Sakari & Junnila, Maijaliisa (toim.) Vaikuttavatko politiikkatoimet? Sosiaali- ja terveydenhuolto vaikuttavuusarvioinnin kohteena. Teema 15. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 77–84.
- Illsley, Raymond & Baker, Deborah (1991) Contextual Variations in the Meaning of Health Inequality. *Social Science & Medicine* 32 (4), 359–365.
- Jolkonen, Arja & Kurvinen, Arja (2009) Joustaavuus ja turvallisuus irtisanomistilanteessa. Tapaustutkimus Perlos Oyj:n tuotannon lopettamisesta Joensuun seudulla. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 72/2009.
- Julkunen, Raija (2006) Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen valta. Vaajakoski: Gummerus, Stakes.
- Junnto, Anneli (2007) Asuminen ja oikeudenmukaisuus. Teoksessa Saari, Juho & Yeung, Anne Birgitta (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, Yliopistopaino, 292–308.
- Kaikkonen, Risto & Rahkonen, Ossi & Lallukka, Tea & Lahelma, Eero (2009) Physical and psychosocial working conditions as explanations for occupational class inequalities in self-rated health. *European Journal of Public Health* 19 (5), 458–463.
- Kananen, Johannes & Saari Juho (toim.) (2009) Ajatuksen voima. Ideat hyvinvointivaltion uudistamisessa. SoPhi 113. Jyväskylä: Minerva, Gummerus.
- Kangas, Olli (2010) One hundred years of money, welfare and death: mortality, economic growth and the development of the welfare state in 17 OECD countries 1900–2000. *International Journal of Social Welfare* 19,42–59. DOI: 10.1111/j.1468-2397.2010.00735.x
- Kangas, Olli (2012) Välskäri vaiko rauhanneuvottelija? Sosioekonomisia terveyseroja selittävät tekijät Euroopassa. Teoksessa Mikola, Hennaamari & Blomgren, Jenni & Hiilamo, Heikki (toim.) Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Tampere, Juvenes Print: Kelan tutkimusosasto, 52–75.
- Karisto, Antti (1984) Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Suomea ja muita Pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden väestöryhmittäisistä eroista ja sairaudesta hyvinvoinnin vajeena. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:46.
- Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen Ossi (1992) Suomalaisen terveys sosiologian juuret. Teoksessa Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (toim.) Terveystieteologia. Juva. WSOY, 9–28.
- Keskimäki, Ilmo (2010) Sosioekonomiset erot ja oikeudenmukaisuus Suomen terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 47 (3), 201–207.

- Keskimäki, Ilmo & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Lehto, Juhani (2012) Tilaaja-tuottaja – toimintatapaan liittyvät keskeiset käsitteet. Teoksessa Junnila, Maijaliisa & Aho, Tuomas & Fredriksson, Sami & Keskimäki, Ilmo & Lehto, Juhani & Linna, Miika & Miettinen, Sari & Tynkkynen, Liina-Kaisa. Sitä saa mitä tilaa. Tilaaja-tuottaja -toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Raportti 42/2012. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 31–36.
- Kestilä, Laura & Rahkonen, Ossi (2011) Lapsuuden elinot ja aikuisuuden terveys. Teoksessa Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Karri (toim.) Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Tallinna, Helsinki: Gaudeamus, 226–243.
- Kickbusch, Ilona (2007) Health Governance: The Health Society. Teoksessa McQueen, David M. & Kickbusch, Ilona & Potvin, Louise & Pelikan, Jürgen M & Balbo, Laura & Abel, Thomas. Health Modernity. The Role of Theory in Health Promotion. New York: Springer, 144–161.
- Kickbusch, Ilona (2010) Health in all policies: where to from here? Health Promotion International 2, 5261–264.
- Kiander, Jaakko (2013) Talous, työllisyys ja kilpailukyky. Teoksessa Raunio, Tapio & Saari, Juhani (toim.) Euroopan paras maa? Suomen muuttuva asema Euroopan unionissa. Kuopio: Gaudeamus, 40–61.
- Kinnunen, Kaisa (toim.) (2009) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7.
- Klavus, Jan (2010) Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Teema 11. Helsinki: Yliopistopaino, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 28–43.
- Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva (2013a) Kansainvälinen ja globaali terveyspolitiikka – toimijat, asialistat ja politiikka. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Teema 17. Tampere: Juvenes Print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 374–389.
- Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva (2013b) Euroopan unioni ja kansallinen terveyspolitiikka. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Teema 17. Tampere: Juvenes Print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 390–408.
- KOM (2005) 115. Kansalaisten terveyden, turvallisuuden ja luottamuksen edistäminen: terveys ja kuluttajasuojastrategia. Komission tiedonanto Euroopan parlamentille, neuvostolle, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle ja alueiden komitealle. Euroopan yhteisöjen komissio 2005/0042 (COD).
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija (2013) Suomalaisten terveys, toimintakyky ja terveyserot. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Teema 17. Tampere: Juvenes Print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 56–67.
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Heliövaara, Markku & Reunanen, Antti & Lahelma, Eero (2007) Pitkäaikaisairastavuus. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Hyvönen, Elisa & Talala, Kirsi & Linnanmäki, Eila (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, 74–86.
- Kosonen, Pekka (1989) Asuntopoliittisen vallankäytön pohjoismaiset mallit. Teoksessa Kosonen, Pekka & Levo-Kivirikko, Anneli (toim.) Vapaus, veljeys ja vallankäyttö. Juhlakirja professori Paavo Uusitalon 50-vuotispäivänä. Helsinki: Hakapaino, 127–147.
- Krieger, Nancy (2008) Proximal, Distal, and the Politics of Causation: What's Level Got to Do With It? American Journal of Public Health 98 (2): 221–230.
- Kuivalainen, Susan (2011) The Nordic welfare model in a European perspective – changing equality? Esitelmä konferenssissa What Role will the Nordic Welfare Model Play in Globalization? NORDEN, 5-6 April 2011, Helsinki. <<http://www.nordic-welfare.org>>
- Kuivalainen, Susan & Niemelä, Mikko (2009) Universalismista selektivismiin? Miten köyhyyspolitiikka vakiintui 1990-luvun ja 2000-luvun alun Suomessa. Teoksessa

- Kananen, Johannes & Saari, Juho (toim.) Ajatuksen voima. Ideat hyvinvointivaltion uudistamisessa. SoPhi 113. Jyväskylä: Minerva, Gummerus, 187–219.
- Kuivalainen, Susan & Palola, Elina (2013) Tulot ja köyhyys. Teoksessa Raunio, Tapio & Saari, Juho (toim.) Euroopan paras maa? Suomen muuttuva asema Euroopan unionissa. Kuopio: Gaudeamus, 89–113.
- Kumpula, Heli & Lounamaa, Anne & Paavola, Meri & Lunetta, Philippe & Impinen, Antti (toim.) (2006). Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:71. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansanterveyslaitos.
- Kunst, Anton & Bos, Vivian & Lahelma, Eero & Bartley, Mel & Lissau, Inge & Regidor, Enrique & Mielck, Andreas & Cardano, Mario & Dalstra, Jetty A.A. & Geurts José J.M. & Helmert, Uwe & Lennartsson, Carin & Ramm, Jorun & Spadea, Teresa & Stronegger, Willibald J. & Mackenbach, Johan P. (2005) Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology* 34, 295–305.
- Kuolemansyyt 2011. Suomen virallinen tilasto. 21.12.2012. Helsinki: Tilastokeskus.
- Kuusi, Pekka (1963, 1. painos 1961) 60-luvun sosiaalipolitiikka. Porvoo: WSOY.
- Laaksonen, Mikko (2011) Aineelliset ja taloudelliset tekijät. Teoksessa Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Karri (toim.) Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Tallinna, Helsinki: Gaudeamus, 177–194.
- Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Karri (2011) Mitä on sosiaaliepideologia. Teoksessa Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Karri (toim.) Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Tallinna, Helsinki: Gaudeamus, 11–25.
- Laaksonen, Mikko & Rahkonen, Ossi & Martikainen, Pekka & Lahelma, Eero (2005) Socioeconomic Position and Self-Rated Health: The Contribution of Childhood Socioeconomic Circumstances, Adult Socioeconomic Status, and Material Resources. *American Journal of Public Health* 95 (8), 1403–1409.
- Lahelma, Eero (1990) Ovatko terveydentilan sosioekonomiset erot poistuneet? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 27 (1), 1–5.
- Lahelma, Eero & Lundberg, Olle (2009) Health inequalities in European welfare states. *European Journal of Public Health* 19 (5), 445–446.
- Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Palosuo, Hannele (2007) Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, 25–41.
- Lahelma, Eero & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko & Aittomäki, Akseli (2004) Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58, 327–332.
- Lammi-Taskula, Johanna & Salmi, Minna (2010) Lapsiperheiden toimeentulo lammasta lamaan. Teoksessa Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Teema 11. Helsinki: Yliopistopaino, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 198–214.
- Lee, Kelley (2010) How do we move forward on the social determinants of health: the global governance challenges. *Critical Public Health* 20 (1), 5–14.
- Lehto, Juhani (2013) Terveydenhuoltopolitiikka. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) Terveystieteiden perusta ja käytännöt. Teema 17. Tampere: Juvenes Print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 160–168.
- Lehto, Markku (2007) Vapaus ja hyvinvointipolitiikka. Teoksessa Saari, Juho & Yeung, Anne Birgitta (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, Yliopistopaino, 139–154.
- Lehtonen, Turo-Kimmo & Liukko, Jyrki (2010) Vakuutuslidaarisuuden muodot ja rajat. *Janus* 18 (2), 121–136.
- Leppo, Kimmo (1973) (toim.) Sairas maailma. Forum-kansanterveys. Helsinki: Tammi.
- Leppo, Kimmo (1995) Health for All in a Pilot Country: The Case of Finland. Teoksessa Harrington P. & Ritsatakis A. (toim.) European Health Policy Conference. Opportunities for the Future. Vol III Copenhagen: WHO European Office, 70–82.
- Leppo, Kimmo (2008) Kansanterveys, terveyserot ja yhteiskuntapolitiikka. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 45 (3), 228–238.

- Leppo, Kimmo (2009) Tutkimustiedosta ja terveyspolitiikasta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 46 (2), 124–130.
- Leppo, Kimmo (2010a) Rakenteellisesta terveyspolitiikasta HiAP:iin – mikä muuttui Suomessa 1970–2010? Teoksessa Ståhl, Timo & Rimpelä, Arja (toim.) *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. Helsinki: Yliopistopaino, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 35–44.
- Leppo, Kimmo (2010b) Kansan terveys on tahdon asia. *Terveyspolitiikka ja -palvelut 2010-luvulle*. Jyväskylä: Kalevi Sorsa säätiön julkaisuja 3/2010.
- Leppo, Kimmo (2011), *Kansanterveystyön ja terveyskeskusten historiaa*. *Yleislääkäri* 26(2), 9–13.
- Leppo, Kimmo (2013) *Terveyspolitiikan lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti*. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17. Tampere: Juvenes Print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 86–102.
- Lindblom, Charles E. (1979) Still muddling, not yet through. *Public Administration Review* 39, 517–526.
- Lorenc, Theo & Petticrew, Mark & Welch, Vivian & Tugwell, Peter (2013) What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health* 67, 190–193.
- Lumme, Sonja & Sund, Reijo & Leyland, Alastair H. & Keskimäki, Ilmo (2012) Socioeconomic equity in amenable mortality in Finland 1992–2008. *Social Science & Medicine* 75, 905–913.
- Lundberg, Olle (1990) Orsaker till klasskillnader i sjuklighet. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 27 (1), 23–42.
- Lundberg, Olle (2008) Commentary: Politics and public health – some conceptual considerations concerning welfare state characteristics and public health outcomes. *International Journal of Epidemiology* 37, 1105–1108.
- Mackenbach, Johan P. & Stirbu, Irina & Roskam, Albert-Jan R. & Schaap, Maartje M. & Menvielle, Gwenn & Leinsalu, Mall & Kunst, Anton E. for the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2008) *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*. *The New England Journal of Medicine* 358 (23), 2468–2481.
- Mackenbach Johan P. (2010) Has the English strategy to reduce health inequalities failed? *Social Science & Medicine* 71, 1249–1253.
- Mackenbach Johan P. (2011) Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy (1997–2010). *Journal of Epidemiology and Community Health* 65, 568–575.
- Mackenbach, Johan P. (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine* 75, 761–769.
- Macintyre, Sally (1997) The Black Report and beyond: What are the issues? *Social Science & Medicine* 44,723–745.
- Manderbacka, Kristiina & Keskimäki, Ilmo (2013) *Terveyspalvelut ja terveyserot*. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17. Tampere: Juvenes Print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 261–266.
- Manderbacka, Kristiina & Häkkinen, Unto & Nguyen, Lien & Pirkola, Sami & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo (2007) *Terveyspalvelut*. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa*. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, 179–196.
- Marmot, Michael on behalf of the Commission on Social Determinants of Health (2007) *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes*. *Lancet* 370, 1153–1161.
- Marmot, Michael & Allen, Jessica & Bell, Ruth & Goldblatt, Peter on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide (2012). *WHO European review of social determinants of health and the health divide*. *Lancet* 380, 1011–1029.
- Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Sulander, Tommi & Helakorpi, Satu & Tuomi, Kaija & Koskinen, Seppo (2007) *Toimintakyky*. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Hyvönen, Elisa & Talala, Kirsi & Linnanmäki, Eila (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa*.

- Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, 104–121.
- Martelin, Tuija & Karvonen, Sakari & Linnanmäki, Eila & Prättälä, Ritva & Koskinen, Seppo (2012) Terveyden, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan. Teoksessa Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Raportti 68/2012. Tampere, Juvenes Print: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 202–210.
- Melin, Harri & Nikula, Jouko (2003) Mitä on yhteiskunnallinen muutos? Teoksessa Melin, Harri & Nikula, Jouko (toim.) *Yhteiskunnallinen muutos*. Jyväskylä: Vastapaino, Gummerus, 253–264.
- Melkas, Tapani (1988) Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä – maailmanlaajuinen kansanterveysohjelma. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 25 (1), 81–87.
- Melkas, Tapani (2010) Kunnat terveyden edistäjinä – informaatio-ohjausta vai normeja? Teoksessa Ståhl Timo & Rimpelä Arja (toim.) *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. Helsinki: Yliopistopaino, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 45–53.
- Melkas, Tapani (2013a) Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development. *Scandinavian Journal of Public Health* 41 (Suppl 11), 3–28.
- Melkas, Tapani (2013b) *Terveys kaikissa politiikoissa*. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17. Tampere: Juvenes Print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 187–199.
- Melkas, Tapani (2013c) *Terveystavoitteinen tupakkapolitiikka*, Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17. Tampere: Juvenes Print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 208–216.
- MHCS (2011) *The Norwegian Public Health Act*. ACT 2011-06-24 no. 29 – Public Health Act. Ministry of Health and Care Services.
- Mooney, Gavin (2012) Neoliberalism is bad for your health. *International Journal of Health Services* 42 (3), 383–401.
- Muntaner, Carles & Sridharan, Sanjeev & Solar, Orielle & Benach, Joan (2009) Against unjust global distribution of power and money: The report of the WHO commission on the social determinants of health: Global inequality and the future of public health policy. *Journal of Public Health Policy* 30 (2), 163–175.
- Munthe, Christian (2008) The Goals of Public Health: An Integrated, Multidimensional Model. *Public Health Ethics* 1 (1), 39–52.
- Muurinen, Seija & Perttilä, Kerttu & Ståhl, Timo (2008). *Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ohjaavuuden, toimeenpanon ja sisällön arviointi 2007*. Stakesin raportteja 19/2008. Helsinki: Stakes.
- Myrskylä, Mikko (2010) Elämme toistakymmentä vuotta elinajanodotetta pidempään. *Tieto & trendit* 1/2010. <http://www.stat.fi/artikkelit/2010/art_2010-02-18_001.html?s=0>
- Määttä, Anne (2012) *Perusturva ja poiskäännyttäminen*. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia 36. Tampere: Juvenes Print.
- Nathanson, Constance A. (2010) The art of medicine. Who owns health inequalities? *Lancet* 375, 274–275.
- Navarro, Vicente (2009) What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services* 39 (3), 423–441.
- NEWS (2008) Lundberg, Olle & Åberg Yngwe, Monica & Kölegård Stjärne, Maria & Björk, Lisa & Fritzell, Johan. *The Nordic Experience: Welfare States and Public Health (NEWS)*. Health Equity Studies No 12. Stockholm: Centre for Health Equity Studies (CHES), Stockholm University/Karolinska Institutet.
- Nutbeam, Don & Boxall, Anne-Marie (2008) What influences the transfer of research into health policy and practice? Observations from England and Australia. *Public Health* 122, 747–753.
- OECD (2012) *OECD Economic Surveys: Finland 2012*. OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/co_surveys-fin-2012-en.
- Oliver, Thomas R. (2006) *The Politics of Public Health Policy*. *Annual Review of Public Health* 27, 165–233.
- Ostamo, Aini & Huurre, Taina, & Talala, Kirsi & Aro, Hillevi & Lönnqvist, Jouko (2007) *Mielenterveys*. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Ma-

- rita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, 87–103.
- Palola, Elina (2009) *Tervettä elämää Euroopassa – uuden vuosituhannen terveyspolitiikkaa*. Teoksessa Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus, 156–176.
- Palola, Elina (2010) *Euroopan uusi vuosikymmen*. Teoksessa Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) *Suomalaisien hyvinvointi. Teema 11*. Helsinki: Yliopistopaino, *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, 266–275.
- Palosuo, Hannele & Lahelma, Eero (2013) *Terveyden sosiaaliset määrittäjät*. Teoksessa Sihto Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Teema 17*. Tampere: *Juvenes Print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, 39–55.
- Palosuo, Hannele & Sihto, Marita & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva (2004) *Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa*. Julkaisuja 2004:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Hyvönen, Elisa & Talala, Kirsi & Linnanmäki Eila (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23*. Helsinki: Yliopistopaino, 2007:23.
- Patomäki, Heikki (2007) *Uusliberalismi Suomessa. Lyhyt historia ja tulevaisuuden vaihtoehdot*. WSOY: Helsinki.
- Pekurinen, Markku & Erhola, Marina & Häkkinen, Unto & Jonsson, Pia Maria & Keskimäki, Ilmo & Kokko, Simo & Kärkkäinen, Jukka & Wudström, Eeva & Vuorenkoski, Lauri (2011) *Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet*. Raportti 4/2011. Helsinki: *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*.
- Pelkonen, Marjaana & Martelin, Tuija (2008) *Terveyserojen ja syrjäytymisen ehkäisy lapsuudessa ja nuoruudessa. Liite 7 teoksessa Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*. Julkaisuja 2008:16, Sosiaali- ja terveysministeriö, 125–139.
- Pensola, Tiina & Ahonen, Hilka & Notkola, Veijo (2004) *Ammatit ja kuolleisuus. Työllisten ja työttömien ammattiryhmittäinen kuolleisuus 1996–2000*. Helsinki: *Tilastokeskus ja Kuntoutussäätiö*.
- Pensola, Tiina & Shemeikka, Riitta & Kesseli, Katja & Laihiala, Tuomo & Rinne, Hanna & Notkola, Veijo (2012) *Palkansaaja, yrittäjä, työtön. Kuolleisuus Suomessa 2001–2007*. Helsinki: *Kuntoutussäätiön tutkimuksia 84/2012*.
- Poikajärvi, Kristiina & Perttilä, Kerttu (2006) *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Raportti kunnanjohtajien ja luottamushenkilöjohdon kyselystä 2004*. Työpapereita 4/2006. Helsinki: *Stakes*.
- Politiikkaohjelmat ohjauskeinona (2010). *Esimerkkinä Terveyden edistämisen ohjelma. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 212/2010*. Helsinki: *Edita Prima Oyj*.
- Prättälä, Ritva (2007a) *Yhteenveto ja johtopäätökset terveyskäyttötymisen muutoksista*. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Hyvönen, Elisa & Talala, Kirsi & Linnanmäki, Eila (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23*. Helsinki: Yliopistopaino, 164–168.
- Prättälä, Ritva (2007b) *Terveyskäyttötyminen: Johdanto*. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Hyvönen, Elisa & Talala, Kirsi & Linnanmäki, Eila (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23*. Helsinki: Yliopistopaino, 130–132.
- Prättälä, Ritva & Linnanmäki, Eila & Vartiainen, Erkki (2008) *Terveyserojen kaventaminen elintapoihin vaikuttamalla. Liite 5 teoksessa Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*. Julkaisuja 2008:16, Sosiaali- ja terveysministeriö, 106–117.

- Puro, Kari (1976) Terveyspolitiikan perusteet (3. uudistettu laitos). Forum-Kansanterveys. Helsinki: Tammi.
- Purola, Tapani (1971) Tehtävä ja viitekehys. Teoksessa Purola, Tapani & Nyman, Kauko & Kalimo, Esko & Sievers, Kai. Sairausvaikutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja Sarja A:7. Helsinki: Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, 15–38.
- Purola, Tapani (2000) Purolan mallin kolme vuosikymmentä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 37:1,71–75.
- Puska, Pekka & Vartiainen, Erkki & Laatikainen, Tiina & Jousilahti, Pekka & Paavola, Meri (eds.) (2009) The North Karelia Project: From North Karelia to national action. Helsinki: Helsinki University Printing House.
- Puska, Pekka (2010) Kroonisten kansantautien ehkäisy 2010-luvulla – mitä olemme oppineet neljän vuosikymmenen aikana? Teoksessa Ståhl, Timo & Rimpelä, Arja (toim.) Terveysten edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Yliopistopaino, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 55–66.
- Puska, Pekka (2012) Lukijalle. Teoksessa Rotko, Tuulia & Kauppinen, Tapani & Mustonen, Niina & Linnanmäki, Eila: Kuilun kaventajat. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma. 2008–2011 – loppuraportti. THL Raportti 41/2012, 3–4.
- Pyhtinen, Olli (2008) Bringing the Social Alive. Essays on Georg Simmel's Social Theory. Turun yliopiston julkaisuja Sarja B osa 316. Tampere: Juvenes Print.
- Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero (2010) Terveyspolitiikka. Teoksessa Niemelä, Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka. Helsinki: WSOYpro, 135–154.
- Rahkonen, Ossi & Laaksonen, Mikko & Lallukka, Tea & Lahelma, Eero (2011) Sosiaaliluokkien välisten terveyserojen selittäminen ja niiden vähentämisen haaste. Janus 19(4), 358–368.
- Rajavaara, Marketta (2007). Vaikuttavuusyhdistyskunta. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. Sosiaali- ja terveyden tutkimuksia 84. Helsinki: Kela.
- Rantala, Kati & Sulkunen, Pekka (toim.) (2006) Projektiyhdistyskunnan kääntöpuolia. Helsinki, Tampere: Gaudeamus.
- Raphael, Dennis (2012) The political economy of health promotion: part 2, national provision of the prerequisites of health. Health Promotion International Feb 27, 2012.
- Raphael, Dennis & Curry-Stevens, Ann & Bryant, Toby (2008) Barriers to addressing the social determinants of health: Insights from the Canadian experience. Health Policy 88, 222–235.
- Raunio, Tapio & Saari, Juho (2013) Euroopan paras maa? Teoksessa Raunio, Tapio & Saari, Juho (toim.) Euroopan paras maa? Suomen muuttuva asema Euroopan unionissa. Kuopio: Gaudeamus, 160–184.
- Rose, Geoffrey (1988) Riskiryhmiin ja koko väestöön kohdistuneet ehkäisystrategiat – eettisiä pohdintoja. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 25 (5-6), 329–337.
- Rosen, George (1972) The evolution of social medicine. Teoksessa Freeman, Howard E. & Levine, Sol & Reeder, Leo G. (toim.) Handbook of Medical Sociology. Second Edition. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc., 30–60.
- Rotko, Tuulia & Aho, Timo & Mustonen, Niina & Linnanmäki, Eila (2011) Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. THL Raportti 8/2011.
- Rotko, Tuulia & Kauppinen, Tapani & Mustonen, Niina & Linnanmäki, Eila (2012) Kuilun kaventajat. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma. 2008–2011 – loppuraportti. THL Raportti 41/2012.
- Rotko, Tuulia & Palosuo, Hannele & Sihto, Marita & Husman, Päivi (2010) Paperitehtaan varjossa. Kajaanin paperitehtaan lakkauttamisen ja siihen liittyvien tukitoimien terveys- ja hyvinvointivaikutusten arviointi. THL Raportti 27/2010.
- Rowlingson, Karen (2011) Does income inequality cause health and social problems? Joseph Rowntree Foundation. University of Birmingham. <www.jrf.org.uk>
- Ruotsalainen, Pekka (2011) Jäävätkö tuloerot pysyvästi suuriksi? Hyvinvointikatsaus 1/2011 (haettu 21.3.2013).
- Räisänen, Heikki (2012) Mitä laaja työpoliittika oikein merkitsee? Työpoliittinen Aikakauskirja 1/2012: 3–4.
- Saari, Juho (2009) Musta laatikko. Rationaalisuuden rajat ja hyvinvointivaltioiden uudistaminen. Teoksessa Kananen, Johannes & Saari, Juho (toim.) Ajatuksen voima. Ideat hyvinvointivaltion uudistamisessa. SoPhi 113. Jyväskylä: Minerva, Gummerus, 365–401.
- Saari, Juho (2010) Hyvinvointivaltion rakenne. Teoksessa Saari, Juho (toim.) Tulevaisuuden voittajat – Hyvinvointivaltion mah-

- dollisuusdet Suomessa. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisuja 5/2010, 29–84.
- Saari, Juho (2011a) Hallitus on aina oikeassa (väärässä). *Eriarvoisuus 2000-luvun väliskysymyskeskusteluissa*. Janus 19 (4), 308–325.
- Saari, Juho (2011b), Tulevaisuuden hyvinvointivaltio ja pienten askelten politiikka. Eriarvoisuuden vähentäminen politiikan tavoitteena. Teoksessa Niemelä, Mikko & Saari, Juho (toim.) *Politiikan polut ja hyvinvointivaltion muutos*. Tampere: Juvenes Print, Kelan tutkimusosasto, 298–329.
- Saari, Juho & Kananen, Johannes (2009) Sosiaalipolitiikan ideat. Teoksessa Kananen, Johannes & Saari, Juho (toim.) *Ajatusten voima. Ideat hyvinvointivaltion uudistamisessa*. SoPhi 113. Jyväskylä: Minerva, Gummerus, 13–30.
- Saarinen, Arttu (2013) Eduskuntapuolueiden terveystaloudelliset linjaukset 2000-luvulla. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) *Terveystalouden perusta ja käytännöt*. Teema 17. Tampere: Juvenes print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 328–337.
- Salmi, Minna & Mäkelä, Jukka & Perälä, Marja-Leena & Kestilä, Laura (2012) Lapsi kasvava kunnassa – miten kunta voi tukea lasten hyvinvointia ja vähentää syrjäytymisen riskejä. *Päätösten tueksi 1/2012*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa (2013) Ravitsemuspolitiikka. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) *Terveystalouden perusta ja käytännöt*. Teema 17. Tampere: Juvenes Print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 217–222.
- SEGV II (2001) Final Report and Policy Recommendations from the Dutch Programme Committee on Socio-economic Inequalities in Health – Second Phase. Health Research and Development Council of the Netherlands.
- Sihto, Marita (1997) Terveystalouden ohjelman vastaanotto – tutkimus Suomen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa. Tutkimuksia 74. Jyväskylä: Stakes.
- Sihto, Marita (2010) Tarvitaan enemmän ja parempaa terveystalouden tutkimusta – mutta millaista? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 47 (2), 81–83.
- Sihto, Marita (2013) Terveystalouden perusta ja käytännöt. Teema 17. Tampere: Juvenes Print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 14–38.
- Sihto, Marita & Palosuo, Hannele (2013) Terveystalouden terveystalouden kysymyksenä. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) *Terveystalouden perusta ja käytännöt*. Teema 17. Tampere: Juvenes Print, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 223–240.
- Sihto, Marita & Ollila, Eeva & Koivusalo, Meri (2006) Principles and challenges of Health in All Policies. Teoksessa Ståhl, Timo & Wismar, Matthias & Ollila, Eeva & Lahtinen, Eero & Leppo, Kimmo (toim.) *Health in All Policies, Prospects and Potentials*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- Sirola, Pia & Puustinen, Susanna & Jurvansuu, Hanna & Virtanen, Simo & Husman, Päivi (2012) Työpaikat terveyserojen kaventajina – osallistamalla oikeita ratkaisuja. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Sjöblom, Stefan (2006) Kohti projektitoimintaa julkishallintoa. Teoksessa Rantala, Kati & Sulkunen, Pekka (toim.) *Projektiyhteiskunnan kääntöpuolia*. Helsinki, Tampere: Gaudeamus.
- Shkolnikov, Vladimir M. & Andreev, Evgueni M. & Leon, David A. & McKee, Martin & Meslé, France & Vallin, Jacques (2004) Mortality Reversal in Russia: The story so far. *Hygieia Internationalis* 4(1), 29–80.
- Social Justice in the OECD – How Do the Member States Compare? Sustainable Governance Indicators 2011. Bertelsmann Stiftung, Germany. <www.sgi-network.org>
- Sosiaali- ja terveystalouden tilastollinen vuosikirja 2010.
- Sosiaal- og helsedirektoratet (2005). The Challenge of the Gradient. The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs' Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health. Oslo.
- Starfield, Barbara (2006) Are social determinants of health the same as societal determinants of health? *Health Promotion Journal of Australia* 17 (3), 170–173.
- Starfield, Barbara (2007) Pathways of influence on equity in health. *Social Science & Medicine* 64 (7), 1355–1362.

- Stenvall, Jari & Syväjärvi, Antti (2006) Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Tutkimukset ja selvitykset 3/2006. Helsinki: Valtiovarainministeriö.
- Stickley, Andrew & Razvodovsky, Yury & McKee, Martin (2009) Alcohol mortality in Russia: A historical perspective. *Public Health* 123, 20–26.
- STM (1986) Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystalouden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (1993) Terveyttä kaikille vuoteen 2000 uudistettu yhteistyöohjelma. TK 2000 johtoryhmä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1993:2.
- STM (2001) Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2002) Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja kehittämisehdotukset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:18.
- STM (2006) Sosiaali- ja terveystietomus 2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2007) Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3.
- STM (2008a). Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16.
- STM (2008b) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE-ohjelma 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6.
- STM (2010) Sosiaali- ja terveystietomus 2010. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1.
- STM (2011) Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystalouden strategia. Julkaisuja 2011:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2012a) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1578410#fi>
- STM (2012b) Syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveysongelmia vähentävä poikkihallinnollinen toimintaohjelma.
- STM (2013) Terveys 2015 -kansanterveysohjelman väliarviointi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:4.
- Strand, Mali & Brown, Chris & Torgersen, Tone P. & Gæver Øyvind (2009) Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway. *Studies on social and economic determinants of population health*, No. 4. Copenhagen: WHO Europe.
- Stronks, Karien (2002) The Netherlands. Teoksessa Mackenbach, Johan & Bakker, Martijntje (eds.) *Reducing Inequalities in Health. European Perspective*. London and New York: Routledge, 249–261.
- Ståhl, Timo & Rimpelä, Matti (2010) Väestön terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Teoksessa Ståhl, Timo & Rimpelä, Arja (toim.) *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. Helsinki: Yliopistopaino, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 133–151.
- Ståhl, Timo & Wismar, Mathias & Ollila, Eeva & Lahtinen, Eero & Leppo, Kimmo (toim.) (2006) *Health in All Policies, Prospects and Potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland.
- Ståhl, Timo & Koivisto, Taru & Hannikainen-Ingman, Katri & Melkas, Tapani (2008) Terveys ja terveyserot kaikissa politiikoissa. Liite 3 teoksessa *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16, 90–97.
- Sulkunen, Pekka (2006) Projektiyhteiskunta ja uusi yhteiskuntasopimus. Teoksessa Rantala, Kati & Sulkunen, Pekka (toim.) *Projektiyhteiskunnan käänköpuolia*. Helsinki, Tampere: Gaudeamus, 17–38.
- Svenska lärdomar av Marmot-kommissionens rapport Closing the Gap (2010) *Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen*.
- Talousneuvosto (1972) Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkiva jaosto, Liite 1. Terveystalouden tavoitteita tutkivan työryhmän raportti. Helsinki.
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko & Valkonen, Tapani (2011) Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. *Suomen Lääkärilehti* 66 (48), 3651–3657a.
- TEM (2011) Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveyspalvelut. TEM Raportteja 10/2011.
- Teperi, Juha (2008) Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän tasa-arvon lisääminen. Liite 6 teoksessa *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16, 118–124.
- Teperi, Juha & Keskimäki, Ilmo (2007) Terveystalouden kohdentumisen oikeudenmu-

- kaisuus. Teoksessa Saari, Juho & Yeung, Anne Birgitta (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gauddeamus, Yliopistopaino, 274–291.
- The Marmot Review (2010) Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. February 2010. www.ucl.ac.uk/marmotreview
- Therborn, Göran (2012) The killing fields of inequality. *International Journal of Health Services* 42 (4), 579–589.
- THL (2011) Perusturvan riittävyden arviointiraportti. Avauksia 4/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tirronen, Jarkko (2011) Poliittikkaprosessin sisällä. Teoksessa Niemelä, Mikko & Saari, Juho (toim.) Poliittikan polut ja hyvinvointivaltion muutos. Tampere: Juvenes Print, Kelan tutkimusosasto, 26–45.
- Tountas, Yannis (2009) The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. *Health Promotion International* 24 (2), 185–192.
- Treisman, Daniel (2009) Death and prices: The political economy of Russia's alcohol crisis. Los Angeles: University of California.
- Tsouros, Agis D. (2003) Foreword. Teoksessa Wilkinson, Richard & Marmot, Michael (eds.) Social determinants of health. The solid facts. Second edition. Denmark: WHO.
- Tsouros, Agis D. (2011) Developing the new European Health policy: Health 2020. Esi-
telmä Andorra 9–11 March 2011.
- Tukia, Helena & Wilskman, Kaarina (2011) (toim.) Informaatio-ohjaus kuntien tukena. Raportti 57/2011. Helsinki: THL.
- Tukia, Helena & Lehtinen, Niina & Saaristo, Vesa & Vuori, Mika (2011) Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa – Perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011. THL Raportti 55. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Tulonjaon kokonaistilasto (2012). Tulonerot kasvussa myös vuonna 2011. Tilastokeskus 19.12.2012.
- Tuomala, Matti (2007) Markkinat ja hyvinvointivaltio. Teoksessa Saari, Juho & Yeung, Anne Birgitta (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Yliopistopaino, 181–197.
- Vaarama, Marja (2011) Saatesanat. Teoksessa Rotko, Tuulia & Aho, Timo & Mustonen, Niina & Linnanmäki, Eila. Kapeneeko kulu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. THL Raportti 8/2011, 3–4.
- Vaarama, Marja & Siljander, Eero & Luoma, Minna-Liisa & Meriläinen, Satu (2010) Suomalaisen kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisen hyvinvointi. Teema 11. Helsinki: Yliopistopaino, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 126–149.
- Valkonen, Tapani (1990) Keski-ikäisen väestön sosioekonomisten kuolleisuuserojen kehitys Suomessa 1971–1985. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 27 (1), 6–16.
- Valkonen, Tapani (2007) Eriarvoisuus kuoleman edessä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 44, 243–249.
- Valkonen, Tapani & Ahonen, Hilikka & Martikainen, Pekka (2003) Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. *Hyvinvointikatsaus* 2, 12–18.
- Valkonen, Tapani & Ahonen, Hilikka & Martikainen, Pekka & Remes, Hanna (2007) Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Hyvönen, Elisa & Talala, Kirsi & Linnanmäki, Eila (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Yliopistopaino, 44–64.
- Vallgård, Signild (2006) When are health inequalities a political problem? *European Journal of Public Health* 16 (6), 615–616.
- Vallgård, Signild (2008) Social inequality in health: Dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy* 85, 71–82.
- Vallgård, Signild (2009) Should health be seen as the central goal and means? *European Journal of Public Health* 19:2, 139.
- Vallgård, Signild (2011) Addressing individual behaviours and living conditions: Four Nordic public health policies. *Scandinavian Journal of Public Health* 39 (Suppl 6), 6–10.
- Valtioneuvoston kanslia (2003a) Pääministeri Anneli Jäätteenmäen hallituksen ohjelma 17.4.2003.
- Valtioneuvoston kanslia (2003b) Pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelma 24.6.2003. <www.vnk.fi/julkaisut>

- Valtioneuvoston kanslia (2007) Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 17.4.2007. www.vnk.fi/julkaisut
- Valtioneuvoston kanslia (2011) Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. <http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf>
- van Lenthe, Frank J. & Schrijvers, Carola T.M. & Droomers, Mariel & Joung, Inez M.A. & Louwman, Marieke J. & Mackenbach, Johan P. (2004) Investigating explanations of socioeconomic inequalities in health. *European Journal of Public Health* 14, 63–70.
- Vilhelmsson, Andreas (2010) Book Review. *Sacrificing the WHO to the highest bidder*, Théodore H. MacDonald, Oxford, UK, Radcliffe Publishing 2008. *Critical Public Health* 20 (2), 265–266.
- Vilén, Janina (2012) ”The patient survived despite the treatment”. A study of Finnish health policy and New Public Management. Case: The Government Resolution on the Health 2015 public health programme. Master’s Thesis, Political Science. August 2012, University of Turku.
- Virtanen, Simo & Husman, Päivi (2010) Sosioekonomiset terveyserot. Teoksessa *Työ ja Terveys Suomessa 2009*. Sastamala: Työterveyslaitos, 147–151.
- Vuorenkoski, Lauri (2013) Lääkepolitiikka. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17. Tampere: Juvenes Print, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 169–174.
- Vuorinen, Heikki (2011) Sosiaalierpidemiologian juuret. Teoksessa Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Karri (toim.) *Sosiaalierpidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki, Tallinna: Gaudeamus, 26–38.
- Wang, Haidong & Dwyer-Lindgren, Laura & Lofgren, Katherine & Rajaratnam, Julie & Marcus, Jacob & Levin-Rector, Alison & Levitz, Carly & Lopez, Alan & Murray, Christopher (2012) Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380, 2071–2094.
- Waris, Heikki (1973) Suomalaisen yhteiskunnan sosiaalipolitiikka. Viides painos. Porvoo: WSOY.
- Warpenius, Katariina (2006) Näkymätön näyttö – vaikuttavuusarvioinnin pulmat paikallisprojekteissa. Teoksessa Rantala, Kati & Sulkunen, Pekka (toim.) *Projektiyhteiskunnan kääntöpuolia*. Helsinki, Tampere: Gaudeamus, 143–160.
- Warpenius, Katariina & Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer (toim.) (2013) *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle*. Tampere, Juvenes Print: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Warsell, Leena (2013) Näyttöön perustuva alkoholipolitiikka. Teoksessa Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17. Tampere: Juvenes Print, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 200–207.
- Weible, Christopher M. & Heikkilä, Tanya & de Leon, Peter & Sabatier, Paul A. (2012) Understanding and influencing policy process. *Policy Science* 45, 1–21.
- Weiss, Carol H. (1995) The Four “I’s” of School Reform: How Interests, Ideology, Information, and Institution Affect Teachers and Principals. *Harvard Education Review* 65 (4), 571–592.
- WHA62 (2009) Sixty-second World Health Assembly 22 May 2009. WHA62.14, Agenda item 12.5. Reducing health inequalities through action on the social determinants of health.
- Whitehead, Margaret & Dahlgren, Göran (2006) Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. *Studies on social and economic determinants of population health*, No. 2. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Whitehead, Margaret & Bird, Philippa (2008) England. Teoksessa Hogstedt, Christer & Moberg, Henrik & Lundgren, Bernt & Backhans, Mona (eds.) *Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries*. Östersund: Swedish National Institute of Public Health R 2008:21, 89–123.
- WHO:n terveyspoliittinen arviointi. (1991) *Terveyttä kaikille –ohjelma Suomessa*. EUR TK-tavoite 33. Kööpenhamina: Maailman terveysjärjestö, Euroopan aluetuimisto.
- WHO (1984) *A Discussion Document on the Concepts and Principles*. Copenhagen: Regional Office for Europe. Health Promotion.
- WHO (1999) *Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region*. European Health for All Series No. 6. Copenhagen : World Health Organization, Regional Office for Europe.

- WHO (epv) Promoting health and reducing health inequities by addressing the social determinants of health. WHO Strategic Objective 7. Regional Office for Europe. http://<www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/141226/Brochure_promoting_health.pdf>
- WHO (2011) Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil 19–21 October 2011.
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2011) Tasa-arvo ja hyvinvointi. Miksi tasa-arvo on hyväksi kaikille? Juva: Bookwell.
- Wilskman, Kaarina & Ståhl, Timo & Muurinen, Seija & Perttilä, Kerttu (2008) Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007. Helsinki: Stakesin työpapereita 16/2008.
- Yeung, Anne Birgitta & Saari, Juho & Lagerpetz, Eerik (2007) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Teoksessa Saari, Juho & Yeung, Anne Birgitta (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Yliopistopaino, 9–30.
- Österberg, Esa & Kajalo, Sami & Leppänen, Kallervo & Niilola, Kari & Rauhanen, Timo & Salomaa, Jukka & Voipio, Iikka B. (1998) Alkoholijuomien hintatason alenemisen yhteiskunnalliset vaikutukset. Arviot Suomen alkoholioloista vuonna 2004 kolmen erilaisen alkoholiveron alentamisvaihtoehdon mukaan. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1998:8.
- www.who.int/social_determinants/themes/en

Liitekuvio 1. Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman terveyserojen taustatekijöitä ja vaikuttamisen mahdollisuuksia kuvaava viitekehys

(STM 2008, 28; muokattu kuvioista Diderichsen, Evans & Whitehead 2001, 15)

