

Sosioekonomiset erot ja oikeudenmukaisuus Suomen terveydenhuollossa¹

*'Vapaus, Tasa-arvoisuus, Veljeys!
Mutta miten päästään teonsanoihin?'*

Stanislaw Jerzy Lec

Aloitin varsinaisen tutkijanurani hieman yli kaksikymmentä vuotta sitten. Sosiaalilääketieteellisen aikakauslehden päätoimittajana ja myöhemmin Sosiaalilääketieteen yhdistyksen puheenjohtajana toiminut professori Seppo Aro ehdotti minulle 1980-luvun lopulla, että ryhtyisin valmistelemaan väitöskirjaa sosiaaliryhmien välisistä eroista terveydenhuollossa ja erityisesti sairaalal palveluissa. Laadimme aiheesta suunnitelman, saimme hankkeelle rahoitusta Suomen Akatemian Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -tutkimusohjelmasta, ja hanke käynnistyi 1990-luvun alussa.

1990-luvun alku oli erikoista aikaa. Edessä olevasta suuresta lamasta ei ollut vielä ainakaan yleisesti tietoa ja uskomaton talouskasvu näytti loputtomalta. Suomesta puhuttiin Euroopan Japanina ja suomalaiset liikemiehet kiersivät maailmaa sijoittamassa rahaa hulvattomiin liiketoimiin myöhempien aikojen islantilaisten virkaveljiensä tavoin. Sittemmin menestyksekkään uran tehnyt Suomen yhdyspankin johtajistoon kuullut Björn Wahlroos puolusteli finanssitalouden irtautumista reaalityaloudesta jotenkin siihen tapaan, ettei pankille ole väliä millaisissa liiketoimissa se on mukana, vaan tärkeintä oli tehdä voittoa. Kuten taloushistoria osoitti, niin tämä ei pitänyt paikkaansa sen enempää pankkien kuin kansantaloudenkaan kannalta eikä erityisesti niiden, jotka juutuivat pitkäaikaistyöttömyyteen syvään taantumiaan päättäneen nousukuplan jälkeen. Taloudella meni kuitenkin vielä 1990-alusa hyvin ja myös hyvinvointivaltio näytti kukoistavalta. Työttömyyttä oli vähän ja yhteistä hyvää riitti aiempaa useammalle. Usko markkinataloutteen ja markkinoiden kykyyn ohjata kehitystä oli korkealla.

¹ Perustuu kirjoitajan 29.4.2010 Tampereen yliopiston Terveystieteen laitoksella pitämään professorin juhlaesitelmään.

Myös terveydenhuollon osalta kehitysarviot olivat positiivisia. Muutamaa vuotta aiemmin julkaistu hallituksen vuoden 1985 terveystoimintasuunnitelman selonteon (Hallituksen terveystoimintasuunnitelman selonteon... 1985) perustunut Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelma (Terveyttä kaikille vuoteen... 1986) rakentui terveydenhuollon osalta ajatukselle, että palvelujärjestelmä oli aiempien vuosikymmenien investointien seurauksena asteittain saatu hyvään kuntoon ja vuoden 1972 kansanterveyslaki ja sitä seurannut kunnallisen terveyskeskusverkoston perustaminen ja kansanterveysjärjestelmän systemaattinen kehittäminen olisi pääosin ratkaissut terveydenhuollon ongelmat.

Investointitahti oli ollutkin huomattava. Suomalainen yhteiskunta oli onnistuneesti toteuttanut Pekka Kuusen 1960-luvun sosiaalipolitiikka-kirjassaan (Kuusi 1963) hahmottelemaa suunnitelmaa myös terveydenhuollon osalta. Terveystoimintasuunnitelmassa palvelujärjestelmän kehitys jäsenyksi osaksi kansakunnan suurta kertomusta, jossa sodan rauniosta nouseva kansakunta ryhtyi tarkokkaasti rakentamaan uutta yhteiskuntaa. Suurella kertomuksessa terveydenhuolto täydellistyi vuosikymmen vuosikymmeneltä: 1940-luvulla äitiys- ja lastenneuvolat, 1950-luvulla sairaalaverkoston rakentaminen, 1960-luvulla sairausvakuutus, ja 1970-luvulla kansanterveysjärjestelmä ja terveyskeskukset sekä työterveyshuolto. Kun suunnitelu- ja valtionosuusjärjestelmän insenttiivirakenteita vielä 1980-luvun lopulla hieman korjattiin, niin hieman kärjistetyksi sanottuna palvelujärjestelmää pidettiin suurelta osin valmiina (Melkas 1987). Vajaassa kolmessa vuosikymmenessä köyhästä maasta, jossa väestöön suhteutettujen lääkäreiden määrä oli Turkin ja Albanian rinnalla alhaisin Euroopassa, oli tullut WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman mallimaa. Viime mainittu tosin 'pioneer' sanan suurpiirteisen käännökseen takia.

Vuosikymmenien ajan keskeinen terveystoimintasuunnitelman huoli eli terveydenhuollon tasa-arvon ja palvelujen tarpeenmukaisen käytön puutteet

näyttivät pääosin voiteltua voimaperäisen kehittämistoimenpiteiden tuloksena. Myös tutkimusarvot näyttivät tukevan tätä tulkintaa. 1960-luvulla alkaneen Kansaneläkelaitoksen ja lääkintöhallituksen terveysturvan väestöhaastattelujen sarjan mukaan näytti terveydenhuollon tasa-arvo asteittain kohentuneen. Muun muassa Unto Häkkinen arvioi vuonna 1991 suomalaista terveydenhuoltoa seuraavasti:

Terveyspalvelujen kokonaiskäyttö näyttäisi Suomessa määrättyvän pikemminkin tarpeen kuin maksukyvyyn perusteella. Lisäksi terveydenhuoltojärjestelmällä on huomattava tuloeroja tasaava vaikutus. Siten terveyspalveluihin liittyvät tasa-arvotavoitteet näyttäisivät ainakin määrällisesti toteutuneen maassamme suhteellisen hyvin. Tuloluokittain eroja on lähinnä käytön kohdentumisessa sektoreiden ja hoitomuotojen välillä, mikä viittaa palvelujen sisällön eroihin. (Häkkinen 1991)

Palvelujärjestelmän katsottiin siis olevan kuta-kuinkin oikeudenmukainen. Sektoreiden välisiä eroja palvelujen käytössä ei pidetty merkittävänä ongelmana, vaan katsottiin, että yksityissektorin palvelut täydentävät julkisia palveluita ja takaavat osaltaan valinnanvapauden toteutumisen. Hammashuoltoon liittyvät tasa-arvo-ongelmat tunnustettiin, mutta muuten terveydenhuollon kehittämisen painopisteet olivat muualla. Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmassa todettiin seuraavaa:

Terveyspalvelujärjestelmämme jälkeenneimpiä lohkoja ovat ne, joiden merkitys... väestön ikärakennkehityksen ja sairauskirjon muutoksen myötä on kaiken aikaa korostumassa: vanhusten terveydenhuolto, mielen-terveyshuolto ja kuntoutus. Näillä aloilla ilmenevät puutteet on selkeästi nostettava erityiseen prioriteettiasemaan vuoteen 2000 saakka. (Terveyttä kaikille vuoteen... 1986, 105)

Nämä kehittämiskohteet näyttävät ilmeisen hyvin valitulta, koska ovat ajankohtaisia vielä 25 vuoden jälkeenkin.

1990-luvun alussa Suomen terveydenhuollon julkinen kuva, tai jos niin halutaan omakuva, oli kaiken kaikkiaan hyvin vahva ja itsetyytyväinen.

Vasta-aloittelevana väitöskirjantekijälle tilanne oli jossain määrin hankala: miten kirjoittaa viisi julkaisukelpoista artikkelia sosiaaliryhmien välisistä eroista terveydenhuollossa, jos eroja ei ollut eikä tasa-arvoa enää pidetty kovinkaan

olennaisena kysymyksenä terveydenhuollossa.

Tunnelmaa eivät parantaneet oman tutkimushankkeeni ensimmäiset tulokset. Ensimmäinen väitöskirjani artikkeli käsitteli sairaalapalvelujen kokonaiskäytön oikeudenmukaisuutta (Keskimäki ym. 1995). Aineistona käytimme vuosien 1987–1988 sairaaloiden poistoilmoitusrekisteriä, joka oli linkattu henkilötunnusten avulla väestölaskentatietoihin. Tämän tyyppisiä laajoja linkattuja aineistoja oli Suomessa käytetty kuolleisuuden tutkimukseen, mutta terveydenhuollon tutkimuksessa ne olivat uusia. Päällisin puolin tulokset olivat vaisuja. Näytti siltä että sairaalapalvelujen kokonaiskäyttö noudatti sosiaaliryhmittäin palvelujen tarvetta, mikäli tarvetta arvioitiin tavanomaisilla terveydentilaindikaattoreilla.

Professori Tapani Valkosen tutkimusryhmä oli julkaissut yksityiskohtaisia, myös ikäryhmittäisiä tietoja sosiaaliryhmittäisestä kuolleisuudesta, mikä mahdollisti tarkemman analyysin (Valkonen ym. 1993). Tämän perusteella näytti siltä, että eri sosiaaliryhmissä ikäryhmittäinen sairaalapalvelujen käyttö kuta-kuinkin heijasteli samalla tavalla kuolleisuutta. Naisilla työntekijäryhmät käyttivät itse asiassa nuoremmissa ikäryhmissä selvästi toimihenkilöitä enemmän sairaalapalveluita. Kakwanin oikeudenmukaisuusindeksin perusteella tosin arvioitiin, että palvelujen käyttö jossain määrin painottui hyväosaisiin ryhmiin, mutta indeksien arvot olivat silloisen tulkinnan mukaan pieniä heijastellen melko tasaista jakautumaa. Luulen, että nykyään johtopäätös olisi saatanut kallistua toiseen suuntaan – silloin Lorenzkäyriin perustuvien jakautumatunnuslukujen tilastollinen käsittely oli kehittämätöntä eikä niitä osattu päinvastoin kuin nyt tilastollisesti testata.

Kuva terveydenhuollon oikeudenmukaisuudesta kuitenkin muuttui pian kun aineistoon kavauduttiin pitemmälle. Kun tarkasteltiin ohitusleikkauksia eri sosiaaliryhmissä, niin leikkausten määrä ja tarveindikaattorina käytetty sepelvaltimotautikuolleisuus poikkesivat 1980-luvun lopulla merkittävästi toisistaan. Kaikissa ikäryhmissä ja kaikilla ikäryhmittäisellä sepelvaltimokuolleisuudella arvioiduilla tarvetasoilla ylempilä sosiaaliryhmille tehtiin alempia enemmän ohitusleikkauksia (Keskimäki ym. 1997). Kun näitä tuloksia esiteltiin ensimmäistä kertaa Sosiaalilääketieteen yhdistyksen ja Suomen Akatemian sosioekonomisia terveyseroja käsittelevässä seminaarissa 1990-luvun alkupuolella osalla yleisöä oli vaikeuksia uskoa tuloksia todeksi. Professori Kalevi Pyörälä, joka on ansiokkaasti osallistunut

sepalvelusjärjestelmän rakentamiseksi ja kantaan erityisesti huolta myös tasa-arvon toteutumisesta, yritti pitkään keksiä, millaisesta metodisesta virheestä tulokset johtuivat. Virheitä ei kuitenkaan ollut ja tutkimussarjan jatko vahvisti tuloksen.

Kun jatkossa tarkastelimme sosioekonomisia eroja myös muissa toimenpiteissä, niin totesimme, etteivät sosioekonomiset erot koske vain palvelusjärjestelmän toimenpiteitä, joita silloin tehtiin vielä suhteellisen vähän ja jotka kuuluivat vasta käyttöön otettuun korkeaan lääketieteelliseen teknologiaan, vaan sosiaaliryhmien välisiä eroja oli myös muissa, tavallisissa toimenpiteissä (Keskimäki ym. 1996).

Sairaalapalvelujen käytössä oli itse asiassa kaksi toisistaan poikkeavaa gradienttia. Sairaalapalveluja käytettiin todellakin enemmän alemmissä sosiaaliryhmissä, mutta tämä johtui ei-kirurgisesta hoidosta. Toimenpiteellisiä hoitajaksoja oli enemmän ylemmissä sosiaaliryhmissä. Havainto oli samanlainen kaikissa tautipääryhmissä. (Keskimäki 1997b)

Yksittäisiä toimenpiteitä tarkasteltaessa löydöksen taustatekijöiksi näytti nousevan joidenkin toimenpiteiden osalta yksityissairaaloiden käyttö, mutta erityisesti silloin vielä toiminnassa ollut kunnallisten sairaaloiden erikoismaksuluokka.

Aikanaan sitten väitöskirjani yhteenvedossa esitin vaihtoehtoista tulkintaa suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä (Keskimäki 1997a). Vaikka järjestelmässä on paljon rakenteita, jotka tukevat palvelujen tarpeenmukaista käyttöä ja tasa-arvoa; kattavat palvelu- ja sairausvakuutusjärjestelmä, verorahoitus, usein suhteellisen matalat palvelumaksut ja voimavarojen tasaaminen; on järjestelmässä myös piirteitä, jotka heikentävät yhdenvertaisuuden toteutumista. Tällaisia ovat yksityispalvelujen ja työterveyspalvelujen suuri osuus avohoitopalveluista sekä silloinen kunnallisten sairaaloiden erikoismaksuluokka ja jossain määrin myös yksityissairaalat. Nämä olivat järjestelmän rakenteellisia tekijöitä, jotka eriarvoistivat potilaita sosiaalisen aseman ja taloudellisten edellytysten perusteella.

Vastoin 1990-luvun alkuun asti usein erityisesti kansainvälisessä kirjallisuudessa esitettyä käsitystä terveyskeskuslääkärit eivät toimineet Suomen terveydenhuollossa portinvartioina (gatekeeper) erikoissairaanhoidon, vaan itse asiassa yksityissektori lähetti kunnallisiin sairaaloihin huomattavan suuren osan erityisesti toimenpiteiden potilaista. Erikoismaksuluokka ja yksityis-

sektori tai oikeammin sairaalalääkäreiden yksityisvastaanotot kytkeytyivät tiiviisti, ja paikoin sairaalalääkärit käyttivät erikoismaksuluokkaa yksityispraktiikoidensa jatkeena. Joissain sairaaloissa ei taas kaihileikkaukseen käytännössä pääsyt muutoin kuin erikoismaksuluokan potilaana. Vaikka jo lakkautettuun erikoismaksuluokkaan liittyviä väärinkäytöksiä ei huomioitaisikaan, niin yksityissektorilta ja työterveyshuollosta tuleva lähetepaine ohjasi ja ohjaa edelleen sairaaloiden potilasvirtaa. Kun terveydenhuollon palvelujen piiriin sisääntulo on eriarvoista, niin se heijastuu eriarvoisuutena myös muuhun palveluketjuun.

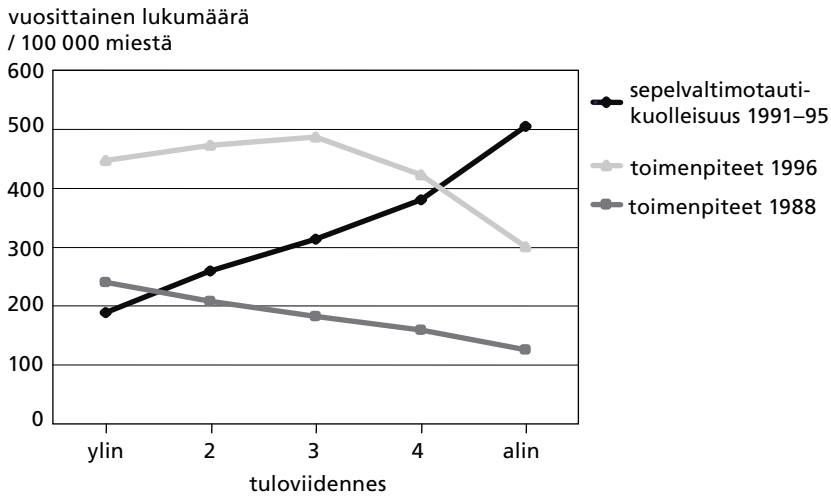
1980–1990-lukujen vaihteen nousukausi päättyi hurskaista toiveista huolimatta, ja vuosikymmenen puoliväliin tultaessa terveydenhuolto koettelivat sekä lamaan liittyvät leikkaukset että vuoden 1993 valtionosuusuudistus. Monessa suhteessa valtionosuusuudistuksen toteuttaminen laman alettua oli onneton ratkaisu. Uudistus oli suunniteltu nousukauden aikana ja silloin järjestelmä olisi saattanut toimiakin kohtuullisesti, mutta laman aikana tulokset olivat huonoja. Lammekkauksia oli tietysti yksinkertaista toteuttaa, kun valtion puolelta aiempien sektorikohtaisten valtionosuuksien sijasta jäi päätettäväksi vain yksi luku: kuinka paljon kunnille maksetaan valtionosuuksia. Kunnille järjestelmä muodosti voimakkaan insentiivin säästöihin.

Uuden järjestelmän mukanaan tuoma hajautettu päätöksenteko johti kuitenkin siihen, että terveydenhuollon rakennetta ja voimavarojen kohdentamista koskevia strategisia päätöksiä tehtiin hätäisesti ympäri maata tilanteessa, jossa olisi päinvastoin pitänyt huolellisesti valvoa, että leikkauspäätöksiä tehtäessä pidetään tarkkaan huolta sosiaali- ja terveyspoliittisista tavoitteista.

Paikallinen koordinoimaton päätöksenteko johti siihen, että leikkaukset kohdistuivat sinne, missä vastus oli vähäisintä ja leikkaukset helpointa toteuttaa. Ehkäisevät palvelut ja mielenterveysystyö joutuivat leikkausten kohteeksi, ja erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon välisessä tasapainossa tapahtui muutos. Kun aiemmin perusterveydenhuolto oli ollut kehittämisen kohteena, niin 1990-luvulla erikoissairaanhoidon suhteellisen turvassa leikkauksilta. Kasvun käynnistyttyä erikoissairaanhoidon myös pääsi pian takaisin kasvu-uralle. Kukaan ei varmasti tarkoituksellisesti tehnyt päätöstä uusien lääkärinten perustamisen painopisteen siirrosta erikoissairaanhoidon. Ohjaamaton päätöksenteko vain

Kuvio 1.

Sepelvaltimoiden ohitusleikkausten ja pallolaajennusten ikävakioidu ilmaantuvuus vuosina 1988 ja 1996 sekä sepelvaltimotautikuolleisuus (/100 000) vuosina 1991–1995 tuloviidenneksittäin Suomessa 45–74-vuotiailla miehillä



tuotti tällaisen tuloksen. Sama koskee mielenterveytyön ja ehkäisevien palvelujen leikkauksia.

Erikoissairaanhoidossa lama käynnisti yllättäen voimakkaan tuottavuuden kasvun, mikä ei tarkoittanut pelkästään sitä, että väheneville voimavaroilla olisi tuotettu samat palvelut kuin aiemmin, vaan palvelujen tarjonta kasvoi. Tämä oli erityisen selvää toimenpideoilla – vuosina 1988–1996 kaikkien kirurgisten toimenpiteiden määrä kasvoi noin parilla kymmenellä prosentilla. Voisi olettaa, että tällainen palvelujen tarjonnan kasvu tasoittaisi aiempia sosiaaliryhmien välisiä eroja. Osittain niin tapahtuikin ja sepelvaltimotoimenpiteiden lukumäärän kasvu yli kaksinkertaiseksi tasasi jossain määrin sosiaaliryhmien välisiä eroja, mutta kun palvelujen tarve otettiin huomioon, erot säilyivät edelleen huomattavan suurina (Kuvio 1) (Hetemaa ym. 2003).

Kokonaisuutena lisääntynyt kirurgisten palvelujen tarjonta kuitenkin ohjautui ylempiin sosiaaliryhmiin ja sosiaaliryhmien väliset erot kasvoivat. Kun muistaa avohoidon palvelujen rakenteen ja ohjausvaikutuksen erikoissairaanhoidon palvelujen kohdentumiseen, löydöksestä tulee ymmärrettävä (Keskimäki 2003).

Vielä ymmärrettävämmäksi tulos tulee kun tarkastelee, mitä avohoidon oikeudenmukaisuudessa oli tapahtunut samaan aikaan. Kun Unto Häkkinen työtovereineen (Häkkinen ja Alha 2006) tutki avohoidon palvelujen tuloryhmittäisistä kohdentumista 1980-luvulta 2000-luvun al-

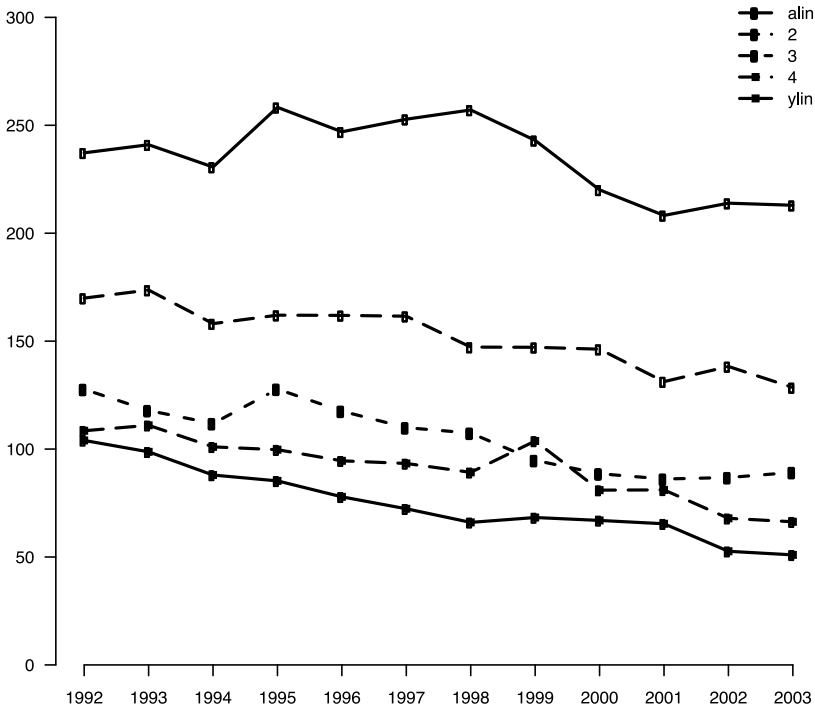
kuun, oli tulos yllättävä. Yllättävyys ei johtunut siitä, että työterveyshuollon ja yksityissektorin palvelujen jakauma painottui hyvätuloisiin. Työterveyspalvelut kohdistuvat työssäkäyviin ja mitä vahvemmassa työmarkkina-asemassa työntekijä on, sitä kattavammat työterveyspalvelut yleensä ovat. Yksityispalvelujen korkeat omavastuut puolestaan edellyttävät muusta kulutuksesta yli jäävää varallisuutta. Tuloksen yllätys oli pikemminkin se, ettei palvelujen käytön jakauma juurikaan muuttunut liki parin kymmenen vuoden aikana. Järjestelmän rakenne tai siis kolmikanavaiset palvelut avohoidossa määräävät lääkäripalvelujen käytön jakaumaa, ja rakenteen ehdollistamana määräytyvät myös erikoissairaanhoidon käytön sosiaaliryhmien väliset erot. Tällainen palvelujärjestelmä ja sen taustalla oleva niin sanottu monikanavainen rahoitusjärjestelmä ovat omintakeisia eikä vastaavia ole muissa maissa.

Vaikka 1990-luvun aikana oli kertynyt tietoa siitä, että suomalainen terveydenhuolto ei ole niin oikeudenmukainen kuin aiemmin oli uskottu, niin luultavasti myös useimmille terveydenhuollon asiantuntijoille oli yllätys millaisen arvion Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä tuotti OECD:n koordinoima ja kansainvälisen ECUITY-tutkimusryhmän toteuttama tutkimus OECD-maiden terveydenhuoltojärjestelmien oikeudenmukaisuudesta (van Doorslaer ym. 2004).

Vertailukelpoisten palvelujen käyttöä koskevien aineistojen keruu ja uudet oikeudenmukai-

Kuvio 2.

Ikävakioitu vältettävissä oleva kuolleisuus (/100 000) tuloviidenneksittäin Suomessa 25–74-vuotiailla miehillä vuosina 1992–2003



suuden arvioinnin tilastomenetelmät mahdollistivat tutkijoille terveydenhuoltojärjestelmien oikeudenmukaisuuden vertailun eri maissa. Tässä vertailussa Suomi sijoittui erinomaisen huonosti. Yhdessä Portugalin ja Yhdysvaltojen kanssa Suomi kuului maaryhmään, jossa lääkäripalvelujen käytön jakauma painottui eniten ylimpiin tuloryhmiin.

Samana tutkijaryhmän jäsenet ovat muuten myöhemmin tarkastelleet myös eri EU-maissa koettua terveyspalvelujen tyydyttämättömän tarpeen jakaumaa. Suomi ei sijoitu tässä aivan yhtä huonosti, mutta silti keskiarvon alapuolelle siinä, miten tyydyttämättömän tarpeen kokeminen keskittyy alempiin tuloryhmiin (Koolman 2007).

Toinen mielestäni OECD:n vertailun kanssa yhtä pysähdyttävä tutkimustulos on terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevan kuolleisuuden sosiaaliryhmäerojen kehitys 1990-luvun alun jälkeen (McCallum ym. 2010). Terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevat kuolemat viittaavat sellaisiin kuolemansyihin, jotka lääketieteellisen tiedon valossa kyettäisiin estämään, mikäli oikea-aikaisia ja vaikuttavia terveyspalveluita olisi saatavilla. Menetelmä on kansainvälinen ja sitä käytetään yleisesti muun muassa maiden väliseen

vertailuun terveyspalvelujärjestelmän vaikuttavuudessa.

Kokonaisuudessa vältettävissä oleva kuolleisuus on kehittynyt Suomessa hyvin. 1990-luvun alusta 2000-luvun puoliväliin vältettävissä olevat kuolemat vähenivät noin neljänneksellä, mutta tuloryhmittäin kehitys eriytyi. Miehillä ylimmässä tuloviidenneksessä kuolleisuus laski noin puoleen, mutta alimmassa viidenneksessä laskua oli vain kymmenisen prosenttia. Alimman ja ylimmän tuloviidenneksen välinen ero myös kasvoi noin kaksi ja puoli -kertaisesta yli nelinkertaiseksi (Kuvio 2). Naisilla kehitys on ollut samansuuntaista. Kannattaa muistaa, että tässä ei tarkastella pieniä marginaalisia ryhmiä, vaan kukin tuloviidenneksen edustaa satoja tuhansia ihmisiä.

Vaikka otettaisiin huomioon vältettävissä oleviin kuolemiin liittyvät monet menetelmälliset haasteet, niin minusta tämä tulos osoittaa, että palvelujärjestelmä ja sen oikeudenmukaisuus on kehittynyt suuntaan, joka tulisi pikaisesti korjata. Näyttää siltä, että kasvavassa määrin palvelujärjestelmä ei kykene vastaamaan yhdenvertaisesti koko väestön palvelutarpeeseen. Alimmat tuloryhmät, huono-osaiset ja ne, joiden palvelujen tarve on suurin, ovat tippumassa pois kyydistä.

1990-luvulle asti Suomessa vallitsi käsitys siitä, että suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on poikkeuksellisen laadukas. Suomessa uskotaan, että järjestelmä on myös oikeudenmukaisuudessaan erinomaisella tasolla; mallimaa muille maille. Käsityksen tausta oli sinällään hyvää tarkoittava: se heijasti talvisodan hengessä rakennetun suomalaisen hyvinvointivaltion eetosta; suurta kertomusta pienen maan onnistumisesta.

Palvelujärjestelmää oli kehitetty keskeisenä tavoitteena alueellisten ja sosiaalisten erojen tasaaaminen. Kullakin yksittäisellä uudistuksella: sairausvakuutus, kansanterveyslaki, työterveyshuolto, jopa osin 1990-luvun valtionosuusuudistus, oli selkeät oikeudenmukaisuustavoitteensa. Kun uudistukset vietiin tarmokkaasti ja johdonmukaisesti läpi, niin ajateltiin, että lopputuloksen tuli olla tavoitteiden mukaisesti oikeudenmukainen.

Myös tutkimus osittain tuki tätä käsitystä, mikä kuitenkin johtui siitä, että tutkimukselta puuttui välineitä ja mittatikka, jolla verrata järjestelmää. Kansainvälisiä vertailuja ei kyetty toteuttamaan eikä niitä varten ollut tarvittavia menetelmiä. Toisaalta terveydenhuollon toimintaa ei kyetty arvioimaan riittävän yksityiskohtaisesti.

Vasta rekisteritutkimuksen kehittyminen tehokkaiden tietojenkäsittelymenetelmien tukemana sekä eri hallinnollisten rekisterien yhdistäminen mahdollistivat sairaalapalvelujen yksityiskohdallisen tarkastelun. Samoin kansainvälisen vertailuvan terveydenhuoltotutkimuksen kehitys 1990-luvulla antoi käsityksen Suomen palvelujärjestelmän suorituskyvystä verrattuna muihin maihin. Tutkimus onkin ollut keskeisessä roolissa, kun myytti tasa-arvoisesta suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä on asteittain murtunut. Va-

litettavasti tällä tiedolla on ollut vain vähän vaikutusta palvelujärjestelmän kehittämiseen.

1980-luvun lopulta lähtien Suomessa terveydenhuollon kehittämisen eräs keskeisistä huolista on ollut palvelujen tuottavuus. Tähän liittyvä retoriikka on pitkälti lainattu muista maista. Maan sisällä on vaihtelua tuottavuudessa, mutta kokonaisuudessa Suomen palvelujärjestelmä on kansainvälisessä vertailussa ollut halpa ja ne muuttamat yksityiskohtaisemmat vertailut, joita tuottavuudesta on tehty, viittaavat pikemminkin siihen, että suomalaisen terveydenhuollon tuottavuus on hyvällä tasolla (Linna ym. 2010). Sen sijaan terveydenhuollon kehittämisessä ei ole kiinnitetty huomiota oikeudenmukaisuuteen, vaikka siinä sekä kansainvälisessä vertailussa että kotimaisissa tutkimuksissa on todettu merkittäviä puutteita.

Lähivuodet tulevat olemaan terveydenhuollon kehittämisen kannalta tärkeitä. Olisi toivottavaa, että kehittämisessä palattaisiin Pekka Kuusen 1960-luvulla peräänkuuluttaman rationaalisen yhteiskuntapolitiikan henkeen ja uutta sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetta sekä rahoitus- ja ohjausjärjestelmää suunniteltaisiin sosiaali- ja terveyspoliittisista tavoitteista lähtien.

Tavoite on kova ja vaikea nostaa poliittiseen keskusteluun. Nykyiseen rakenteeseen liittyy paljon erilaisia intressejä, jotka jäykistävät järjestelmää. Ei vähiten se, että nykyjärjestelmä tarjoaa keskiluokkaiselle, keski-ikäiselle pysyvässä eipätyyppillisessä työsuhteessa olevalle kohtuulliset palvelut – kolminkertaisen palvelujen saataavuuden. Nyt olisi kuitenkin aika ottaa kaikki suomalaiset, myös alin tuloviidennes, kunnolla mukaan terveydenhuollon ja lääketieteen kehitykseen ja päästä retoriikasta teonsanoihin.

KIRJALLISUUS

van Doorslaer E, Masseria C, OECD Health Equity Research Group. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. In: The OECD Health Project. Towards high-performing health systems. OECD, Paris 2004, 109–166.

Hallituksen terveyspoliittisen selonteon eduskuntakäsittely. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1985.

Hetemaa T, Keskimäki I, Manderbacka K, Leyland AH, Koskinen S. How did the recent increase in the supply of coronary operations in Finland affect socio-economic and gender equity in their use? *J Epid Community Health* 2003;57:178–185.

Häkkinen U. Terveyden ja terveyspalvelujen tarpeen mukaisen käytön tasa-arvo Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1991; 28:233–297.

Häkkinen U, Alha P. Avohoitopalvelut. Teoksessa Häkkinen U, Alha P. (toim.) Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. *Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006.* Helsinki 2006, 32–41.

Keskimäki I. How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? *Soc Sci Med* 2003;56:1517–1530.

- Keskimäki I. Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland. Research Reports 84, STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki 1997a.
- Keskimäki I. Tuloryhmien väliset erot sairaalapalvelujen käytössä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1997b:34:(3):213–222.
- Keskimäki I, Koskinen S, Salinto M, Aro S. Socioeconomic and gender inequities in access to coronary artery bypass grafting in Finland. Eur J Public Health 1997;7:392–397.
- Keskimäki I, Salinto M, Aro S. Private medicine and socioeconomic differences in the rates of common surgical procedures in Finland. Health Policy 1996;36:245–259.
- Keskimäki I, Salinto M, Aro S. Socioeconomic equity in Finnish hospital care in relation to need. Soc Sci Med 1995;41:(3):425–431.
- Koolman X. Unmet need for health care in Europe, in Comparative EU statistics on income and living conditions: issues and challenges. Proceedings of the EU-SILC conference. Eurostat, Helsinki 2007.
- Kuusi P. 60-luvun sosiaalipolitiikka. 4. painos. WSOY, Porvoo 1963.
- Lec SJ. Siistimättömiä mietelmiä. Kustannusosakeyhtiö Siltala, Helsinki 2009.
- Linna M, Häkkinen U, Peltola M ym. Measuring cost efficiency in the Nordic Hospitals – a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002. Health Care Manag Sci 2010, julkaistu verkossa 3.8.2010.
- McCallum AK, Manderbacka K, Arffman M, Leyland AH, Turunen H, Keskimäki I. Socioeconomic differences in mortality amenable to health care in Finland 1992–2003: 12 year follow up using individual level linked population register data. Julkaisematon käsikirjoitus 2010.
- Melkas T. Suomalaisen terveystieteiden kehitysasteita. Sosiaalinen Aikakauskirja 1987;81: (5–6):54–63.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystieteiden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1986.
- Valkonen T., Martelin T., Rimpelä A., Notkola V. and Savela S. Socioeconomic mortality differences in Finland 1981–90. Population 1993: 1. Statistics Finland, Helsinki, 1993.

ILMO KESKIMÄKI

Tutkimusprofessori

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sosiaali- ja terveystieteiden

professori

Terveystieteiden laitos

Tampereen yliopisto