

TAMPEREEN YLIOPISTO

Johtamiskorkeakoulu

**TERVEYDEN EDISTÄMISEN HAASTEET SUOMESSA
HYVINVOINTITALOUDEN NÄKÖKULMASTA**

Taloustiede

Pro gradu -tutkielma

Ohjaaja: Matti Tuomala

Syyskuu 2016

Nanette Lehmusvirta

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Johtamiskorkeakoulu

LEHMUSVIRTA NANETTE: Terveyden edistämisen haasteet hyvinvointitalouden näkökulmasta

Pro gradu -tutkielma: 54 sivua + 1 liite

Taloustiede

Elokuu 2016

Avainsanat: hyvinvointitalous, hyvinvointi, terveyden edistäminen, eriarvoisuus, terveysterot, tuloerot, sosioekonomiset erot, talouskasvu

Tutkielma keskittyy eriarvoisuuden eri muotoihin painottuen Suomessa esiintyvään terveyden eriarvoisuuteen. Terveyden eriarvoisuus aiheutuu pitkälti yksilön sosioekonomisesta asemasta sekä yhteiskunnan rakenteisiin ja välittäviin tekijöihin liittyvistä tekijöistä. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa tulotaso, koulutus, työmarkkina-asema, elintavat ja terveystalouden saatavuus. Terveyden edistämässä on kyse nimenomaan ihmisten mahdollisuuksien parantamisesta koskien hyvää terveyttä.

Terveyden eriarvoisuuden suurimpana epäkohtana Suomessa voidaan pitää terveyden ja hyvinvoinnin epätasaista jakautumista väestön kesken: samanaikaisesti kun keskimääräinen terveys ja hyvinvointi ovat nousseet, huono-osaisten terveydentilan ja hyvinvoinnin kehitys ei ole kuitenkaan kokenut vastaavaa nousua. Tilanne on hyvinvointitalouden – jonka ajatusmalli pohjautuu pitkälti tasa-arvoiseen yhteiskuntaan – näkökulmasta varsin huono.

Finanssikriisi ja julkisen talouden säästöpainotukset ovat heiluttaneet myös hyvinvointi- ja terveystalouden rahoituspohjaa ja säästöjä haetaan uuden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen kautta. Tutkielmassa paneudutaan tulevien uudistuksien tuomiin mahdollisiin hyötyihin ja haittoihin peilaten niitä hyvinvointitalouden ajatusmallin mukaisesti. Vaikka talouskasvun ja hyvinvoinnin samanaikainen kasvattaminen on saanut osakseen paljon kritiikkiä, on myös näkemyksiä, joiden mukaan talouden ja hyvinvoinnin yhteensovittaminen ei ole mahdotonta nyky-yhteiskunnassa, jossa markkinavetoisuus on vahvassa nousussa myös terveystalouden tarjonnassa. Hyvinvointitaloudessa tämä tarkoittaa ensisijaisesti hyvinvoinnin kasvattamista, mutta myös taloudellinen tasapaino koetaan tärkeäksi tekijäksi.

SISÄLLYS

1	Johdanto	1
2	Eriarvoisuus Suomessa.....	4
2.1	Eriarvoisuuden ulottuvuudet	4
2.2	Tuloerojen kehitys	5
2.3	Sosioekonomiset erot	10
2.4	Koulutustason merkitys.....	12
3	Terveyden epätasainen jakautuminen Suomen erityisongelmana	14
3.1	Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmästä aiheutuvat ongelmat	14
3.2	Terveydenhuollon palvelujärjestelmän eriytyneisyys.....	16
3.3	Terveyspalveluiden käytön jakautuminen.....	18
4	Yhteiskunnan tasapainoilu hyvinvoinnin ja talouskasvun välillä.....	20
4.1	Millainen on hyvinvoiva yhteiskunta?	20
4.2	Talous ja hyvinvointi	22
4.3	Julkisen talouden säästöpainet	24
5	Kohti menestyvää hyvinvointitaloutta	26
5.1	Terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka.....	26
5.2	Terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen.....	29
5.3	Hyvinvointipalveluiden normatiivisuus	31
6	Hyvinvointivaltion tulevaisuus.....	34
6.1	Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten vaikutukset	34
6.2	Kohti markkinavetoista yhteiskuntaa.....	37
7	Lopuksi.....	42
8	Lähteet.....	45
9	Liitteet	55

1 JOHDANTO

”Suomi on ollut ja on edelleenkin monessa mielessä maailman parhaita paikkoja asua ja elää sekä harjoittaa yritystoimintaa. Tästä kertovat monet kansainväliset hyvinvointivertailut, onnellisuustutkimukset ja kilpailukykymittaukset.” Silti köyhyudessa elää yli 700 000 suomalaista, eikä toivoa paremmasta ole ainakaan vielä näkyvissä. Päinvastoin, köyhyys ja tuloerot ovat vain kasvaneet viimeisen 20 vuoden aikana. Vaikka keskimääräinen odotettu elinikä on noussut, samalla kuilu miesten ja naisten sekä tuloluokkien välisessä eliniässä on kasvanut. Suomessa on havaittavissa siis suuria väestötasoisia eriarvoisuuden muotoja, jotka kasautuvat, pitkittyvät ja ylisukupolvistuvat. Vakavien hyvinvointivaikutusten lisäksi eriarvoisuus voi vaikuttaa myös taloudellisen kasvun mahdollisuuksiin negatiivisesti. (Särkelä ym. 2014, 287.)

Suomalaisessa terveystaloudessa on pitkään ollut tavoitteena pyrkimys terveyden mahdollisimman tasaiseen jakautumiseen väestön eri ryhmien välillä. Väestön terveys ei tästä tavoitteesta huolimatta jakaudu tasaisesti, vaan sosiaalisen aseman mukaan. (Taimio 2007, 228.) Terveystalouden kiinnostuksen kohteena on erityisesti *kansanterveys*. Tällä tarkoitetaan koko väestön ja sen keskeisten osaryhmien terveyttä, jota käytännössä pyritään selvittämään yksilöiltä kootun tiedon pohjalta. (Palosuo & Lahelma 2013, 40.) Kansanterveys on myös merkittävä hyvinvointia luova osa-alue.

Terveyden edistämällä tarkoitetaan ihmisten terveydestä huolehtimisen mahdollisuuksien parantamista. ”Terveyden edistämiseen kuuluu terveyttä tukevien ympäristöjen kehittäminen, ammattitaitoisen sosiaali- ja terveydenhuollon ylläpitäminen, terveyden huomioon ottaminen poliittisessa päätöksenteossa ja terveysosaamisen lisääminen väestön keskuudessa sekä terveyttä edistävien yhteisöjen tukeminen.” (Vertio ja Rouvinen-Wilenius 2014, 229–230.) Huono terveys vaikuttaa yksilöön tämän elämäntilanteen mukaan; niin lapsen kehitykseen kuin nuoren koulunkäyntiin tai työikäisen työntekoon. Terveystaloudella on kuitenkin käytettävissä rajalliset resurssit terveyden edistämiseen. Terveydenhuollon kustannukset ovat merkittävä menoerä valtiolle ja siksi yksi terveystalouden keskeisin kysymys onkin: Kuinka rajalliset resurssit tulisi sijoittaa, jotta tehokkuuspyrkimyksen lisäksi saavutettaisiin myös terveyden oikeudenmukainen jakautuminen väestön kesken? (Österbacka 2014, 120.) Vertion ja Rouvio-Wileniuksen (2014, 229) mukaan terveydenhuollon kustannukset voivat myös ylittää yhteiskunnan kantokyvyn.

Yhteispolitiikassa on lisäksi muistettava, että vaikka valtio vaikuttaa inhimillisen pääoman syntyyn ja jakautumiseen, viimekädessä kuitenkin yksilöt itse päättävät, kuinka esimerkiksi terveyttään käyttävät.

Hyvinvointitalous on käsitteenä varsin tuore. Hyvinvointitaloudessa sana hyvinvointi ajatellaan keskeisimmäksi tekijäksi. Hyvinvointi muodostaa päämäärän ja tämän saavuttamiseksi talous toimii ainoastaan välineenä. Talouskasvu ei yksinään siis riitä yhteiskuntapolitiikan tavoitteeksi. Tästä huolimatta taloudellisen tasapainon tärkeyttä ei voida kiistää hyvinvointitaloudessa. Hyvinvointitalouden keskiöön kuuluu myös hyvinvointi-investoinnit – koulutus, terveyden edistäminen, järjestöjen toiminta ja erilaiset ehkäisevän toiminnan muodot – jotka nähdään avaintekijöinä niin ihmisten onnellisuudelle kuin taloudelliselle menestykselle. Yksinkertaisimmillaan hyvinvoinnin itsessään voidaan ajatella tarkoittavan yksilölle kahta asiaa: sosiaalista hyvinvointia ja terveyttä. Lähestynkin pro gradu -tutkielmassani terveyden edistämisen tärkeyttä nimenomaan hyvinvointitalouden näkökulmasta, missä korostuu subjektiivinen eli kokemuksellinen ajattelu siitä, mitä hyvä elämä on.

Hyvinvointitaloudessa myöskään talouden ja hyvinvoinnin vastakkainasettelu ei ole perinteisen ajattelutavan mukainen: Talouden ei ajatella luovan hyvinvointia kuin tiettyyn pisteeseen asti. Talouskasvua tärkeämpää on talouden tasapaino, joka tarkoittaa vakaata taloutta ja pieniä tuloeroja väestön kesken. Talouden tasapainon ajatellaan luovan hyvinvointia ja toisaalta myös hyvinvointi-investointien roolia pidetään tärkeänä kestäväälle talouskasvulle. Millainen on sitten onnistunut hyvinvointitalous? Sen lisäksi, että se on taloudeltaan vakaa, se huomioi luonnon ja ympäristön kantokyvyn. Taloudellista kasvua ei tavoitella hinnalla millä hyvänsä vaan sosiaalinen, ekologinen ja taloudellinen kestävyys muodostavat vahvan tasavertaisen kolmiyhteyden. (Särkelä ym. 2014, 260, 282–284.)

Tutkielmassani keskityn paitsi Suomessa esiintyviin eriarvoisuuden muotoihin ja niiden aiheuttamiin ongelmiin myös yhteiskunnan terveystalouden epäkohtiin. Käsittelen myös yhteiskuntapolitiikan tasapainoilua talouden ja hyvinvoinnin välillä. Otsikon mukaisesti tutkielmani pääpaino on läpikotaisesti terveydessä – sen edistämisessä, mutta myös eriarvoisuudessa ja yhteiskunnallisessa painossa osana kokonaisvaltaista hyvinvointia. Olen perehtynyt aiheeseen alan keskeisten kirjallisuuslähteiden pohjalta.

Tutkielmani etenee seuraavasti. Luvussa 2 esitellään erilaisia eriarvoisuuden muotoja, joita Suomessa esiintyy. Seuraavassa luvussa 3 syvennyttään tarkemmin asteittäisiin eroihin väestön terveydessä, terveystalouden käytössä ja eriytyneessä palvelujärjestelmässä. Yksilöiden näkökulman perehtymisen jälkeen edetään luvussa 4 yhteiskunnan tasolle ja pohditaan miten yhteiskunnan toimintatavat ovat muuttuneet hyvinvointivaltion syntyvuosista. Luku painottuu pitkälti talouden ja hyvinvoinnin välisen suhteen pohdintaan. Luvussa 5 kohdistetaan katseet osittain jo tulevaisuuteen ja pohditaan keinoja, miten yhteiskunta voi vaikuttaa tilanteeseen. Pohdin, miten rakenteelliset muutokset, käyttäytymiseen vaikuttaminen ja terveystalouden tarjonta ovat vaikuttaneet ja voivat vaikuttaa terveyserojen kasvun pysäyttämiseksi hyvinvointitaloudessa. Läpi tutkielman huomioin myös normatiiviset kysymykset. Edistys tasa-arvokysymyksissä on väistämättä vahvasti sidoksissa yhteiskunnalliseen panostukseen ja vaatiikin ennen kaikkea normatiivisuutta – näkemystä siitä, mitä hyvä ja rikas elämä on. (Therborn, 2014, 49). Viimeisessä luvussa 6 esittelen muutamia keskeisiä kysymyksiä koskien tulevia uudistuksia niin rahoitus- kuin palvelurakenteessa sekä erilaisia skenaarioita koskien hyvinvointitalouden markkinavetoista tulevaisuutta.

2 ERIARVOISUUS SUOMESSA

2.1 ERIARVOISUUDEN ULOTTUVUUDET

Eriarvoisuus on yhteiskunnallinen ja kulttuurinen ilmiö, joka aiheuttaa ennenaikaisia kuolemia, sairastumisia tai toimintakyvyn menetyksiä. Vaikka eriarvoisuus usein liitetään varallisuuseroihin, on siinä kyse muustakin. (Koskinen 2008, 25; Therborn 2014, 7.) Ruotsalaissyntyinen sosiologi Göran Therborn (2014, 28) kuvaa tilannetta seuraavasti: ”Eriarvoisuuden esittäminen ainoastaan rikkaimman yhden prosentin ja loppujen vastakkainasetteluna kuvaa paremmin Roope Anka -sarjakuvien maailmaa kuin ihmiselämän julmaa nykytodellisuutta erilaisine eriarvoisuuden muotoineen.” Eriarvoisuudella on myös vahva normatiivinen luonne, joka viittaa tasa-arvon poissaoloon tai puutteeseen (Therborn, 2014, 9).

Eriarvoisuutta voi esiintyä ainakin kolmessa eri muodossa, joista ensimmäinen on yksilön elinmahdollisuuksiin vaikuttava, sosiaalisesti rakentunut *elämänehtojen eriarvoisuus*. Toinen ulottuvuus, *eksistentiaalinen eriarvoisuus*, keskittyy puolestaan ihmisarvon tulkintoihin. Kolmas, ehkä eniten näkyvyyttä saanut *resurssien eriarvoisuus* liittyy vahvasti tuloihin, mutta käsittää myös muunlaiset resurssit, kuten yksilön vanhempien vaurauden, tiedon ja tuen. Terveysten eriarvoisuus aiheutuu pääasiassa juuri resurssien epätasaisesta jakautumisesta (Koskinen, 2008, 26). Kaikki ulottuvuudet ovat keskenään vuorovaikutuksessa ja toisistaan riippuvaisia, vaikkakin jokaisella on oma erilainen kehityskaarensa. (Therborn 2014, 62–63, 190–191.)

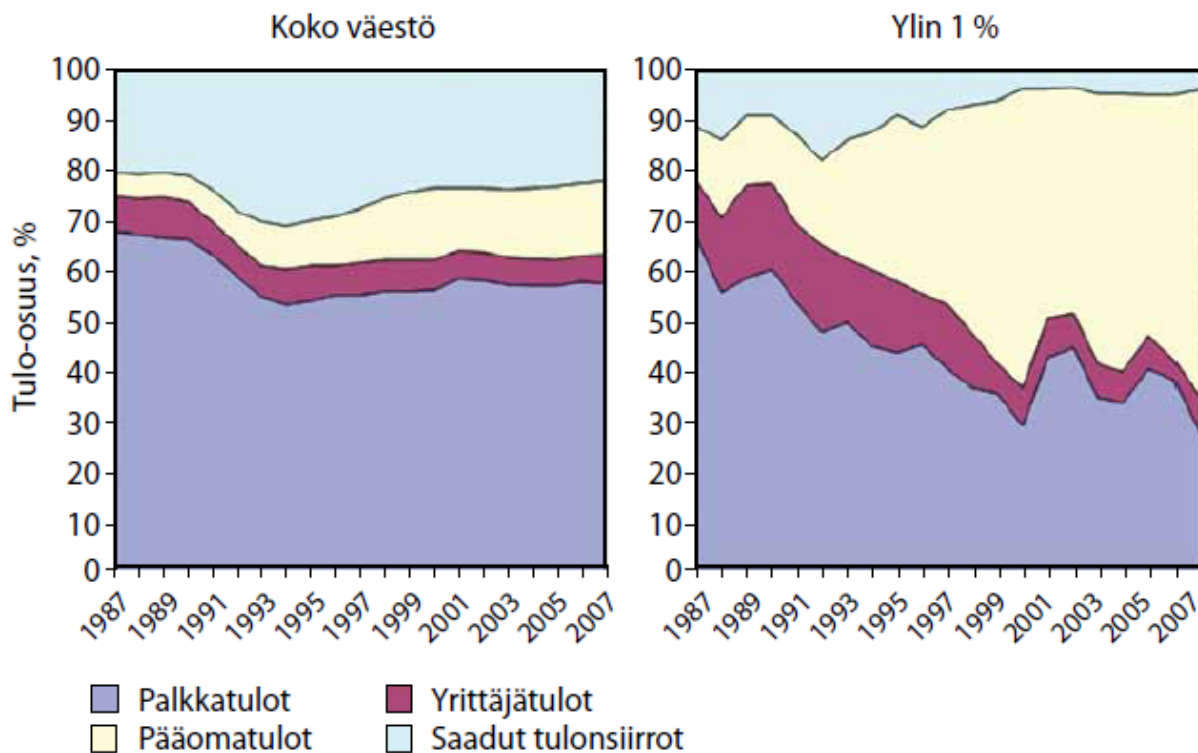
Suomessa elinikää koskeva eriarvoisuus on Länsi-Euroopan jyrkintä: vähän koulutettujen joukkoon kuuluvia suomalaisia kuoli vuosittain sataa tuhatta asukasta kohti 1255 muita enemmän. Ruotsissa vastaava luku oli puolet pienempi. Suomalaisnaisten eriarvoisuus sijoittuu Euroopan keskiarvon alle, vaikka yleisesti pohjoismaalaiset naiset ovat suhteellisesti miehiä eriarvoisempia. Suomalaismiehistä ei kuitenkaan voida sanoa samaa, sillä he kuolevat ennenaikaisesti melkein yhtä usein kuin amerikkalaiset. Miesten osalta Suomen tilanne on siis erittäin heikko; tämä sosiaalinen, elämänehtojen eriarvoisuus on Euroopan jyrkintä. (Therborn 2014, 154, 19–20; Mackenbach ym. 2008.)

Koska terveyserot eivät johdu yksilön omasta tahdosta, vaan niihin altistavista tekijöistä, voidaan terveyseroja pitää yhtenä merkittävimmistä eriarvoisuuden ilmentymistavoista (Koskinen 2008, 24). Lisäksi eriarvoisuudella on taipumusta herättää yhteiskunnan kehitystä heikentävää epäluottamusta (Therborn 2014, 35; Uslaner 2002; Rothstein & Uslaner 2005, 71–72). Luottamus muodostaa yhdessä taloudellisen toimeentulon, asunnon ja työnteon mahdollisuuden kanssa terveyden perusedellytykset. Jos nämä perusedellytykset uupuvat, on terveydentilan parantaminen lähes mahdotonta. (STM 2008, 31.)

2.2 TULOEROJEN KEHITYS

Suomessa eriarvoisuus on kasvanut 2000-luvulta lähtien, mikä on kansainvälisestikin poikkeuksellista. Kasvuun on vaikuttanut merkittävästi tuloeroissa tapahtunut muutos (Kari, 2010, 82–83). 1990-luvun laman jälkeen Suomen tuloerojen kasvu on ollut OECD-maiden nopeinta. Samalla kun alimmissa tuloryhmissä tulot ovat kasvaneet keskivauhtia hitaammin, ylemmissä tuloluokissa kasvuvauhti on ollut valtavaa (Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa 2013, 14). Tähän on vaikuttanut merkittävästi vuoden 1993 veroreformi, jossa pääomatulojen ja ansiotulojen verotus eriytettiin; pääomatuiloille määrättiin rajaveroprocentin sijaan vakioveroprocentti. Uusi järjestelmä itsessään kannusti ansiotulojen muuntamista pienemmän verotusasteen pääomatuloiksi. Tämä puolestaan johti siihen, että ylimpiä tuloja saavien tulot kasvoivat voimakkaasti uudistuksen jälkeen. (Riihelä, Sullström, Suoniemi & Tuomala 2012.) 1990-luvun puolivälin jälkeen pääomatulon suhteellinen osuus bruttotuloista on vain kasvanut sitä enemmän, mitä suurempia tuloja tarkastellaan (ks. kuvio 1) (Tuomala 2009, 372–373). Kuvioista 1 näkyy pääomatulojen valtava osuus ylimmän 1 prosentin ryhmässä (62%). Tuloerojen kasvua selittävät nimenomaan Suomen veropoliittiset ratkaisut ja sosiaalipolitiikan leikkaukset. Kyse ei ole siis vain ylimmän tuloryhmän bruttoansioiden räjähdysmäisestä noususta. (Hiilamo, Kangas, Manderbacka, Mattila-Wiro, Niemelä & Vuorenkoski 2010, 7.)

Kuvio 1. Bruttotulojen koostumus



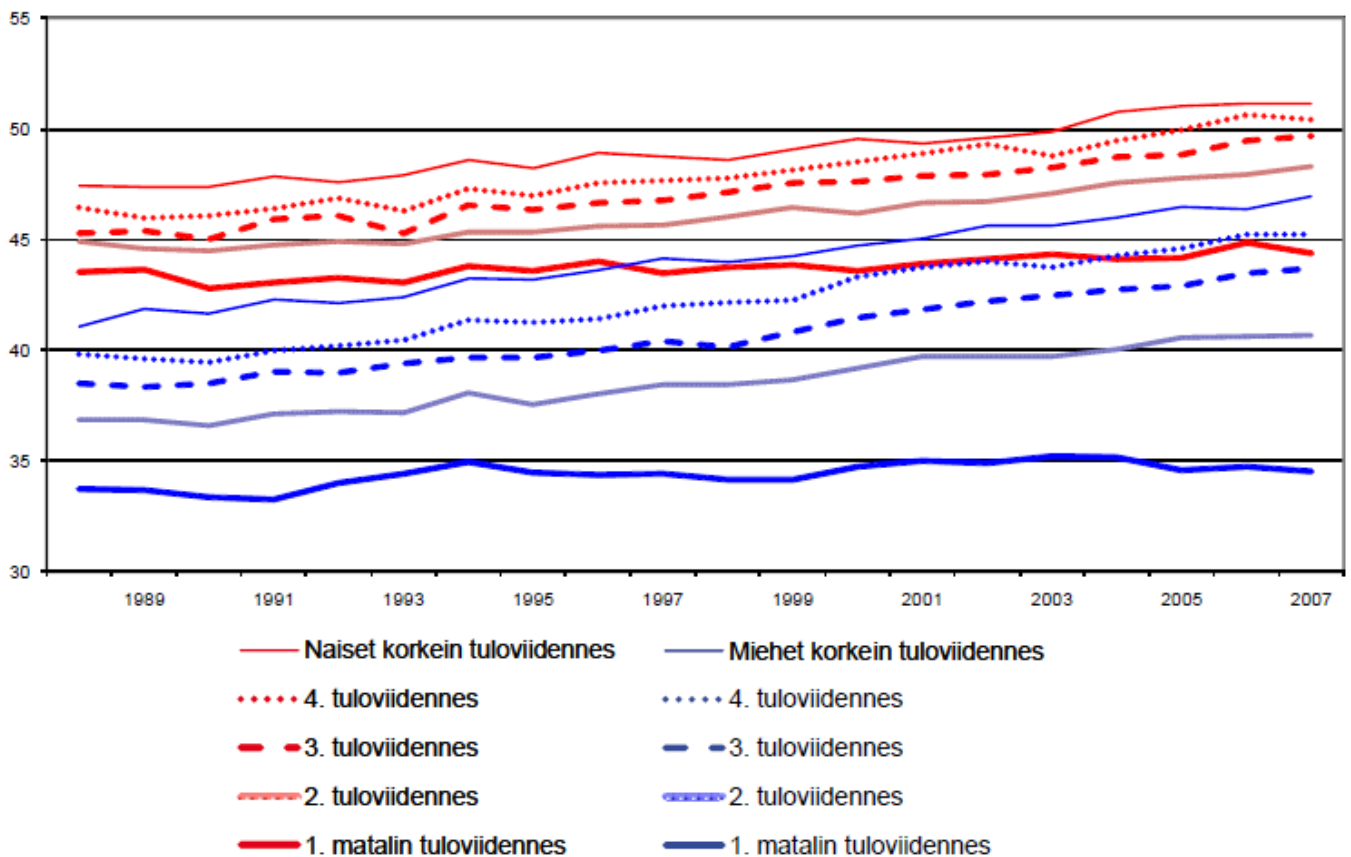
Lähde: VATT DP 371

Pääomatulo-osuuksien kasvusta on seurannut ylipään tulodesiiliin kuuluvien keskimääräisen veroasteen lasku 1990-luvulta lähtien. Erityisen voimakasta lasku on ollut huipputuloisilla, ylimmällä prosentilla. Vastaavasti alimpaan tulodesiiliin kuuluvien keskimääräisessä veroasteessa ei ole tapahtunut muutoksia. Nämä veroasteen muutokset ovat johtaneet verotuksen progressiivisuuden vähenemiseen, mikä puolestaan luonnollisesti heikentää tuloja tasoittavaa uudelleenjakovaikutusta. (Hiilamo ym. 2010, 17; Tuomala 2009, 367.)

Vuosien 2005–2011 maailmanlaajuisessa tuloerotilastossa Suomi sijoittuu tuntuvien tuloerojen maihin. Vaikka tuloeroja kuvaava Gini-kerroin on hieman EU:n keskiarvoa alempi, ovat varakkaimman ja köyhimmän viidenneksen tulo-osuuksien suhteet Suomessa EU:n keskiarvoa korkeammat. (Therborn 135, 138.) Veroreformia ja sen tuloeroja kasvattavaa vaikutusta pidetään yhtenä merkittävimpänä syynä eriarvoisuuden kasvuun Suomessa viimeisten vuosikymmenten aikana (Kari 2010, 82–83).

Menneinä vuosikymmeninä tuloerojen vaikutus elinikään on vain korostunut. Tuoreen suomalaistutkimuksen mukaan vuosien 1988–2007 aikana 35-vuotiaiden suomalaisten miesten elinajanodotteen ero ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välillä on kasvanut yhteensä 5 vuodella 12,5 vuoteen ja naisten 3 vuodella 6,8 vuoteen (ks. kuvio 2). Samalla kun muiden tuloryhmien elinajanodote on kasvanut 80-luvun lopulta lähtien, alimmassa tuloviidenneksessä elinajanodote ei ole kasvanut ollenkaan 90-luvun alun jälkeen. (Rotko, Mustonen & Linnanmäki 2011, 13; Therborn 2014, 17.)

Kuvio 2. 35-vuotiaiden miesten ja naisten elinajanodote tuloviidenneksittäin 1988–2007



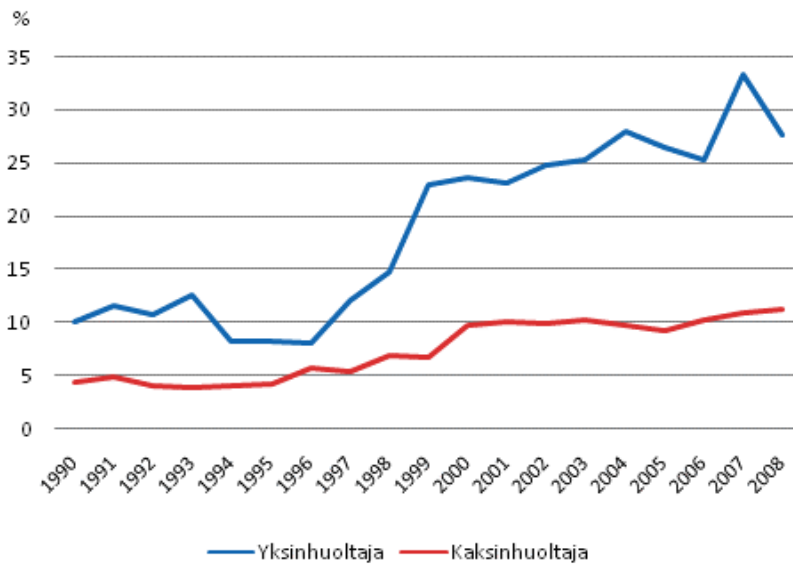
Lähde: Rotko, Mustonen ja Linnanmäki 2011, 13

Therbornin (2014, 55) mukaan eriarvoisuus aiheuttaa köyhyyttä. Köyhyys ilmenee monin eri tavoin eri maissa ja eri kulttuureissa, mutta köyhyydellä on kuitenkin universaali yhteiskunnallinen merkitys: ”Köyhyys tarkoittaa, ettei ihmisellä ole riittäviä resursseja osallistua kunnolla jokapäiväiseen elämään, jota valtaosa ympärillä olevista ihmisistä elää” (Therborn 2014, 30).

Suomessa alhainen koulutustaso, työttömyys ja yksinhuoltajuus johtavat usein pienituloisuuteen eli joutumiseen köyhyysrajan – tulot alle 60 % mediaanitulosta – alapuolelle (Vaalao & Häkkinen 2014, 19–21). Kokopäivätyö on itse asiassa tärkein pienituloisuutta ehkäisevä tekijä (Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa 2013, 13). Tämä pienituloisuus, toisin sanoen tuloköyhyys, on noudattanut tuloerojen kanssa pitkälti samaa kehitysuraa: käytettävissä olevilla tuloilla mitattu tuloköyhyys alkoi kasvaa tuloerojen tapaan vasta 1990-luvun puolivälin jälkeen ja on jatkanut kasvuaan myös 2000-luvulla. Tuloksia selittää nimenomaan korkea työttömyys sekä 90-luvun laman jälkeinen perusturvan jäädyttäminen. Perusturvan taso on jäänyt ansiotulojen kehityksestä jälkeen 20–30%. (Hiilamo ym. 2010, 17; Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 279.)

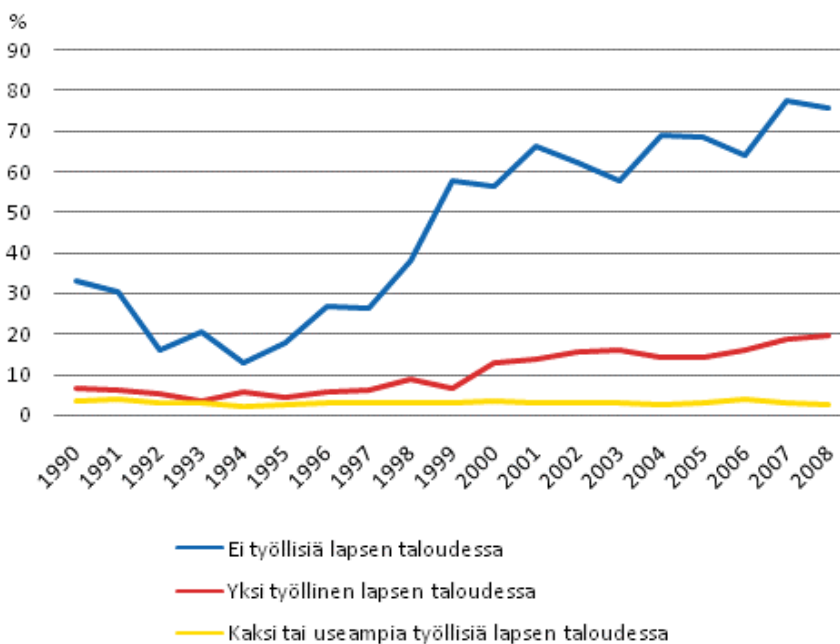
Elämässä esiintyviä köyhempiä ajanjaksoja, esimerkiksi opiskeluaikaa, pidetään usein väliaikaisina. Empiirinen näyttö kuitenkin paljastaa köyhyyden olevan tila, josta on vaikea päästä pois. OECD-maiden vertailussa yli puolet köyhyysrajan alle (tässä 50 % mediaanista) kuuluvista ihmisistä oli köyhiä vielä kolme vuotta myöhemmin. Köyhyys siis jonain hetkenä itse asiassa lisää köyhyyden riskiä myöhemmin. (Tuomala 2009, 382; Therborn 2014, 56.) Myös lapsuudenkodin köyhyys tuplaa riskin aikuisiän köyhyyteen. Lisäksi vanhempien tulojen korreloidessa suoraan lasten terveydentilan kanssa on terveyseroja kasvattava ja sukupolvet ylittävä kierre valmis. (STM 2008, 32.) Erityisesti huolta aiheuttaa lapsiköyhyyden – eli niiden lapsien määrä, joiden perheet elävät köyhyysrajan alapuolella – kasvu 1990-luvulta lähtien. Yleisintä lapsiköyhyyden esiintyminen on yksinhuoltajaperheissä, sekä perheissä, joissa vanhempi on työtön (Kari 2010, 83). Kuvioista 3 nähdään, kuinka lapsiköyhyyden riski kasvaa kolminkertaiseksi yksinhuoltajaperheissä verraten kaksinhuoltajaperheeseen. Vastaavasti kuvioista 4 tulee sille työllisen aikuisen tärkeys lapsiköyhyyden pienentämiseksi. Alle kouluikäisten perheiden toimeentulo-ongelmien lisääntymistä 2000-luvulla ei voida pitää kestävästä hyvinvointipolitiikkana, jonka vuosittainen korjaamiseksi on erityisen suuri tarve (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 279).

Kuvio 3. Lapsiköyhyys yksin- ja kaksinhuoltajaperheissä (%)



Lähde: Tilastokeskus 2010, tulonjakotilasto

Kuvio 4. Lapsiköyhyys kotitalouden ammatissa toimivien lukumäärän mukaan (%)

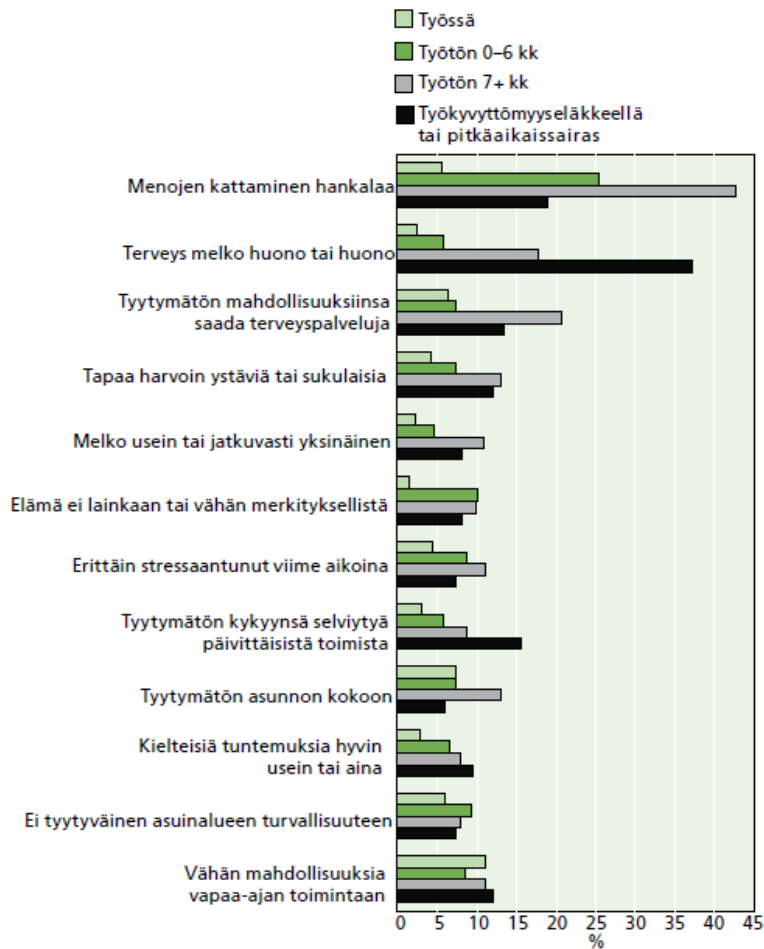


Lähde: Tilastokeskus 2010, tulonjakotilasto

2.3 SOSIOEKONOMISET EROT

Terveyserojen syntyyn vaikuttavat monenlaiset hyvinvoinnin yleisiin edellytyksiin liittyvät tekijät, kuten sosioekonomiset erot työ- ja sosiaalisessa ympäristössä sekä terveystottumuksissa. Erityisesti vähäinen koulutus, alempiin sosiaaliluokkiin kuuluminen ja heikko työmarkkina-asema näyttävät muodostavan vakavan terveysriskin (Hiilamo ym. 2010, 21; Keskimäki 2005). Suomessa terveyserojen aiheuttajana sosioekonominen asema on merkittävin tekijä, ja itse asiassa puhuttaessa terveyden eriarvoisuudesta viitataan juuri sosioekonomisiin terveyseroihin (Koskinen 2008, 24; STM 2008, 22). Kuviossa 5 on lueteltuna erilaisia ongelmia, joita yksilön elämään voi liittyä. Ongelmat kasautuvat ja ovat yleisempiä työttömillä kuin työssäkäyvillä. Suurimmat erot työttömien ja työssäkäyvien välillä nähdään taloudellisissa ja terveysongelmissa. Lisäksi tyytymättömyys terveyspalvelujen saatavuuteen eroaa merkittävästi näiden kahden ryhmän välillä. Työssäkäyvillä esiintyi kaikkia ongelmia varsin harvoin. Työssäkäyvien yleisimmät ongelmat liittyi kuitenkin vapaa-ajan toimintaan, asunnon kokoon sekä terveyspalveluiden saatavuuteen. (Kauppinen, Saikku & Kokko 2010, 239, 240.) Kaiken kaikkiaan terveyserojen kaventaminen koetaan tärkeäksi yhteiskunnalliseksi asiaksi ja se on ollut jo vuosikymmeniä Suomen ja WHO:n terveyspolitiikan keskeisenä tavoitteena (Palosuo, Sihto, Lahelma, Lammi-Taskula & Karvonen 2013, 96).

Kuvio 5. Erilaisten ongelmien yleisyys 18–64-vuotiailla pääasiallisen toiminnan mukaan, %.



Lähde: Kauppinen, Saikku & Kokko 2010, 242

Aikaisemmin esitelty elämänehtojen eriarvoisuus eroaa kahdesta muusta eriarvoisuuden muodosta – eksistentiaalisesta ja resurssien eriarvoisuudesta – epäsymmetrisen informaation aiheuttaman tiedollisen epäsuhdan vuoksi. Nimenomaan huono-osaiset, joihin terveyserojen kavennustoimenpiteet pyritään kohdistamaan, tietävät hyvistä elämäntavoista selvästi vähiten. Eksistentiaalisesta eriarvoisuudesta ja huonoista resursseista kärsivät sen sijaan ovat tietoisia omasta tilanteestaan paremmin kuin kukaan muu. Optimistisesti ajateltuna terveyserot voisivat kaventua terveystietämyksen levitessä ylemmiltä tuloluokilta alemmille ja nyt meneillään olisi ohimenevä vaihe. Viimeaikainen elämänehtojen eriarvoisuuden äkillinen kasvu ei kuitenkaan puolla tätä ajatusta sen pidemmälle. (Therborn 2014, 155, 158.)

Elintapojen vaikutus terveyteen ja elinikään on suuri. Alhaisen sosioekonomisen ryhmän keskuudessa yleiset huonot elintavat, kuten tupakointi ja alkoholin käyttö, aiheuttavat noin puolet miesten ja neljäsosan naisten sosioekonomisista kuolleisuuseroista (Koskinen 2008, 24). Koskinen (2008, 27–28) korostaa myös, ettei elintapoja voida pitää vain yksilön oman valinnan tuloksena, koska niihin vaikuttavat mm. taloudelliset resurssit, perinteet, muoti, arvot, normit, mainonta ja markkinat, joihin terveystieteellisin keinoin pystytään vaikuttamaan.

Vaikka terveyden eriarvoisuudesta kärsivät eniten huono-osaiset, koskee ongelma koko yhteiskuntaa. Terveyden epätasainen jakautuminen väestön kesken aiheuttaa merkittäviä kustannuksia niin valtiolle, kunnille kuin kotitalouksille. Esimerkiksi syrjäytynyt nuori maksaa huomattavan summan yhteiskunnalle. Syrjäytymistä voidaan itse asiassa pitää vaiheena kohti huono-osaisuutta. Syrjäytymistä koulutuksesta, sosiaalisista suhteista ja vaikutusmahdollisuuksista pyritään ehkäisemään poliittisten keinojen avulla. Erilaisilla ohjelmilla on tavoitteena vaikuttaa elintapojen lisäksi myös elinolosuhteisiin, jotka toimivat huonon terveyden syytekijöinä. Tällaisia tekijöitä ovat taloudellinen eriarvoisuus, työttömyys, asumisolosuhteet, koulutusmahdollisuudet, lasten kasvuolosuhteet ja terveyspalveluiden saatavuus. Erityisesti palveluiden saatavuuden ongelmiin paneudutaan tarkemmin terveystieteissä käsittelevässä luvussa 3. (STM 2008, 26, 31, 82, 88–89; Koskinen 2008, 25.)

2.4 KOULUTUSTASON MERKITYS

Koulutusta pidetään tärkeimpänä investointina terveyden edistämiseksi. Sekä terveen elinajan pituus että elinajanodote näyttävät molemmat olevan kytköksissä yksilön koulutukseen. Koulutukseen sijoittaminen ei myöskään välttämättä tarkoita rahallisesti suuria panostuksia. Tästä esimerkkinä toimii terveystiedon opettaminen kouluissa. Koulutus muokkaa osaltaan terveystietoisuutta ja vaikuttaa toimeentulon lisäksi myös elinoloihin ja käyttäytymiseen. (Koskinen 2008, 25–26; (Särkelä ym. 2014, 280.)

Koulutusta pidetään myös yhtenä tarkimmista mittareista sille, kuinka paljon yhteiskunnallinen eriarvoisuus aiheuttaa aikuisten vältettävissä olevia kuolemia. Sen lisäksi, että köyhät ja vähän koulutetut kuolevat nuorempina kuin parempiosaiset, heillä on myös suurempi riski sairastua pitkäaikaissairauksiin. Esimerkkinä Sihvosen (1998) tutkimus, jossa havaittiin koulunkäynnin

perusastetta käymättömien suomalaisten ja norjalaisten miesten – suuremman kuolemanriskin lisäksi – sairastavan pitkäaikaissairautta 7–8 vuotta pidempään 50 ikävuodesta eteenpäin verrattuna korkeammin koulutettuihin. Naisilla vastaava luku oli 5 vuotta. (Therborn 2014, 20.)

Koulutusaste vaikuttaa merkittävästi yksilön sosiaaliseen asemaan, joka puolestaan korreloi vahvasti yksilön mielenterveysongelmien kanssa. Esimerkiksi vakava masennus on pelkän perusasteen koulutuksen saaneilla kaksi kertaa yleisempää kuin muilla ryhmillä. Lisäksi lähes kolmasosa pelkän perusasteen koulutuksen saaneista on joskus yrittänyt itsemurhaa. Vaikka Suomessa tunnetusti on hyvä ja ilmainen kouluttautumismahdollisuus, on yhteiskunnan haastavaa pyrkiä vaikuttamaan koulutusasteen periytyvyyteen. Tutkimusten mukaan vanhempien koulutustaso vaikuttaa myös lasten hankkimaan koulutustasoon. Mitä korkeammin koulutettuja vanhemmat ovat, sitä todennäköisempää on, että myös lapsella on korkeakoulututkinto. (Kari 2010, 78–81.)

3 TERVEYDEN EPÄTASAINEN JAKAUTUMINEN SUOMEN ERITYISONGELMANA

3.1 TERVEYDENHUOLLON RAHOITUSJÄRJESTELMÄSTÄ AIHEUTUVAT ONGELMAT

1990-luvun alussa terveydenhuollon palveluntarjonta tehostui ja tarjonta kasvoi. Nämä muutokset vaikuttivat kuitenkin terveydenhuollon tasa-arvoon ristiriitaisesti. Toisaalta huonommassa sosiaalisessa asemassa olevien hoitoon pääsy parani, mutta samanaikainen palvelumaksujen korotus ja sairausvakuutuksen omavastuusuuden lisäys rajoitti tämän ryhmän palveluiden tarkoituksenmukaista käyttöä. Kotitalouksien lisäksi myös kuntien rahoitusvastuu kasvoi. (Keskimäki 2005.) Tutkimusten mukaan tavallisten suomalaisten hyvinvointi ei ole kohentunut 90-luvun jälkeen laisinkaan (Särkelä ym. 2014, 260, 282–284).

Ennen 90-luvun lamaa olivat valtion ja kuntien osuus terveydenhuollon menoista lähes samansuuruisia (n. 35 %), mutta laman jälkeen terveydenhuollon rahoitusvastuu siirtyi merkittävältä osaltaan kunnille (yli 40 %). Samaan aikaan kotitalouksien rahoitusosuus on muuttunut hieman regressiiviseksi, eli alempien tuloluokkien suhteellinen rahoitusosuus on suurempi kuin ylempien. Myös rahoituksen painopisteen siirtyminen valtion rahoituksesta kunnalliseen on lisännyt regressiivisyyttä, koska valtion verotus on huomattavasti progressiivisempaa kuin kunnallinen verotus. (Hiilamo ym. 2010, 21–22.)

Väestön yleistä terveydentilaa pystyttäisiin nostamaan merkittävästi, jos huono-osaisimpien terveys saataisiin nostettua muun väestön keskimääräiselle tasolle. Palvelujärjestelmän sisältämien eriarvoisuutta aiheuttavien tekijöiden vähentäminen on oleellinen tekijä tämän tavoitteen saavuttamiseksi. (Vaarama 2010,12.) Suomessa on tällä hetkellä maailman hajautunein palvelujärjestelmä, niin terveydenhuolto kuin rahoitus on monikanavainen (Erhola & Pekurinen 2016). Palvelu- ja rahoitusjärjestelmää ollaan kuitenkin uudistamassa kohti yksinkertaisempaa mallia.

Nykyisessä rahoitusjärjestelmässä rahaa kanavoituu ainakin kuuden institutionaalisen rahoittajan kautta. Keskeisimpiä ovat kunnat, valtio, kotitaloudet, kansaneläkelaitos, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt, joista rahat kanavoituvat palvelujen tuottajille monin eri periaattein. Tärkeimpänä rahoittajana toimivat valtio ja kunnat, joiden rahoitusosuus on noin 70 prosenttia. Kotitalouksien osuus sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta on Suomessa OECD-maiden korkeimpia, vuonna 2012 osuus oli kaikkiaan 3,8 miljardia euroa eli 14,4 prosenttia. Pakolliset ja vapaaehtoiset vakuutusmaksut rahoittavat kokonaismenoista noin 12 prosenttia. (Pekurinen & Seppälä 2014, 17, 21.)

Monikanavaisessa rahoituksessa kaikki – niin julkinen, yksityinen kuin työterveyshuolto – saavat julkista rahoitusta. Kunnallinen terveydenhuolto rahoitetaan verovaroin valtionosuuden kautta. Yksityistä terveydenhuoltoa ja työterveyshuoltoa rahoitetaan sen sijaan pakollisen sairaskorvauksen avulla eli palkasta kerättävällä pakollisella vakuutusmaksulla, jonka maksuosuudet koostuvat paitsi työnantajalta ja työntekijöiltä myös valtiolta. Tämän lisäksi palveluita rahoitetaan ei-julkisin varoin vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla sekä työnantaja- ja asiakasmaksuilla. (Pekurinen & Seppälä 2014, 11; Tanninen & Tuomala 2015, 135.)

Teperin (2008, 123) mukaan tämä monikanavainen rahoitusjärjestelmä, jossa palveluja rahoitetaan paitsi yksityisistä lähteistä myös monista eri julkisista lähteistä, on syynä palveluiden epätasaiseen jakautumiseen väestön kesken, mikä puolestaan johtaa tehokkuus- ja oikeudenmukaisuusongelmiin. Vaikka päävastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaisesta jakautumisesta on yhteiskunnalla, on monissa palvelujärjestelmän uudistuksissa keskitytty tehokkuuspyrkimykseen oikeudenmukaisuuspyrkimyksen kustannuksella (Sintonen & Pekurinen 2006, 139).

Julkisen rahan kanavoituminen sekä yksityisiin että julkisiin palveluihin eri perustein johtaa helposti kannustinongelmiin. Koska kaikilla on omat erilaisten lähtökohdat ja ansaintalogiikat, heikentää oman edun optimointi rahoitusjärjestelmästä saatavaa kokonaisuutta. Rahoittajien runsas määrä sekä monimutkaiset kanavoitumisreitit palvelujen tuottajille aiheuttavat rahoitusjärjestelmän hallittavuus- ja ohjattavuusongelmia. Rahoitusjärjestelmän yksinkertaistaminen on ollut jo usean vuoden esillä ja uudistuksella haetaan ensisijaisesti kokonaistaloudellista tehokkuutta sosiaali- ja terveyspalveluihin. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamiseksi on asetettu työryhmä sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Kaivattua uudistusta on kuitenkin hidastanut varsinkin

tiedonpuute nykyisen järjestelmän rahavirroista. (Pekurinen & Seppälä 2014, 47; STM 2015, 19–20.)

3.2 TERVEYDENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄN ERIITYNEISYYS

Suomen palvelujärjestelmä on eriytynyt kolmeen osaan: kunnalliseen perusterveydenhuoltoon, työterveyshuoltoon ja yksityisten yleislääkäreiden vastaanottoon. Eri palvelumuodot ovat keskenään hyvin erilaisia ja jokaisella on omat erityispiirteensä. Kunnallisen terveydenhuollon merkitys terveyden ja kuolleisuuden erojen syntymiselle korostuu terveyskeskuksien ollessa ainoa kaikille avoin paikka hoitoon hakeutumiseen. Kuitenkin terveyskeskuksissa esiintyy erityisesti kattavuuden ja laadun ongelmia. Työterveydessä sen sijaan on nähty hyvää esimerkkiä säännöllisten terveystarkastusten ja aikaisen epäkohtiin vaikuttamisen hyvästä tuloksesta. Työterveyshuollon piiriin kuuluvat ovat muuta väestöä terveempiä, sillä aikaista toteamista edellyttävät sairaudet tulevat ajoissa havaituksi. (Terveyden edistämisen eettiset haasteet 2008, 14.) Laatu ja nopeus ovat selvästi julkista ja yksityistä terveydenhuoltoa erottavia tekijöitä. Julkisen terveydenhuollon palvelujen melko yhdenmukainen tarjonta vaikuttaa osaltaan paremmin informoitujen ihmisten halukkuuteen käyttää yksityisiä palveluja. (Tuomala 2009, 352.) Samanaikaisesti korkeat omavastuuosuudet ja käyntipalkkiot rajaavat yksityisten palveluiden käytön mahdollisuuden vain hyvätuloisten keskuuteen.

Työterveyshuollon ja yksityisen yleislääkäripalvelun tarjoamaan hoitoon pääsee usein varsin helposti ja nopeasti. Samaa ei voi sanoa kunnallisesta perusterveydenhuollosta. Tällä hetkellä ongelmia esiintyy erityisesti hoitoon pääsyssä. (STM 2008, 120–121.) Kohtuuttoman kauan hoitoa vuonna 2009 odottaneista melkein puolet oli terveyskeskuksen asiakkaita (Klavus 2010, 36–37). Sen sijaan työterveyslääkärin ja yksityislääkärin vastaanottojen odotusaika tuottaa vähiten harmia (ks. kuvio 6). Elokuussa 2013 jono sairaanhoitopiireihin ja perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon oli yhteensä 73 000 potilaan pituinen. (Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa 2013, 18–19.)

Kuvio 6. Hoitoon pääsyä viimeisen 12 kuukauden aikana kohtuuttoman kauan odottaneet palveluittain (%)

	2004 %	2006 %	2009 %
Terveyskeskuslääkärille	55,0	46,0	44,0
Sairaalan poliklinikalle	32,0	34,0	23,0
Sairaalassa suoritettavaan toimenpiteeseen	32,0	34,0	27,0
Terveyskeskushammaslääkärille	17,0	24,0	20,0
Työterveyslääkärille	6,0	5,0	12,0
Yksityislääkärille	5,0	4,0	6,0

Lähde: Klavus 2010, 37

Jonojen lisäksi terveystalouden tarpeenmukaista käyttöä heikentäväksi tekijäksi muodostuvat asiakasmaksut. Vaikka kunnallisen terveydenhuollon käynti- ja hoitopäivämaksut ovat kohtuullisia, voivat asiakasmaksut muodostua esteeksi taloudellisesti huonossa asemassa oleville. Työterveyshuolto on järjestelmistä ainoa, joka tarjoaa palveluja täysin maksuttomasti. Tosin siinäkin esiintyy puutteita. Työterveyshuollon sisäistä eriarvoisuutta kasvattavat työpaikkakohtaiset erot. Erityisesti epätyypillisissä työsuhteissa hoidon kattavuus on usein keuhkoa.

Sairauksien hoitotuloksissa on havaittavissa samanlaisia piirteitä kuin elinajanodotteissa. Vaikka teknologian kehityksen myötä hoitotulokset paranevat jatkuvasti, ei palvelujärjestelmä kykene kohdentamaan myönteistä kehitystä alempiin sosioekonomisiin ryhmiin, jolloin erot vain jatkavat kasvuaan. (STM, 2008, 120–121.) Palvelujärjestelmän ongelmana on selkeästi sen eriarvostava luonne. Vähävaraiset, jotka kipeimmin tarvitsevat terveystalouden palveluja, joutuvat jonottamaan kohtuuttomia aikoja ja vielä maksamaan siitä. Työssäkävijöille sen sijaan useimmiten tarjotaan ilmainen ja nopea hoitoon pääsy (Palosuo ym. 2013, 110).

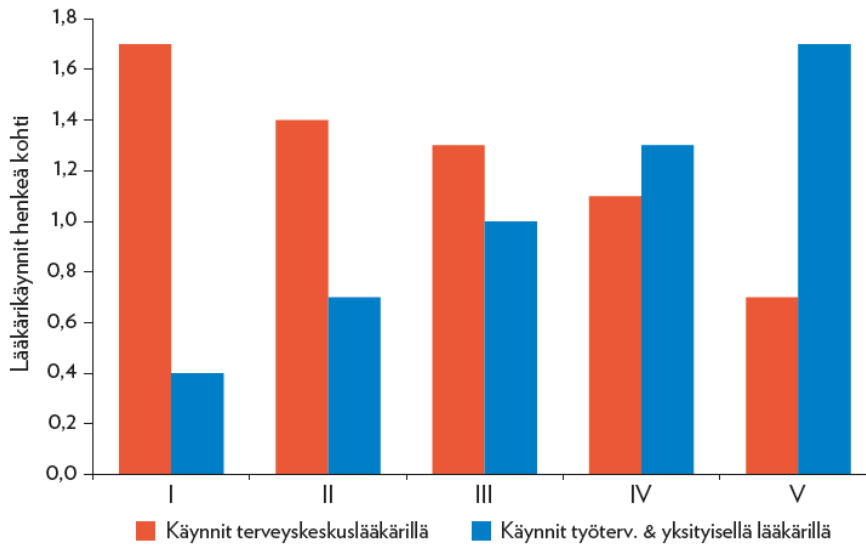
3.3 TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTÖN JAKAUTUMINEN

Terveyspalvelujen käyttö on OECD-maissa yleisesti jakautunut hyvin epätasaisesti. Suhteutettuna hoidon tarpeeseen, Suomessa hyvätuloiset käyttävät lääkäripalveluja neljänneksi eniten heti Puolan, Yhdysvaltojen ja Espanjan jälkeen. Suurituloiset siis käyvät Suomessa yleislääkärillä pienituloisia useammin. Eroja selittää – usein parempituloisiin lukeutuvien – työssäkäyvien toimivampi terveyspalveluiden saanti verrattuna työelämän ulkopuolella oleviin. (Nguyen 2012.)

Samanaikaisesti kuitenkin tiedämme, että vähän koulutetuilla ja työttömillä on usein heikompi terveydentila ja siten suurempi tarve käyttää palveluita (Vaalavuo 2014, 34; Koskinen 2004). Tästä huolimatta väestö kokee tutkimusten mukaan Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tarpeitaan tyydyttävinä ja melko hyvinä (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 278).

Maria Vaalavuo (2014, 34) on tutkinut toimeentulonsaajien julkisten terveyspalveluiden käyttöä. Tuloksien mukaan Helsingissä, aikavälillä 2006–2011, toimeentulotukiasiakkaat ovat käyttäneet huomattavasti enemmän julkisia perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon palveluita verrattuna muuhun väestöön. Samalla kun pienituloiset turvautuvat yleisimmin terveyskeskuskäynteihin, suosivat yksityislääkärikäynnit sekä työterveyshuollon käynnit enemmän suurituloisia. Tilannetta havainnollistaa kuvio 7, jossa tarkastellaan lääkärikäyntejä tuloviidenneksittäin. Tätä tuloluokittaista eriarvoisuutta lääkäripalveluiden käytössä voidaan pitää Suomen terveystalouden kipupisteinä. (Häkkinen & Nguyen 2010.)

Kuvio 7. Lääkärillä käynnit tuloviidenneksittäin



Lähde: Häkkinen & Alha 2006

Erot eri sosioekonomisten ryhmien kuolleisuudessa ilmenevät kaikissa sairausmuodoissa, niin hoidettavissa olevissa, kuin pitkäaikaissairauksissa. Pääselittäjinä eroille ovat todennäköisesti hoidon kattavuus, aloittamisen nopeus ja sisältö. Hoidon kattavuus, eli hoidon piirissä olevien osuus kaikista hoitoa tarvitsevista, ilmenee esimerkiksi pitkäaikaissairauksien lääkehoidossa; hyvätuloiset saavat useammin lääkehoitoa. Lisäksi Suomessa lääkkeiden keskimääräinen korvaustaso on kansainvälisessäkin vertailussa varsin matala. Hoidon aloituksen viivästyminen sen sijaan vaikuttavat huono-osaisten hoitoon hakeutumisreitit. Lisäksi kunnalliseen perusterveydenhuoltoon, jota huono-osaimmat pääsääntöisesti käyttävät, ei pääse yhtä helposti ja nopeasti kuin yksityiselle lääkärille tai työterveyshuoltoon. Hoidon sisältö puolestaan vaihtelee potilaan tulotason mukaan. Esimerkiksi monia kirurgisia toimenpiteitä tehdään enemmän hyvätuloisille, vaikka leikkausta vaativat sairaudet ovatkin yleisempiä alemmissä tuloryhmissä. Ongelmana näyttää olevan se, että suurin osa kirurgisista läheteistä tulee yksityislääkäreiltä, joita ylempään tuloluokkaan kuuluvat käyttävät enemmän (Keskimäki 2003; Keskimäki 2005). Kuolleisuuserot eivät siis selity huono-osaisten palveluiden ulkopuolelle jäämisellä, vaan pitkälti terveydenhuollon rakenteellisilla ominaisuuksilla, joita ovat tuotantojärjestelmän eriytyneisyys sekä maksupolitiikkaan liittyvät linjaukset. (STM 2008, 22–23, 119, 120–121, 140; Teperi 2008, 119, 120.)

4 YHTEISKUNNAN TASAPAINOILU HYVINVOINNIN JA TALOUSKASVUN VÄLILLÄ

4.1 MILLAINEN ON HYVINVOIVA YHTEISKUNTA?

Hyvinvointivaltion kulta-aikoina, 80-luvulla, talouden kasvu peilautui suoraan hyvinvointipalveluiden tarjonnan kasvuna ja yhä edelleenkin talouden hyvinvointia luovaa voimaa korostetaan (Kajanoja 2014, 187). Pitkään talouskasvun ja hyvinvoinnin ajateltiin kehittyvän käsi kädessä samaan suuntaan. Talouskasvu ei kuitenkaan tutkimusten mukaan kuvaa yhteiskunnan hyvinvointia tai onnellisuutta (Kari 2010, 77). Hyvinvoinnin kohentamisessa on enemmän kyse pahoinvoinnin, sosiaalisten- ja terveydellisen eriarvoisuuden ehkäisystä (Särkelä ym. 2014, 287.) Hautamäen ja Oksasen (2014, 108–109) mukaan kestävä hyvinvointi muodostuu kolmesta komponentista: elämänlaadusta, kestävästä taloudenpidosta ja tasapainoisesta luontosuhteesta. Yhteiskuntapolitiikassa luontosuhde ja elämänlaatu – jolla tarkoitetaan onnellisuutta, hyviä ihmissuhteita, osallisuutta ja elämän rikkautta – on selkeästi jäänyt vähemmälle huomiolle, koska hyvinvointia on määriteltä enemmän elintasokeskeisesti.

Onnellisuutta on tutkittu paljon eri maissa. Yhteistä tutkimuksille on se, etteivät ihmiset koe riippuvuutta vaurauden ja onnellisuuden välillä. Klassinen sanonta: ”raha ei tuo onnea”, näyttää siis pitävän paikkansa. Tasa-arvoiset maat ovat kaikista onnellisimpia. Erityisesti taloudellinen tasa-arvo on tärkeää. Esimerkiksi Wilkisonin ja Peckettin (2010) mukaan maailman rikkaimman 20 maan joukossa tulonjaon tasaisuus kertoo enemmän yhteiskunnan hyvinvoinnista kuin maan varallisuus. Lisäksi vapaudentunne ja tunne joukkoon kuulumisesta koetaan onnellisuutta luoviksi tekijöiksi. (Airtto 2010, 10–11.) Airtto (2010, 12–13) kuvaa onnellista yhteiskuntaa erilaisten rytmien yhteiskunnaksi. Tällä tarkoitetaan sitä, että yksilö saa olla oma erilainen itsensä ja tuntee silti itsensä ryhmään kuuluvaksi. Onnellisessa yhteiskunnassa siis erilaisuuskin mielletään normaaliksi.

Pahimmiksi pahoinvoinnin syiksi nostetaan usein työttömyys, köyhyys, syrjäytyneisyys, yksinäisyys ja huonot mahdollisuudet itsensä toteuttamiseksi (Hoffrén 2010, 52). Kaikkia edellä mainittuja tiloja yhdistää usein matalatuloisuus. Myös elämänlaatua koskevan tutkimuksen mukaan suurimpia riskitekijöitä elämänlaadulle ovat työkyvyttömyyseläke, työttömyys ja toimeentulotukiasiakkuus. Tulojen kasvaessa myös riski heikolle elämänlaadulle vähenee.

(Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen. 2010, 135). Tulonjakoa koskevat ongelmat aiheutuvat siitä, että rikkaiden rikastuessa muiden onnellisuus vähenee synnyttäen onnettomuutta. Onnettomuus heijastuu yhteiskunnallisina ongelmina, kuten rikollisuutena, päihteiden käytön lisääntymisenä ja mielenterveysongelmina. Richard Layardin (2010) mukaan paras tapa kohentaa onnellisuutta on heikoimmassa asemassa olevien auttaminen. Suomessa tämä tarkoittaa pitkälti tuloerojen pienentämistä, koska suurin osa tasa-arvo ongelmistamme aiheutuu juuri epätasaisesta tulonjakaumasta.

Huolestuttavaa on erityisesti mielenterveysongelmien kasvu. Seurauksena työurat ovat hyvin katkonaisia ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on yhä yleisempää. Mielialalääkkeitä syö yli 700 000 suomalaista. (Airto 2010, 12.) Tutkimusten mukaan suurimpana onnellisuutta vähentävänä terveydellisenä tekijänä pidetään juuri mielenterveysongelmia. Sen sijaan yksittäisenä, eniten onnellisuutta luovana tekijänä ihmisen elämässä voidaan pitää parisuhdetta. (Kari 2010, 80, 82.) Siviilisäädyn merkitys sairastavuuteen ja kuolleisuuteen on kiistämätön. Työikäisessä väestössä naimattomien, eronneiden ja leskeytyneiden miesten kuolleisuus on yli kaksinkertainen naimisissa oleviin miehiin verrattuna, ja naisilla siviilisäättyjen kuolleisuuserot ovat lähes yhtä suuret (Koskinen, 2004). Erojen suuruutta voidaan havainnollistaa ajattelemalla, että jos kaikkien siviilisäättyryhmien (naimattomat, lesket, eronneet) kuolleisuus olisi yhtä pieni kuin naimisissa olevien, vältettäisiin kaikista 30–64-vuotiaiden suomalaisten kuolemasta runsas kolmasosa (Koskinen, Martelin, 2013, 65). Mistä erot sitten johtuvat? Avioliiton ja yleensä parisuhteen tuomat terveyttä edistävät vaikutukset liittyvät usein sosiaaliseen tukeen, positiiviseen sosiaaliseen ympäristöön ja terveellisempiin elintapoihin. Luonnollisesti parisuhteen voi siis liittää moniin muihin hyvinvointia luoviin tekijöihin. Myös köyhyyden riski pienenee, kun useat menot puolittuvat. (Martelin, Koskinen, Lahelma, 2005.)

Amartya sen (2009) nostaa elämänlaatua ja hyvinvointia koskevassa kirjallisuudessa sosiaalisen oikeudenmukaisuuden tärkeyden osana onnistunutta yhteiskuntapolitiikkaa. Koostuuhan hyvinvoiva yhteiskunta luonnollisesti hyvinvoivista ihmisistä. Aikaisemmin esiteltiin hyvinvoinnin koostuvan kolmesta osa-alueesta; kestävän taloudenpidon ja tasapainoisen luontosuhteen ohella elämänlaatu on keskeisessä roolissa osana hyvinvointia. Elämänlaatu yhdistetään usein myös käsitteisiin elämään tyytyväisyys, koettu hyvinvointi ja onnellisuus. Tarkkaa määritelmää elämänlaadulle ei ole ja edellä olevia hyvinvoinnin termejä voidaankin pitää synonyymeina keskenään.

Liitteessä 1 on taulukoitu elämänlaatuun tilastollisesti merkitsevät selittäjät. Tulosten mukaan ikäryhmästä riippumatta muodostuvat tärkeimmiksi tekijöiksi elämänlaadun kannalta työ- ja toimintakyky sekä riittävä psyykkinen toimintakyky, joka riittää arkipäivästä suoriutumiseen ja kykyyn nauttia elämästä. Kaiken kaikkiaan kuitenkin työ näyttää olevan merkittävin elämänlaatuun – niin fyysiseen kuin psyykkiseen – vaikuttava tekijä. Työkyvyttömyyseläke jopa seitsemänkertaistaa riskin heikkoon psyykkiseen elämänlaatuun. Keski-ikäisillä ja eläkeikäisillä korostuu erityisesti tyytyväisyys terveydentilaan. (Vaarama, Siljader, Luoma & Meriläinen 2010, 133; Vaarama ym. 2010, 126–127.) Tulokset koskien hyvinvointia ovat äärimmäisen tärkeitä, koska huonoksi koettu terveys korreloi suoraan työttömyys- ja eläkeriskin kanssa sekä johtaa herkästi subjektiivisesti koetun elämänlaadun heikentymiselle ja sitä kautta väestön onnettomuuteen. (Böckerman & Ilmakunnas 2009, 18)

4.2 TALOUS JA HYVINVOINTI

Hyvinvoinnin ja talouden välinen suhde voidaan ymmärtää monella eri tavalla. Markkinavetoisen ajattelun johdattelemana korostettiin pitkään talouden asemaa hyvinvoinnin määrittäjänä. Talouskasvu ei kuitenkaan tutkimusten mukaan kuvaa yhteiskunnan hyvinvointia tai onnellisuutta eikä näin ollen perinteinen talouden tilan mittari BKT kuvaa hyvinvointia kovinkaan kattavasti. Silti vaikuttaa siltä, että yhteiskuntapolitiikassa keskitytään lähinnä talouspoliittisiin askelmerkkeihin ja muut, nimenomaan hyvinvointiin, vaikuttavat tekijät ovat jääneet vähemmälle huomiolle; tärkeää taloudellista stabiilisuutta on lähdetty julkisessa keskustelussa hakemaan ainoastaan taloudesta itsestään. (Särkelä ym. 2014, 282.)

Kangas (2014, 20–21) nostaa esille bruttokansantuotteen ja odotetun eliniän välisen suhteen. Riippuvuussuhteessa näkyy vähenevän rajahyödyn teoria eli vauraus kasvattaa hyvinvointia (tässä odotettua elinikää) vain tiettyyn pisteeseen asti. Kun vaadittava vauraus on saavutettu, korostuu talouskasvun sijaan yhteiskuntapolitiittiset päätökset. Vaikka talouden merkitystä hyvinvoinnille voidaan kuvata tärkeänä, vauraus ei kuitenkaan ole hyvinvoinnin määrittäjä vaan se luo ainoastaan edellytykset hyvinvoinnille. Tilastojen mukaan rikkaat maat ovat keskenään onnellisempia, mutta tietyn tulotason jälkeen tämä talouden ja onnellisuuden välinen yhteys hämärtyy tai katoaa kokonaan. (Kajanoja 2014, 186–187; Kari 2010,77.) Karin (2010, 77) sanoin:

”yhteiskuntapolitiikan ohjaaminen pelkän BKT:n avulla on kuin suunnistaisi avomerellä ilman kompassia”.

Taloustieteilijät eivät kuitenkaan arvioi taloutta ainoastaan perinteisten taloudellisten mittareiden, kuten tehokkuuden ja tuotettujen hyödykkeiden määrän avulla. Rinnalle on muodostunut uusia vaihtoehtoja perinteiselle taloustieteelle. Esimerkkinä *onnellisuustalous*, jossa yksilön itse uskotaan olevan paras oman hyvinvointinsa asiantuntija. Subjekttiivisen koetun hyvinvoinnin ajatellaan olevan avain myös onnistuneeseen taloudenpitoon. Taloustieteilijät siis huomioivat talouspoliittisessa päätöksenteossa myös vaikutuksen hyvinvoinnin osatekijöihin. Hyvänä ja käyttökelpoisena mittarina on esitelty GPI (Genuine Progress Index), joka korostaa taloudellista tasa-arvoa sekä huomioi mm. koulutuksen, kotitaloustyön, vapaaehtoistyön, rikollisuuden ja vapaa-ajan määrän. GPI vastaa hyvin myös BKT:n saamaan kritiikkiin ja sitä voidaan pitää hyvänä todellisen hyvinvoinnin mittarina. GPI-mittari pyrkii tavoittelemaan yhtä paljon niin käytettävissä olevien kulutusmahdollisuuksien lisäämistä kuin kansantaloudellista tasapainoa. Kuten aiemmin tuli esille, ei hyvinvointi loputtomiin ole ainoastaan tuotannon ja kulutuksen kasvua. (Hoffrén 2010, 15, 51.) Täytyy kuitenkin muistaa, että esimerkiksi useat kehitysmaat kärsivät edelleen materiaalisesta puutteesta ja näin ollen niiden osalta talouskasvu on oleellisessa asemassa tilanteen korjaamiseksi. Onnellisuustaloudesta puhuttaessa viitataan siis lähinnä vain korkean elintason maihin, joilla perushyvinvointi on riittävän talouskasvun myötä jo saavutettu. (Kari 2010, 77.)

Jos tähänasti talouden on ajateltu määrittävän yhteiskunnan hyvinvoinnin tason, niin lähiaikoina on korostettu nimenomaan hyvinvoinnin vaikutusta talouteen. Vastakkainasettelun kääntäminen ympäri on hyvinkin perusteltua, koska maailmanpankin laskelmien mukaan jopa kaksi kolmasosaa talouskasvusta selittyy *inhimillisellä ja sosiaalisella pääomalla*. (Kajanoja 2014, 186–187; Kalland 2014, 84.) Yhteiskunta voi investoida hyvinvointiin inhimillistä pääomaa, kuten koulutusta, terveyttä ja sosiaaliturvaa kasvattamalla. Inhimillisen pääoman myötä aikaansaadaan sosiaalista pääomaa: yhteisöllisyyttä ja luottamusta. Niin onnellisuus, terveys, eliniänodote kuin luottamus ovat kaikkia riippuvaisia tasa-arvosta. BKT:n tasolla ei sen sijaan ole suoraa korrelaatiota hyvinvointiin vaikuttaviin tekijöihin. (Kari 2010, 85.) Erityisesti luottamus koetaan yhdeksi keskeiseksi hyvinvointivaltiota ylläpitäväksi voimavaraksi. Luottamusta syö taloudellisen epävarmuuden lisäksi myös vallitseva terveyden eriarvoisuus.

4.3 JULKISEN TALOUDEN SÄÄSTÖPAINEEET

Julkisen talouden kriisissä talouden merkitys yhteiskunnan sopeuttajana kovenevan kilpailun maailmassa korostuu. Talouden heikkoina ajanjaksoina hyvinvointivaltion rakenteet kohtaavat usein näkemyksiä, jonka mukaan ne ovat vain kulueriä ja niiden kansantaloudellista rasitetta tulisi vähentää. Tuloksena julkisen talouden paine säästötoimiin kasvaa ja kaivataan erilaisia uudistuksia. On selvää, että julkisiin menoihin ei ole varaa, ellei kansantalouden kehitystä saada parempaan tilaan eli talouden kasvuun ja korkeaan työllisyyteen. Myös ikärakenteen muutos; ikäihmisten määrän kasvu luo lisää menoja sekä hyvinvointi- että terveystalouteen. Menopaineista selviytyminen tarkoittaa entistä korkeamman työllisyysasteen saavuttamista. Samalla kun väestö vanhenee, on maahanmuutto kuitenkin yleistynyt. Maahanmuutto voikin tulevaisuudessa nousta arvoon arvaamattomaan ja olla merkittävä apu työllisyysasteen nousun mahdollistamiseksi. (Kiander 2014, 28–29, 32–33.)

Vuodesta 2008 lähtien on Euroopassa ollut valloillaan poikkeuksellisen pitkä taantumajakso, joka on johtanut talouden kriisiin. Taantumien aikana, kestävyys- ja julkiseen velkaan keskittyessä, usein kuitenkin julkisten hyvinvointipalveluiden ja sosiaaliturvan olemassaolon syy unohtuu. Tarkemmin ajateltuna niistä hyötyvät niin yhteiskunta kuin kansantalous. Sosiaaliturva ja universaalit julkiset palvelut edesauttavat työllisyystilannetta, hyvinvointia ja kaventavat tuloeroja. Sosiaaliturvajärjestelmät tai ainakin osa niistä on rakennettu nimenomaan talouden taantumista selviytymiseen. Esimerkiksi universaali maksuton mahdollisuus koulutukseen kasvattaa inhimillistä pääomaa ja sitä kautta parantaa työvoiman tuottavuutta. Terveystalouden puolestaan pitää työvoiman työkykyisenä. Päiväkodit ja palvelutalot sen sijaan mahdollistavat huoltajien ja omaisten työnteon. Nykyään puheet ja toiminta koskien universalismia eivät kuitenkaan yhteiskuntapolitiikassa kohtaa toivotulla tavalla. Ne ajatukset, jotka olivat hyvinvointivaltion rakentamisen vaiheessa keskeisiä, eivät enää tänä päivänä päde samalla tavalla; universalististen hyvinvointimallien ylivertaisesta ja vahvasta tutkimuksellisesta toimivuudesta huolimatta Suomessa ollaan irtautumassa tästä hyvinvointivaltion kulmakivistä ainakin toiminnan tasolla. Väistämättä herää kysymys, onko nykyisen kaltaiseen hyvinvointivaltioon enää varaa, koska pahimmillaan suuri osa hyvinvointivaltion keskeisistä tehtävistä jää hoitamatta (Hoffrén 2010, 23). Samanaikaisesti kun Suomessa puhutaan universalismin vähentämisestä, muut maat tavoittelevat juuri Suomen universaalisia malleja. Toisaalta Suomessa ja ylipäätään Pohjoismaissa on totuttu siihen, että hyvinvointivaltion tarjoaa kansalaisille vakaat hyvinvointi- ja turvallisuuspuitteet, joilla tarkoitetaan

lähinnä universaaleja koulutus- ja terveystalouksia. Ja ainakin enemmistö kansalaisista haluaa pitää niistä kynsin ja hampain kiinni. Tämä näkyy myös suurena veronmaksuhalukkuutena (Särkelä ym. 2014, 285).

Tällä hetkellä elämme murrosvaihetta. Hyvinvointiyhteiskunnan ylläpitäminen edellyttää monien näkemysten mukaan talouskasvua. Itse asiassa elintasomme, tulonsiirto- ja palvelujärjestelmät pohjautuvat pitkälti taloudellisen kasvun varaan. Nykyisellään julkisen sektorin menot ja hyvinvointipalveluiden kysyntä ylittävät kuitenkin talouskasvun. Lisäksi talouskasvu itsessään ruokkii julkisten menojen kasvua. Lopputuloksena on kilpajuoksu, jota hyvinvointipalvelut eivät voi voittaa.

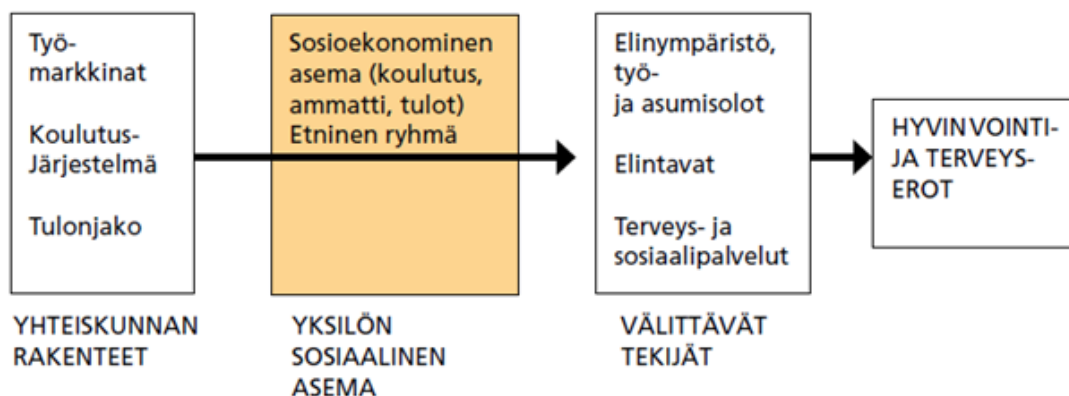
Talousjärjestelmämme on tilanteessa, jossa sen toimivuuden kyseenalaistaminen on varsin perusteltua. Yksi näkökulma talouden kantokyvyn heikentymiselle on liian kovat taloudellisen kasvun paineet. Eli sen sijaan, että hyvinvointipalveluita supistetaan, voitaisiin tietoisesti luopua taloustavoitteista ja etsiä keinoja, joilla hyvinvointia parannetaan, ei-talouskasvuun perustuvien menetelmin. on myös pohdittava millaiseen palvelutasoon meillä on varaa. Talouskasvun haittojen minimoimiseksi on esitelty erilaisia ideoita, joita ovat mm. elämän hidastaminen ja ylikulutuksen karsiminen. Ideoita yhdistää tavoite kohti ekologisesti kestävä, sosiaalisesti oikeudenmukaista ja kaikenpuolin tasa-arvoista yhteiskuntaa. Hyvinvointi ei rakentuisi siis ainoastaan talouden varaan, vaan hyvinvointi nähtäisiin enemmän sijoituksena vakaampaan talouteen. On hyvä muistaa, että Suomenkin talous on pitkälle integroitunut kansainväliseen talouteen. Tällainen pieni ja suhdanneherkkä talous on väistämättä altis erinäisille taloushäiriöille (Kiander 2014, 29). Tästä voisi vetää johtopäätöksen, että mitä enemmän talous määrää hyvinvointia, sitä enemmän myös hyvinvointipalvelut kohtaavat häiriöitä. Ajatukset, joiden mukaan pyritään löytämään ratkaisuja, jotka pitävät samanaikaisesti hallinnassa niin ympäristön kantokyvyn, inhimillisen hyvinvoinnin kuin taloudellisen toimeliaisuuden, tuntuvat varsin järkeviltä. Onhan materiaallinen kulutus itsessään on vain pieni osa hyvinvoinnin kokonaisuutta. (Artio 2010, 8, 10, 23–24; Särkelä ym. 2014, 283, 285–286.) Toisaalta on selvää, että yhteiskunnan on talouden kriisissä tavalla tai toisella sopeuduttava kovenevan kilpailun maailmaan. Talous on saatava kuntoon keinolla millä hyvänsä. Kianderin (2014, 29) sanoin kyse on enemmän pakosta ja vaihtoehdottomuudesta kuin vapaaehtoisista valinnoista. Tärkeää tutkimustietoa kuitenkin löytyy siitä, ettei taloudellisen menestyksen ja anteliaan hyvinvointijärjestelmän välttämättä tarvitse olla keskenään ristiriidassa. (Kiander 2014, 30).

5 KOHTI MENESTYVÄÄ HYVINVOINTITALOUTTA

5.1 TERVEYTTÄ EDISTÄVÄ YHTEISKUNTAPOLITIIKKA

Kansanterveyden näkökulmasta voitaisiin saavuttaa suuria terveyshyötyjä, jos huono-osaisten terveyttä pystyttäisiin parantamaan vastaamaan hyväosaisten terveyttä. Lisäksi Suomen lainsäädännön mukaan kaikille Suomessa asuville tulee turvata yhtäläiset ja laadukkaat palvelut sosioekonomisesta asemasta tai muista tekijöistä riippumatta. (Palosuo ym. 2007, 228.) Eriarvoisuus terveydessä ilmenee jo aikaisemmin esille tulleiden erilaisten taustatekijöiden kautta. Kuvio 8 kuvaa näitä terveyserojen syntyyn vaikuttavia tekijöitä, joiden tunteminen on ensiarvoisen tärkeää positiivisten muutosten aikaan saamiseksi. Sosiaalista eriarvoisuutta kitkeviä toimia ovat yhteiskunnan rakenteisiin kohdistuvat toimet, kuten riittävän tulotason varmistaminen, koulutuksen ja työttömyyden vähentäminen. Lisäksi tarvitaan välittäviin tekijöihin, kuten elinympäristöön, terveellisiin elintapoihin ja terveyspalvelujen saatavuuteen vaikuttavia toimia. Sosioekonominen asema puolestaan toimii keskeisenä vaikuttavana tekijänä niin terveyttä heikentäviin kuin sitä vahvistaviin mekanismeihin. (Hiilamo ym. 2010, 21; Rotko, Mustonen & Linnanmäki 2011, 15.)

Kuvio 8. Terveyserojen taustatekijät



Lähde: Rotko, Mustonen ja Linnanmäki 2011, 16

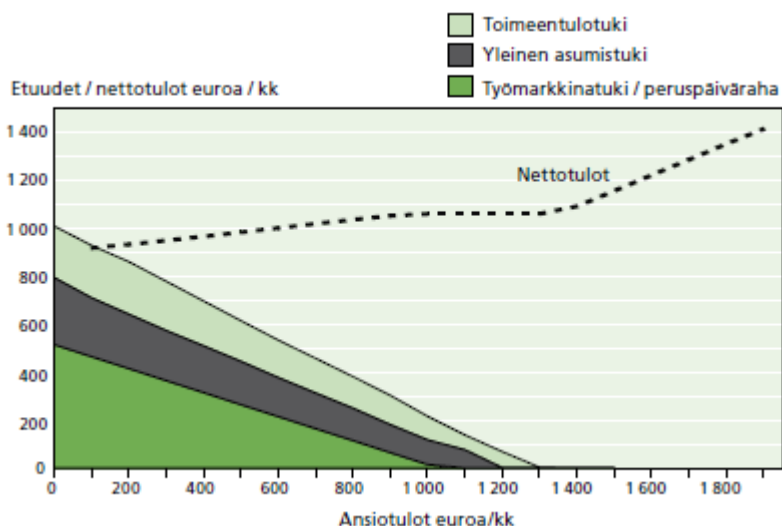
Jotta heikommassa sosiaalisessa asemassa olevat saataisiin mukaan valtaväestön tahtiin, tarvitaan toimia, jotka kohdistuvat tuloerojen supistamiseen, työttömyyden vähentämiseen, koulutuksen tasa-arvoisuuteen sekä työolojen kohentamiseen erityisesti kuluttavissa ammateissa (Koskinen 2008, 28). Aikaisemmin esiteltyjen eriarvoisuuden ulottuvuuksien ehkäisemiseksi on olemassa lukuisia keinoja: *lähentyminen, osallistaminen, hierarkioiden purkaminen* sekä *uudelleenjako* (Therborn 2014, 79–80). Vaikuttavin keino edistää lähentymistä on niin sanottu positiivinen syrjintä, jolla tarkoitetaan erityisesti huono-osaisille kohdennettuja erityistoimenpiteitä. Palvelujärjestelmässä tämä tarkoittaisi sitä, että huono-osaisille tulisi antaa ylimääräistä tukea esimerkiksi tarjontaa lisäämällä, palvelujen hintaa alentamalla, palvelujen räätälöinnillä sekä tiedottamalla palvelusta laaja-alaisemmin. (Koskinen 2008, 28.) Erityiskohtelussa on kuitenkin huomioitava, ettei se aiheuttaisi tietyn väestöosan leimaamista. Viimeaikoina on nostettu paljon esille toimeentulotukeen kohdistuvaa alikäyttöä. Tämä antaa viitteitä mahdollisesta pelosta sosiaalista eristäytymistä kohtaan. (Tuomala 2009, 248, 256, 386.)

Myös osallistaminen eli ovien avaaminen on merkittävä keino saada ulkopuoliset mukaan valtaväestön tahtiin. Osallistamista on pyritty vahvistamaan niin kansallisesti kuin kansainvälisesti. Lääketieteellistä tietoa ja hoitokäytäntöjä levitetään maailmanlaajuisesti elämänehtojen eriarvoisuuden vähentämiseksi. Lisäksi vuonna 2004 kaikkien EU-maiden tuli laatia sosiaalista osallisuutta koskeva kansallinen toimintasuunnitelma. Hierarkioiden purkaminen tai madaltaminen sen sijaan avaa sisäisiä etenemismahdollisuuksia organisaation häntäpäähän ryhmille, esimerkkinä työpaikoilla jatkuvasti yleistyneet horisontaaliset verkostot eli tiimit. (Therborn 2014, 80–81.) Suomessa tiimityön osuus muista työmuodoista on Euroopan viidenneksi suurta (Böckerman, Kauhanen & Taimio 2015, 237, kuvio 9 [ECS, 2009]).

Tulosiirtojen ja verotuksen avulla tehtävän tulojen uudelleenjaon keskeisin tavoite on saavuttaa oikeudenmukainen tulonjakauma. Progressiivista verotusta voidaan nimittää myös onnellisuusveroksi, jonka avulla rikkaiden rikastumisesta aiheutuva negatiivinen ulkoisvaikutus saadaan kuriin (Kari 2010, 78). Uudelleenjako onkin osoittautunut varsin tehokkaaksi keinoksi – se lievittää OECD-maiden taloudellista eriarvoisuutta keskimäärin neljänneksellä 16–65-vuotiaiden keskuudessa (Therborn, 2014, 82–83 [OECD, 2011a].) Vaikka tulosiirtojen tarkoituksena on ensisijaisesti turvata elanto, suojaavat ne myös köyhyydeltä sekä uudelleenjakavat resursseja elämäntilanteiden välillä. Tulonsiirrot muodostavat siis myös ikään kuin vakuutuksen työttömyydelle. (Tuomala 2009, 324.)

Koska köyhyys ja pienituloisuus ovat keskeisimpiä terveyserojen aiheuttajia, on toimivalla uudelleenjaolla selvä yhteys väestön terveyteen (Palosuo ym. 2013, 108). Uudelleenjakojärjestelmissä esiintyy kuitenkin myös puutteita. Yhtenä merkittävimmistä uudelleenjaon koordinoituvirheistä Suomessa voidaan pitää sosiaaliturvan ja verotuksen yhteisvaikutuksesta aiheutuvaa *köyhyysloukkaa*, joka ajaa yksilön tilanteeseen, jossa työtä ei yksinkertaisesti kannata tehdä. Kuvio 9 nähdään, kuinka työmarkkinatuki, asumistuki ja toimeentulotuki muodostuvat ansiotulojen yhteisvaikutuksena. Työttömän käteen jäävät tulot eivät yksinkertaisesti kasva alle 1400 euron ansiotuloilla. Kyse ei siis ole vain kannustinvaikutuksesta vaan myös valinnan vapaudesta. (Tuomala 2009, 250, 258, 386). Työtä voidaan sosiaalisen osallisuuden ohella pitää parhaana sosiaaliturvana, mutta tästä huolimatta kannustinloukkujen purkaminen ei ole kovin yksinkertaista; kattava sosiaaliturva väistämättä synnyttää erilaisia tulo- ja byrokraloukkuja. Tulosidonnaisuuden lievittäminen johtaa kustannusten kasvuun, kun myös parempituloiset saavat tukia. Vastaavasti pienituloisille kohdistetut tuet kasvattavat marginaaliveroasteita. (Viitamaki & Laitila 2009, 12–13; Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa 2013, 13; Karjalainen & Moisio 2010, 122.)

Kuvio 9. Sosiaaliturvan ja pienten ansiotulojen yhteensovitus yksinasuvalla työttömällä



Lähde: Karjalainen & Moisio 2010, 117

5.2 TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEEN VAIKUTTAMINEN

Tupakka, päihteet, epäterveellinen ravinto ja liikunnan puute ovat keskeisimpiä sosioekonomisten kuolleisuus ja sairastavuuserojen riskitekijöitä. Elintapoihin vaikutetaan alkoholi-, tupakka-, ravitsemus- ja liikuntapolitiikan keinoin esimerkiksi kouluruokailun tason parantamisella, alkoholin ja tupakan verotuksen – mutta myös myynti- ja markkinointirajoitusten avulla (Koskinen 2008, 28).

Elintavat ovat vahvasti sidoksissa sosioekonomiseen asemaan ja määräytyvät jo varhaisella iällä perheen vaikutuksesta. Huonot elintavat ovat yleisiä vähän koulutetuilla ja työntekijäammateissa toimivilla ryhmillä. Myös miessukupuoli toimii altistavana tekijänä riskitekijöiden ilmentymiselle. Elintavat määräytyvät yksilön omien valintojen sekä kulttuuristen ja aineellisten mahdollisuuksien tuloksena.

Elintapoihin voidaan siis yhteiskunnallisesti vaikuttaa koko elämän ajan, myös senkin jälkeen kun yksilön sosiaalinen asema yhteiskunnassa on vakiintunut. Tarvittavan tiedon levitys hyvien elintapojen tärkeydestä sekä koulutuksen mahdollistaminen ovat ensiarvoisen tärkeitä toimia myötävaikuttavan kulttuurisen ilmapiirin luomiseksi. (Prättälä, Linnanmäki & Vartiainen 2008, 106.) Tiedon levittäminen sitä eniten tarvitseville on kuitenkin haastavaa. Vaikka maan päättäjät olisivat oikeassa – esimerkiksi terveellisten elämäntapojen suhteen – huono-osaiset ovat kasvaneet siihen, ettei suosituksia tarvitse noudattaa. He eivät välttämättä arvosta edes fyysistä terveyttään. (Therborn 2014, 156–157.) Lisäksi Therborn (2014, 99) korostaa, ettei kyse ole vain elämäntapojen valinnasta vaan myös siitä, mitkä valinnat ovat yksilölle ylipäänsä taloudellisesti ja muuten mahdollisia.

Terveysriskien hallintaa helpottavat erilaiset sääntelyt ja kiellot. Myös liikuntaan ja ruokailutottumuksiin vaikuttamalla voidaan saada merkittäviä tuloksia aikaan sydän- ja verisuonitautien esiintymisessä (Terveyden edistämisen eettiset haasteet 2008, 13). Toistaiseksi ei kuitenkaan ole saavutettu toivottavia tuloksia: ” – Suomessa sydän- ja verisuonitautien sosiaalinen eriytyminen on Länsi-Euroopan suurinta, tupakan eriytyminen toiseksi suurinta ja alkoholikuolemien eriytyminen kolmanneksi suurinta” (Therborn 2014, 158).

Tupakkapolitiikkaan käytetään varsin vähän resursseja, vaikka tupakointi muodostaa ison kansanterveydellisen riskin. Tämä heijastuu tupakoimattomuuteen tähtäävien toimien epäonnistumisena: sosiaaliluokkien eroja tupakoinnin yleisyydessä ei ole onnistuttu poistamaan (Terveyden edistämisen eettiset haasteet, 2008, 13). Perinteisen suomalaisen alkoholipolitiikan – hinnan korkeana pitämisen ja saatavuuden rajoittamisen – toteutus vaikeutui, kun vuonna 2004 matkustajatuontirajoitukset poistettiin. Tämän jälkeen alkoholiverotusta on kiristetty Suomessa kolmeen otteeseen, kuitenkin ilman suurempia tuloksia: kulutus on pikemminkin lisääntynyt alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. (Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa 2013, 12, 14.) Alkoholinkäyttö selittää tutkimusten mukaan jopa neljäsosan ammattiryhmien välisestä elinajanodotteen erosta. Haasteen tuo myös alkoholiongelmien periytyminen sukupolvelta toiselle. (Prättälä, Linnanmäki & Vartiainen 2008, 107, 109.) Alkoholipolitiikassa korostuu laaja-alainen terveyspolitiikan rajat ylittävä yhteistyö; tarvitaan sekä universaaleja ehkäisytöitä, kuten jakelun ja saatavuuden sääätely että kansallisia kohdistettuja interventioita. (Palosuo ym. 2013, 109.)

Lihavuuden eri sosioekonomiset erot ovat vain kasvaneet viime vuosikymmenien aikana. Tilannetta selittävät väestöryhmien suuret erot kasvisten käytössä sekä hyvin koulutettujen ravitseva työpaikkaruokailu. Ravinnon sosioekonomiset erot muodostuvat jo varhain, sillä tutkimusten mukaan hyvin koulutetut ja toimeentulevat äidit imettävät lapsiaan pidempään kuin huono-osaiset. Ravinnon sosiaalisen eriytymisen vähentämiksi tehokkaimmat keinot ovat sellaisia, jotka kohdistuvat koko väestöön – kuitenkin niin, että ne hyödyttävät nimenomaan huono-osaisia. Tällaisia toimia ovat esimerkiksi kasvisten hinnan pitäminen alhaalla ja ylipäänsä elintarvikeverotuksen porrastaminen ruoan terveellisyyden mukaan. Lisäksi terveellisten valintojen markkinoinnilla sekä terveyden ja hyvinvoinnin mielikuvien vahvistamisella on merkittävä vaikutus kuluttajien terveyteen (Terveyden edistämisen eettiset haasteet 2008, 12). Myös liikuntatottumukset kehittyvät jo lapsuusiässä. Hyvän sosioekonomisen aseman omaavat vanhemmat pystyvät tarjoamaan lapselleen liikuntaharrastusmahdollisuuksia paremmin kuin alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat, joille perheen taloudellinen tilanne saattaa muodostaa esteen lapsen harrastukselle. (Prättälä, Linnanmäki & Vartiainen 2008, 108–109, 111.)

Yksilöiden elintavat ja käyttäytyminen ovat yksi niistä kansanterveyteen vaikuttavista tekijöistä, jotka määräytyvät pääosin terveydenhuollon ulkopuolella. Paitsi valtion ja kuntien myös yritysten ja erilaisten etujärjestöjen toiminnalla on merkittävä merkitys väestön terveyteen ja sen mahdollisuuteen. Ratkaisut vaikuttavat arkielämään kodeissa, päiväkodeissa, oppilaitoksissa,

työpaikoilla, palveluissa sekä liikenteessä ja sitä kautta voivat joko edistää tai vahingoittaa terveyttä. Huomionarvoista on nimenomaan keskittyminen terveyserojen kehitykseen, koska erilaiset ratkaisut voivat olla vaikutukseltaan erilaisia riippuen yksilöiden sosioekonomisista eroista. (STM 2008, 28–29.) Elämäntavat vaikuttavat sekä terveyteen että sairauteen ja on selvää, että mitä varhaisemmassa vaiheessa elämäntapoihin pystytään vaikuttamaan, sitä paremmin voidaan kasvattaa koko väestön terveyttä ja hyvinvointia. (Terveyden edistämisen eettiset haasteet 2008, 13.)

5.3 HYVINVOINTIPALVELUIDEN NORMATIIVISUUS

Kuten terveyden eriarvoisuuden vähentämisessä, myös palvelujärjestelmän tasa-arvoistamisessa on hedelmällisempää keskittyä ihannemaailman rakentamisen sijaan yhteiskunnallisiin epäkohtiin eli mekanismeihin, jotka luovat ei-toivottuja eroja. Epäkohtien suhteen on myös helpompaa päästä poliittiseen yhteisymmärrykseen, kuin yhteisymmärrykseen hyvän yhteiskunnan ominaispiirteistä. (Palosuo ym. 2013, 76; Teperi 2008, 119; Therborn 2014, 55.) Terveydenhuollossa tavoitteena on perustuslakiinkin kirjattu oikeus sosiaaliturvaan: julkisen vallan tulee turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä (Lehto 2008, 16). Tavoite ei kuitenkaan nykyisin toteudu toivotulla tavalla; niin palvelujen saanti, kuin hoidon kattavuus ja laatu ovat kaikki riippuvaisia yksilön sosiaalisesta asemasta. Suomessa köyhät ja vähän koulutetut jäävät muita useammin ilman tarpeellista hoitoa. Kuten on jo tullut esille, esimerkiksi kirurgisia toimenpiteitä suoritetaan epäoikeudenmukaisesti, hyvän sosioekonomisen aseman omaavia suosivasti. (Koskinen 2008, 27.)

Terveydenhuollon tulee jatkuvasti kiinnittää huomiota niin laatuun kuin kattavuuteen. Hoitoprosessin laadun varmistaminen ei kuitenkaan riitä, vaan samanaikaisesti on varmistettava, että kaikki hoidon tarpeessa olevat myös saavat sitä. Hoidon laadun ja kattavuuden toteutuessa myös koko järjestelmä tehostuu ja terveyserojen kaventaminen tulee mahdolliseksi. Palvelujärjestelmä on terveyspolitiikan merkittävin työkalu terveyserojen kaventamiselle. Tällä hetkellä sen toimimattomuus johtaa kuitenkin täysin vastakkaiseen tulokseen, terveyserojen kasvuun. (STM 2008, 47–48; Teperi 2008, 118, 121.)

Yhteiskunnalliset arvot tulevat esiin oikeudenmukaisuusaatteissa- ja tavoitteissa. Yleisesti Euroopassa oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa on merkittävä tavoite. Huoli heikommassa asemassa olevien ihmisten terveydestä kuuluu pohjoismaiseen, tasa-arvoa, julkista vastuuta ja heikoimmista huolehtimista korostavaan ajatusmaailmaan. Näin ei ole esimerkiksi Amerikassa. Terveyden eriarvoisuus, eli epäoikeudenmukainen terveyden vaihtelu, on eettinen kysymys nimenomaan sen korjattavuuden vuoksi. (Koskinen 2008, 25; STM 2008, 22, 88.) Asian korjaaminen ei kuitenkaan ole yksinkertainen tehtävä. Yhteiskunnan tulee samanaikaisesti edistää väestön terveyttä ja kunnioittaa jokaisen henkilökohtaista vapautta, mikä voi tarkoittaa myös huonojen elämäntapojen hyväksymistä. (Lehto 2008, 16.)

2000-luvulla tasa-arvo-ongelmat ovat olleet paljon esillä. Filosofi ja taloustieteilijä Amartya Sen (2009) määrittelee tasa-arvon tasavertaisiksi mahdollisuuksiksi toimia täysipainoisesti ihmisenä. Erilaiset eriarvoisuuden muodot kuitenkin vievät ihmisiltä tasavertaiset mahdollisuudet toimia: monilta puuttuu asunto, riittävä taloudellinen toimeentulo sekä mahdollisuudet työhön tai muuhun mielekkääseen tekemiseen. Tässä mielessä eriarvoisuus loukkaa ihmisoikeuksia. (Ståhl, Koivisto, Hannikainen-Ingman & Melkas 2008, 91; Therborn 2014, 54.)

Oikeudenmukaisuus liitetään usein tasa-arvoon. Käsitteet eivät kuitenkaan merkitsevyydeltään tarkoita täysin samaa. Toisin kuin tasa-arvo, joka usein perustuu jakaumien yhtäläisiin osuuksiin, oikeudenmukaisuus on arvosidonnainen eli normatiivinen käsite. Oikeudenmukaisuus jaetaan *horisontaaliseen* ja *vertikaaliseen oikeudenmukaisuuteen*. Ensimmäisellä tarkoitetaan, että samanlaisia tapauksia tulisi kohdella samalla tavalla ja jälkimmäisellä puolestaan sitä, että erilaisissa tilanteissa olevien kohtelun pitäisi olla erilaista. Samanlaisuuteen ja erilaisuuteen liittyy kuitenkin paljon määrittelyongelmia. Esimerkiksi vertikaalisen oikeudenmukaisuuden tapauksessa herää paljon kysymyksiä: Kuinka epätasa-arvoisesti eri sairauksia tulee hoitaa, jotta oikeudenmukaisuus tavoite toteutuisi? Entä pitäisikö jotain sairauksia hoitaa toisia paremmin?

Yhteiskunnalla on terveyden tuottamiseen kaksi pyrkimystä: *Tehokkuuspyrkimys* eli terveyden määrän maksimoiminen sekä sen oikeudenmukainen jakaminen väestön kesken eli *oikeudenmukaisuuspyrkimys*. Terveydenhuollossa mahdollisimman suuren terveyden määrän saavuttamiseksi tehokkuuspyrkimys muodostuu terveydenhuollon tärkeimmäksi ohjenuoraksi. Voimavarojen niukkuuden vallitessa tehokkuudesta joudutaan kuitenkin joskus luopumaan oikeudenmukaisuustavoitteen saavuttamiseksi. Terveystaloustieteelliset ongelmat liittyvätkin

vahvasti priorisointiin sekä voimavarojen käyttöön ja yhdistelemiseen. Tilannetta vaikeuttaa kuitenkin oikeudenmukaisuuskriteerien eli selkeiden arvovalintojen määrittelyn puuttuminen Suomenkin terveydenhuollosta. (Sintonen & Pekurinen 2006, 10–11, 25.)

Suomen terveydenhuolto on onnistunut tehokkuudessa varsin hyvin. Kansainvälisessä vertailussa Suomen terveydenhuollon kustannukset ovat bruttokansantuotteeseen suhteutettuna Euroopan parhaimmista. Suomessa on kasvatettu ihmisten terveystuotantoa pääosin terveyden edellytysten ja ihmisten tiedon lisäämisen, ei niinkään merkittävien taloudellisten investointien kautta. Toisaalta Suomen korkea sijoittumista kansainvälisesti selittää myös kansalaisten korkea omavastuuosuus kuluista. (Koivusalo 2014, 46; Vertion ja Rouvio-Wilenius 2014, 230.)

Mooney (1983) on kehittänyt nimenomaan horisontaaliseen oikeudenmukaisuuden selkeyttämiseksi tekijöitä tasa-arvon tarkasteluun terveydenhuollossa. Mooneyn neljäs ja viides periaate: ”yhtäläinen käyttömahdollisuus yhtäläisessä tarpeessa oleville” sekä ”yhtäläinen käyttö yhtäläisessä tarpeessa oleville” näyttävät olevan keskeisiä tavoitteita Suomen terveystalouden virallisia asiakirjoja tarkasteltaessa. Myös seitsemäs kohta: ”yhtäläinen terveys” tulee esille tavoitteessa pienentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. Lisäksi rahoituksellinen oikeudenmukaisuus, jossa on kyse vertikaalisesta oikeudenmukaisuudesta eli rahoitusosuuden suorasta yhteydestä yksilön maksukykyyn, näkyy Suomessa pyrkimyksenä taloudelliseen tasa-arvoon. (Sintonen & Pekurinen 2006, 91–104.)

6 HYVINVOINTIVALTION TULEVAISUUS

6.1 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON UUDISTUSTEN VAIKUTUKSET

Jo aikaisemmin esille tulleet käsitteet – hidastunut talouskasvu, vajaatyöllisyys ja heikkenevä huoltosuhde ovat kaikki selityksiä taloudellisen kantokyvyn heikentymiselle. Myös talouden globalisaatiolla ja kansainvälisellä verokilpailulla on oma rajoittava vaikutus talouden liikkumavaraan. Liikkumavaran vähäisyys korostuu erityisesti euromaiden kohdalla itsenäisen rahapolitiikan uupumisen vuoksi. Asetelma on muuttunut siis merkittävästi sitten 1990-luvun olosuhteisiin. Koska hyvinvointivaltion säilyttäminen koetaan kuitenkin tärkeäksi, ei jää muuta vaihtoehtoja kuin muuttuminen ja uudistuminen. Palvelutuotannossa se tarkoittaa tehokkuuden parantamista ja kustannusten hillintää. Sosiaaliturvassa se puolestaan tarkoittaa malleja, jotka paremmin tukevat työllistymistä ja työurien pidentymistä. Lisäksi ollaan selkeästi menossa kohti markkinavetoisempaa toimintatapaa, jossa taloudellisten kannustimien merkitys korostuu samalla kun valtion rooli talouden säätäjänä vähentyy. (Kiander 2014, 29, 32, 34.)

Terveydenhuollossa tavoitteena on perustuslakiinkin kirjattu oikeus sosiaaliturvaan: julkisen vallan tulee turvata riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut sekä edistää väestön terveyttä (Lehto 2008, 16). Tavoite ei kuitenkaan nykyisin toteudu toivotulla tavalla; niin palvelujen saanti kuin hoidon kattavuus ja laatu ovat kaikki riippuvaisia yksilön sosiaalisesta asemasta. Hyvin toimentulevat elävät pidempään kuin vähävaraiset (Niemelä 2015). Tällä hetkellä Suomessa siis toimentulon taso määrittää sekä miehillä että naisilla eliniän pituuden. Tilanteen korjaamista ei helpota sekä köyhyyden että sosioekonomisen aseman periytyvyys. Tuloksena voi pahimmassa tapauksessa olla yhteiskunta, jossa taloudelliset, sosiaaliset, kulttuuriset ja terveydelliset erot vain kasvavat entisestään (Kiander 2014, 33). Uutta vuonna 2019 voimaan tulevaa Sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelu uudistusta ja monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamista pidetään Suomessa mahdollisena ratkaisuna, jolla kustannuksia voidaan vähentää laadusta ja saatavuudesta tinkimättä.

Uudistusten tuomien hyötyjen – niin laadun, saatavuuden kuin kustannusten myötä kysymys miksei sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden rakennetta ja toimintatapaa olla aikaisemmin uudistettu? Itse asiassa erilaisia reformeja on tehty: vuoden 2005 hoitotakuu, vuoden 2009 palvelusetelilainsäädäntö ja uusimpana vuonna 2014 vapaus valita terveysasema ja hoitopaikka.

Edellä mainitut reformit ovat olleet kuitenkin suurelta osalta pettymyksiä, eikä niiden vaikutus ole yltänyt toivotulle tasolle. Ne ovat ehkä lähinnä toimineet vain ensiapuna odoteltaessa isompaa ja radikaalimpaa palvelurakennemuutosta. (Mikkola 2015.)

Hoitotakuun pääasiallinen tavoite oli nopeuttaa hoitoketjua, mutta tästä huolimatta jonot ovat edelleen merkittäviä (Pekurinen, Mikkola & Tuominen 2008). Palvelusetelijärjestelmä puolestaan on koettu hyväksi järjestelmäksi niin asiakkaiden kuin tuottajien mielestä. Järjestelmä perustuu kunnan maksamaan palveluun asiakkaan valitsemalla yksityisen sektorin tarjoajalla. Kunta maksaa palvelun kuitenkin vain tiettyyn itse päättämäänsä rajaan saakka. Asiakkaalle jää siis maksettavaksi palvelusetelin jälkeen jäävä omavastuuosuus, joka paikoin luo puutteita asiakkaiden oikeudenmukaiseen kohteluun. Hyvin toimeentulevilla on pienempi kynnyks hakeutua yksityisen sektorin palveluihin, kun taas vähävaraisilla omavastuuosuus saattaa olla este hoitoon hakeutumiseksi. Ongelmia aiheuttaa myös eri alueiden erilainen yksityisten palvelutarjoajien määrä. (Linnosmaa 2011.) Uusin reformi, terveysaseman vapaa valinta, sen sijaan on ollut vaikutukseltaan varsin vähäinen. Terveysaseman sijainti on edelleen ollut suurin vaikuttava tekijä hoitopaikan valinnan suhteen ja ilmeisen harva kokenut tarpeelliseksi vaihtaa terveysasemaa (Mikkola 2015).

Kokonaisuutena hyvinvointiyhteiskunnan yksi merkittävimmistä yksittäisistä hyvinvointiin vaikuttavista palveluista on sosiaali- ja terveyspalvelut. Viime aikoina terveydenhuollon merkitystä yhteiskunnassa on puhuttanut sosiaali- ja terveysalan palvelurakenteen uudistus eli sote, jonka pääkohdat on vihdoin saatu ratkaistua niin perustuslakia kuin hallitusta miellyttävästi. Ratkaisun saaminen ei ollut kuitenkaan helppo; puolueiden eriävät mielipiteet uudistuksen sisällöstä oli jopa hajottaa Suomen hallituksen. Sosiaali- ja terveydenhuollon osuus kokonaisbudjetista, vuonna 2013 noin 18,5 miljardia euroa, selittää sen isoa roolia kestävyysvajeen kuromisen kannalta (THL 2015). Taloudellisen näkökulman lisäksi terveydellä ja sen palvelurakenteella on suuri merkitys myös hyvinvoinnin näkökulmasta. Sote:n tärkeimmät tavoitteet ovatkin hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä kustannusten hallittavuus.

Sote:n voidaan ajatella rakentuvat kolmesta pääkohdasta: rakenneuudistuksesta, yksikanavaisesta rahoituksesta sekä valinnanvapaudesta. Rakenneuudistuksen myötä sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistetään ja palveluiden tarjonta perustuu 18 itsehallinnolliseen maakuntaan, jotka vastaavat palveluiden sosiaali- ja terveyspalveluista 1.1.2019 alkaen. (STM 2015a; STM 2016.) Itsehallinnolliset maakunnat luovat valtavan muutoksen nykytilanteeseen. Kaikki julkiset sosiaali-

ja terveystalvet siirtyvät yhden johdon eli maakunnan vastuulle. Maakunnan vastuulla on sovittaa talvet sekä asiakaslähtöisiksi että toimiviksi hoitoketjuiksi. Muutos on merkittävä, koska vastuu sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä keskittyy vanhan mallin 190 vastuuviranomaisen sijaan uuden mallin 18 maakuntaan.

Tulevassa uudistuksessa myös rahoitusratkaisu yksinkertaistuu. Rahoituksen keräys siirtyy kokonaan valtiolle, joka ohjaa rahoituksen tuotantorakenteesta ja sen ohjauksesta vastaavalle maakunnalle. Uudistus erottelee selkeästi talveluiden tarjoajat ja tuottajat, jolloin läpinäkyvyys parantuu ja osa-optimoinnin riski pienenee. (Erhola & Pekurinen 2016; STM 2016.)

Osana uudistusta säädetään myös uusi valinnanvapauslaki, joka tarjoaa kuluttajalle mahdollisuuden valita hoitoa joko yksityisen, julkisen tai kolmannen sektorin tuottajalta. Hallitus on päättänyt mahdollistaa valinnanvapauden yhtiöittämällä kaikki valinnanvapauden piirissä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon talvet. Uudistus on myös askel kohti markkinoistumista, kun maakuntien omistamat uudet yhtiöt kilpailevat samoilla markkinoilla. (Erhola & Pekurinen 2016.)

Valinnanvapauden tavoitteena on turvata nykyistä nopeampi hoitoon pääsy, mutta sen lisäksi se osaltaan reagoi yhteiskunnan muuttuneeseen toimintalogiikkaan, joka on kehittynyt edellisten vuosikymmenten aikana. Kansalainen ei tänä päivänä miellä itseään vain valtion jäseneksi jakaen yhteisön arvot. Globalisaation ja tieto- ja viestintätekniiikan vaikutuksesta kansalaisten tulkinta itsestään yksilönä, jolla on omat arvot ja tavoitteet, on korostunut. Tämä muuttunut ajatusmaailma tulee huomioida myös tulevaisuuden päätöksissä ja uudistuksissa. Vaikka olemme menossa kohti *horisontaalista yhteiskuntaa*, jossa toiminta tapahtuu verkostoissa ja ihmisten tavoitteet ja arvot ovat erilaisia, ovat monet hyvinvointivaltion rakenteet kuitenkin yhä vanhan ajattelun mukaisia eli *vertikaalisia*. Vertikaalisuus olettaa yhteisöllisyyden enemmän annetuksi eli tavoitteet ja arvot tulevat valtiolta ja ovat yhteisiä. Tämä valtava kuilu ihmisten odotusten ja hallinnon toimintatapojen välillä on aiheuttanut paitsi tehottomuutta myös säröjä hyvinvointivaltion luottamukseen, jonka jo aikaisemmin todettiin olevan äärimmäisen tärkeä voimavara. (Hautamäki & Oksanen 2014, 108, 112.)

Sote:n luoman palvelujärjestelmän uudistuksen sekä uuden vapaata valintaa koskevan lainsäädännön avulla talveluiden yhdenvertaisen laadun ja saatavuuden uskotaan parantuvan. Kaiken kaikkiaan uudistusten tuomien säästöjen arvioidaan olevan 3 miljardia euroa, mikä tuo

merkittävän avun kestävyysvajeen kuromiseksi. Säästötavoite korjaisi reilun kolmanneksen eli noin 1,4 prosenttiyksikköä julkisen talouden kestävyysvajeesta, joka on valtionvarainministeriön syksyn 2015 arviossa noin 3,5 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen. Säästöt eivät kuitenkaan tule hetkessä. Pitkän tähtäimen suunnitelman mukaan säästöjen toteutumisesta tavoitellaan 2020-luvun aikana eli vuoteen 2029 mennessä. Lisäksi mikäli säästötavoitteet täyttyvät täysimääräisesti vuoteen 2029 mennessä, laskee sosiaali- ja terveydenhuoltomenojen reaalin vuosikasvu 2,4 prosentista 0,9 prosenttiin. Terveystalouden palvelurakennemuutoksesta tekee erityisen sen kytkös ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Pelkän talouskasvun maksimoimisen sijaan, uudessa mallissa pyritään paitsi tehokkaaseen myös oikeudenmukaiseen rakenteeseen. (STM 2015c; STM 2015e.)

Sosiaali- ja terveystalouden uudistus on kuitenkin saanut osakseen myös kritiikkiä. Muun muassa hallituksen luotto markkinamekanismiin peruspalveluiden osalta ja päätös yhtiöittää palvelutuotanto on herättänyt epäilyksiä siitä, kuinka hallinta saadaan säilytettyä. Hallitus perustelee yhtiöittämisestä sillä, että tällöin julkiset ja yksityiset palveluntarjoajat ovat keskenään samanarvoisia. Palveluiden järjestämisen ja tuottamisen näin radikaali erottaminen, ei kuulunut alkuvalmisteluiden suunnitelmaan. Ei ole myöskään olemassa selkeää näyttöä siitä, mikä on paras yhtiömuoto markkinoiden ja palveluiden toimivuutta ajatellen. Vaikka erottamisessa on omat hyötynsä, useimmissa kokeiluissa vahva erottaminen on johtanut ongelmiin, joita ovat muun muassa monimutkainen ja jäykkä päätöksenteko. Päätös yhtiöittämisestä myös kyseenalaistaa julkisen vallan roolin sekä perustuslain toteutumisen. (Erhola & Pekurinen 2016.) Lisäksi Erhola ja Pekurisen (2016) mukaan on vaikea nähdä uudistuksen konkreettista kykyä kuroa umpeen kestävyysvajetta arvioidulla 3 miljardilla eurolla. Lopullinen sote-laki on kuitenkin vielä avoin. Tällä hetkellä uusi laki olisi kuitenkin tulossa voimaan heinäkuussa 2017. Ehdotukset sekä sekä maakuntauudistuksesta, monikanavarahoituksen yksinkertaistamisesta että valinnanvapaudesta on tarkoitus saada lausuntokuntoon vuoden 2016 lopulla. (Luotonen 2016; STM 2016)

6.2 KOHTI MARKKINAVETOISTA YHTEISKUNTAA

Kaikki hyvinvointivaltion toimenpiteet, jotka pyrkivät edistämään tasa-arvoa ovat väistämättä samalla ristiriidassa erilaisuuden suvaitsemisen kanssa (Särkelä ym. 2014, 270). Tämä on varmasti myös yksi syy sote:n äärimmäisen pitkään prosessiin eduskunnassa. Palvelurakennemuutos vaatii sekä kustannusten, laadun että oikeudenmukaisuuden yhtäaikaista huomioimista. Väistämättä

uusissa reformeissa herää kysymyksiä niiden perimmäisestä ja priorisoidusta motiivista. Onko vuonna 2019 tulevat uudistukset vain keino säästää menoissa hyvinvointivaltion lupauksen, kuten etuuksien, palvelun tason ja saatavuuden kustannuksella? Kiander (2014, 34) pitää julkisten järjestelmien tinkimistä lupauksistaan jopa todennäköisenä. Näin ollen kansalaisten vastuu omasta ja perheensä koulutuksesta, terveydestä ja toimeentulosta tulvaisuudessa kasvaisi. Nykyään puhutaankin usein hyvinvointivaltion sijaan hyvinvointiyhteiskunnasta. Tällä pyritään painottamaan muutosta kohti yhteiskuntaa, jossa yksilöiden vastuu korostuu. (Kiander 2014, 28–30.) Muurin ja Manderbackan (2010, 104–105) tutkimuksen tulosten mukaan julkisin varoin tuotetun hyvinvointivaltion kannatus on kuitenkin vahva. Varsinkin sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta vallitsee yksimielisyys väestön kesken. Valtaosa suomalaisista kannattaa siis julkisia palveluja, sosiaaliturvaa ja niiden kehittämistä riittäväälle tasolle. Ja ovat valmiita maksamaan niistä verojenkorotuksina. (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 278; Muuri & Manderbacka 2010 104–105.)

Yksi soten tehtävä on menojen hillintä. Tähän pyritään ensisijaisesti tehostamalla terveydenhuoltoa markkinoistamisen keinoin (Koivusalo 2014, 48). Toistaiseksi missään maassa julkisia menoja ei ole onnistuttu vähentämään suhteessa BKT:hen, vaikka niiden kasvu onkin saatu pysähtymään. Ikärakenteen muutos osaltaan edellyttää leikkauksia, jotta jatkuvaan menojen kasvuun saataisiin jonkunlainen hallinta. Toisaalta Suomen tilanteesta on esitetty laskelmia, jonka mukaan ikärakenteen tuomat kasvavat julkiset menot eivät heilauta kestävästä rahoitus pohjaa, mikäli työllisyys vain onnistutaan pitämään tarpeeksi korkealla tasolla. Todellisuudessa kuitenkin riittämätön työllisyysaste on ollut jo 1970-luvulta lähtien useimman Euroopan maan riesana. (Kiander 2014, 32–33.)

Koivusalo (2014, 45) nostaa esille globalisaation vaikutusten yhteydessä *globalisaatioparadoksin*, jota hän nimitti myös ”hölmöläisten hommaksi”. Globalisaation tuomat tuulet ovat viime aikoina olleet vaikuttamassa myös Suomen terveystalouteen. Globalisaatioparadoksissa terveydenhuolto ajatellaan osaksi markkinoita ja sitä käsitellään sen mukaisesti. Seurauksena kuluja pyritään karsimaan keinoilla, jotka niitä todellisuudessa lisäävät. Esimerkkinä Koivusalo ottaa terveystalouden kilpailuttamisen sellaisissa tilanteissa, jossa näyttöä ei ole ja toisaalta monopoliaseman vahvistamista sellaisissa terveyden tuotteissa, joissa kilpailuttamisella voitaisiin saavuttaa merkittäviä hyötyjä. Ongelmassa on selkeästi kyse siitä, ettei markkinoistamisesta löydy vielä tarvittavaa näyttöä ja terveys, jos mikä, on huono kohde tämäläisyyteen kokeiluun. Itse

asiassa kilpailutuksen ja terveydenhuoltopalveluiden ulkoistamisen on kyselytutkimusten perusteella aiheuttanut vain lisäkustannuksia (Mikkola 2009). Tästä huolimatta markkinamekanismin käyttö terveydenhuollossa on kasvattanut suosiotaan jatkuvasti. Koivusalo kyseenalaistaa markkinamekanismin toimivuutta Suomen terveydenhuollossa, kun ongelmia esiintyy jo vähittäiskaupan kilpailukentällä. (Koivusalo 2014, 51.)

Sote:n malli julkisen ja yksityisen palvelusektorin välillä on rinnakkainen ja selkeästi edellistä malliaan markkinavetoisempi. Tällöin uusi järjestelmä voi osaltaan myös luoda lisää yrittäjyyttä ja parantaa työllisyystilannetta. Markkinoistumista perustellaankin nykyään nimenomaan innovaatioiden, uusien palvelumarkkinoiden, kansalaisten valinnan ja osallistumisen kautta, vaikka se alun perin oli vain keino julkisten menojen pienentämiseksi. (Koivusalo 2014, 48). Myös ylikansalliset asiantuntijaorganisaatiot, kuten OECD ja IMF ovatkin jo pitkään puoltaneet julkisen sektorin roolin supistamista, julkisten palveluiden yksityistämistä sekä sosiaaliturvan korvaustason alentamista. Konkreettisina toimina pidetään sääntelyn vähentämistä, julkisten toimintojen yksityistämistä ja progressiivisen verotuksen keventämistä. Taustalla on havaittavissa vahva usko markkinamekanismin toimivuuteen. Kaikkia maita koskevana muutoksena voidaan pitää globalisaatiokehitystä 1990-luvulta lähtien. (Kiander 2014, 32–33.)

Terveydenhuollon markkinoita ei siis voida pitää vai suomalaisena innovaationa talouskriisistä selviytymiseksi, vaan kyseessä on ennemmin kansainvälinen poliittinen projekti, johon on vaikuttanut niin kansalliset palvelujärjestelmät kuin Euroopan unionin velvoitteiden laajeneminen (Koivusalo 2014, 47). Myös palveluiden luonne on muuttumassa. Hoffrénin (2010,49) mukaan tuotannon määrän jatkuvan kasvattamisen sijaan, täytyy tulevaisuudessa yhteiskuntapolitiikka fokusoida kohti tehokkaampia ja räätälöidympiä tuotteita ja palveluita, joissa osaamisen taso korostuu. Myös markkinahinta on tällöin riippuvaisempi yksilön kokemasta mielihyvästä ja tarpeellisuudesta, jota tuote tarjoaa.

Hyvinvointivaltion muutosta kohti markkinavetoisempaa järjestelmää pidetään kuitenkin myös uhkana köyhempien ryhmien toimeentulon, koulutuksen ja terveydenhoidon turvaamiseksi. Markkinoituminen on osaltaan myös muokannut yhteiskunnallisia arvoja ja ajatusmaailmaa. Esimerkiksi osakkeenomistajien etujen ajamisesta ja vaurastumisesta on tullut entistä hyväksytympää. Samalla solidaarisuus ja hyvinvointierojen kaventaminen on saanut väistyä. Myös

perinteinen hyvinvointivaltio –ajattelu on jäänyt globalisaation ja vapaan liikkuvuuden lisääntymisen varjoon. (Kiander 2014, 32.)

Suomessa markkinoistumisen lisääntyminen uudessa sote-mallissa asettaa maakunnat haastavan tehtävään. Maakuntien on samanaikaisesti kyettävä sovittamaan omistamiensa yhtiöiden eli erityyppisten palveluntuottajien palvelut yhteen sekä perustasolla että erityistasolla sekä varmistettava palveluiden riittävyys (Erhola & Pekurinen 2016.) Kysymyksiä herättää myös terveyden edistämisen organisointi. Uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen siirtyy kokonaisuudessaan kunnilta maakunnille. Tästä huolimatta terveyden edistäminen jää kuntien vastuulle. Muutoksen myötä kunnista katoaa kuitenkin merkittävä määrä sosiaali- ja terveydenhuollon osaajia. Puute sote-osaajista tuo kunnille lisäpainetta, kuinka saavat suoritettua terveyden edistämiseen liittyvät osa-alueet, jotka tukevat väestön terveyttä. (Ståhl 2016.)

Pitkällä tähtäimellä vahvasti markkinoihin nojaava palvelujärjestelmä johtaa helposti tilanteeseen, jossa kuilu hyvin ja heikosti pärjäävien kesken vain kasvaa kasvamistaan. Turvaverkkojen puute ja samanaikainen pelko vakavasta sairaudesta, työttömyydestä, työkyvyttömyydestä tai läheisten kokopäiväisen hoidon tarpeesta tekee elämästä epävarmaa. Tällainen systeemi johtaa herkästi kansalaisten ylisäästämiseen ja ylivarautumiseen. Kiina toimii esimerkkinä ylisäästämiseen ajautuneesta valtioista. Kianderin (2014, 35) mukaan markkinoihin perustuvan malli voi ennen pitkää johtaa uudentyyppiseen luokkayhteiskuntaan, jossa hyväosaiset vaurastuvat entisestään ja periittävät niin varallisuutensa kuin henkisen pääomansa. Toinen äärilaita, huono-osaiset, lisääntyvät keskenään kasvattaen ja syventäen huono-osaisuutta entisestään.

Olisi äärimmäisen tärkeää, että muutoksia ja uudistuksia pohdittaessa huomioitaisiin myös pitkän tähtäimen seurauksia. (Kiander 2014, 35.) Tämä tarkoittaa erityisesti hyvinvointitalouden kokonaisvaltaista osaamista, jossa olisi pyrittävä päätöksenteossa ratkaisuihin, jotka miellyttävät kaikkia osapuolia – niin päätöksentekijää, muita ihmisiä kuin luontoa (Hoffrén 2010, 24). Koivusalo (2014, 54) nostaa esille myös markkinasokeuden vaaran, joka peräänkuuluttaa ajatusta, ettei kyse ole vain talouspolitiikan vaikutuksesta hyvinvointiin. Tärkeintä olisi huomioida miten talouspolitiikan vaikutuksien ohella saadaan taattua kansalaisten perusoikeudet. Ei voida vain sokeasti keskittyä taloustavoitteisiin unohtaen muut tavoitteet, hyödyt, haitat ja seuraukset. Koivusalo pitää hyvinvointitalouden näkökulmasta olennaisimpana sitä, että hyvinvointia edistetään

ja hyvinvointipalveluita rahoitetaan ja tuotetaan siten, että ne palvelevat ensisijaisesti hyvinvointia, ei taloutta. Se, vastaako sote tätä ajatusta, ei ole täysin selvää.

7 LOPUKSI

Hyvinvoinnin perusolottuvuuksia vakaan ja kestäväen talouden lisäksi ovat terveys, koulutus, työ, sosiaaliset suhteet, ympäristö ja turvallisuus (Hautamäki & Oksanen 2014, 108–109). Erityisesti terveys on Suomessa eniten hyvinvointia laskeva tekijä ja sitä pidetään myös Suomen erityisongelmana (Kari 2010, 80). Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut Suomen terveyspolitiikan tavoitteena jo useiden vuosikymmenien ajan. Tästä huolimatta toivottavia tuloksia ei ole saavutettu. Huonossa asemassa olevien terveydentila on selkeästi heikompi kuin parempiosaisten mitattuna niin sairastavuuden kuin eliniän mukaan. Vaikka suomalaisten yleinen hyvinvointi, terveys ja elinikä ovat nousseet, ei kehitys kuitenkaan ole kohdistunut toivotulla tavalla alempiin sosioekonomisiin ryhmiin. Itse asiassa samalla kun suomalaisten keskimääräinen terveys ja hyvinvointi ovat parantuneet, on sosioekonomisen aseman mukaan määräytyvä eriarvoisuus kasvanut. Tämä heijastuu suoraan huono-osaisten terveyden ja hyvinvoinnin laskuna, mihin vaikuttaa muun muassa terveyspalveluiden käytön jakautuminen hyväosaisia suosivasti. (Palosuo ym. 2013, 69, 71, 76; Pohjola 2014, 102; Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 278.) Terveyspolitiikassa varsinkin Picket ja Wilkinson (2010) painottavat eriarvoisuuden vähentämisestä koituvia hyötyjä yhteiskunnalle, sekä väestön terveydelle että hyvinvoinnille laajemmin.

Selvimmän palvelurakenteen kansalaisia eritavoin kohteleva luonne tulee esille työssäkäyvien ja työttömien välillä. Työllisyyttä myös pidetään keskeisenä voimana vahvistuvan talouden kannalta ja sitä kautta työvoiman pitäminen työkykyisenä on yhteiskunnallisesti tärkeä tekijä. Työterveys toimiikin moitteettomasti – laadukasta hoitoa saa nopeasti ja vielä ilmaiseksi. Kolikon kääntöpuolena on kuitenkin kaikki työterveyden piirin ulkopuolelle jäävät. Jos heillä ei ole varaa turvautua yksityiseen terveydenhuoltoon, on heidän tyydyttävä julkisen sektorin – usein huomattavasti työterveyttä heikommin toimiviin – palveluihin. Vaikka työterveyden tarjoaminen työssä oleville on työvoiman tehokkuuden kannalta perusteltua, on se samalla kuitenkin ristiriidassa oikeudenmukaisuuden tavoitteen kanssa. Terveystenhuoltopalveluiden eriarvoistuminen puolestaan heikentää kansalaisten sosiaalista pääomaa; tunnetta yhteisöllisyydestä ja luottamusta yhteiskuntaan.

Suomessa terveydenhuoltojärjestelmä on hyvin monimutkainen. Niin tarjonta kuin rahoitus ovat molemmat monikanavaisia. Monikanavainen, eriytynyt palvelujärjestelmä luo alueellista ja sosioekonomista eriarvoisuutta tarjontaan. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä eli usean rahoittajan

malli sen sijaan vaarantaa jo itsessään terveys- ja hyvinvointipoliittisten tavoitteiden saavuttamista. Eriytyneen palvelujärjestelmän suurin ongelma lienee julkisen terveydenhuollon toimimattomuus niin laadun kuin kattavuuden suhteen. Viimeaikoina paljon esillä olleen sote-uudistuksen tavoitteena on parantaa nimenomaan julkista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta. 18 palvelunjärjestäjän avulla pyritään nostamaan julkisen terveydenhuollon tuotannon tuloksellisuutta, laatua ja taloudellisuutta. Lisäksi tavoitteena on saavuttaa yhdenvertainen ja asiakaslähtöinen palvelujen tarjonta. Uudistusta pidetään merkittävänä tekijänä ihmisten perusoikeuksien turvaamiseksi ja kestävyysvajeen vähentämiseksi. (Kinnula, Malmi & Vauramo, 2014, 111; Sote-uudistus 2014.)

Tämänhetkinen hankala asetelma ei ole yllättävä: Samalla kun hyvinvointipalveluiden tarve on kasvanut ikärakenteen muutoksen myötä, on talouden kasvu hidastunut. Vuoden 2008 finanssikriisin ja sitä seuranneen velkakriisin vuoksi Länsi-Euroopan maiden talous ei ole kasvanut vuoden 2007 jälkeen. Monet maat ovat syöksyneet velkakierteeseen, josta poispääseminen ei ole kovinkaan yksinkertaista. (Kiander 2014, 28–29.) Talouden ja terveyden vastakkainasettelussa, puhuttaessa niin yhteiskunnallisella kuin yksilötasolla, useimmiten talous vie voiton ja terveys väistyy. Vaikka terveyttä edistävät toimet ja panostukset sairauksien ehkäisemiseksi ovat taloudellisesti edullisempia vaihtoehtoja kuin itse sairauksien hoitaminen, talouden taantumassa säästöleikkauksia kohdistetaan herkästi myös terveyden edistämiseen, vaikka se ei olisi pitkällä tähtäimellä järkevää talouden eikä terveyden kannalta. (Vertion ja Rouvio-Wilenius 2014, 230, 232–233.)

Hyvinvointi- ja taloustavoitteiden ei kuitenkaan tarvitse olla keskenään ristiriidassa. Ajatusta puoltaa eurooppalaisten hyvinvointivaltioiden menestyminen niin hyvinvointi- kuin taloustilastoissa, joissa hyvinvointivaltion laajuutta mitataan muun muassa julkisen sektorin koolla, julkisen velan, veroasteen ja tulojaon tasaisuuden avulla. Taloudellisen menestyksen mittareina käytetään puolestaan esimerkiksi bruttokansantuotteen avulla laskettua tulotasoa ja työllisyysastetta. Suomi sijoittuu Pohjoismaiden välisessä hyvinvointivertailussa joukon häntäpäähän, mutta EU:n vertailussa Suomi on selkeästi menestyjien ryhmässä. (Kiander 2014 29–30.)

Terveyserojen ja eriarvoisuuden laajamittainen esiintyminen Suomen kaltaisessa hyvinvointivaltiossa on ehdottomasti asia, jonka kehityssuunta on saatava muuttumaan. Ajatusta puoltaa hyvinvointivaltion olemassa olon lisäksi kaksi muuta vahvaa argumenttia: terveyden vahva

itseisarvo ja terveyserojen korjattavuus. Terveys luo itsessään peruselementin elämälle ja yhteiskunnan tulee kaikin keinoin turvata väestölle paras mahdollinen terveydentila – varsinkin kun se on täysin saavutettavissa. On tärkeää, että politiikassa tunnistetaan nämä arvokkaan elämän tavoitteet myös niille yksilöille, jotka eivät välttämättä tuota yhteiskunnalle mitään ja myös niille, jotka ovat itse aiheuttaneet ongelmansa (Kiander 2014, 36). Keskeistä ongelmaa eli resurssien oikein kohdistamista ollaan parantamassa ja tulevien vuosien muutokset esimerkiksi palvelu- ja rahoitusrakenteessa tuovat odotusten mukaan merkittäviä tuloksia kansanterveyden hyväksi. Hyvinvointitaloudessa korostuu nimenomaan pitkäjänteinen asioiden tarkastelu, eikä ainoastaan esimerkiksi kustannusten hetkellinen helpottaminen. (Särkelä ym. 2014, 283.)

8 LÄHTEET

Airto, Mikko. 2010. *Todellisen hyvinvoinnin seurantavälineen kehittäminen*. Teoksessa Onnellisuustalous. Toimittanut Ylikahri, V. Vihreä Sivistysliitto ry. Vaasa. s. 8–13. .

Böckerman, Petri; Ilmakunnas, Pekka 2009. *Unemployment and Self Assessed Health: Evidence from Panel Data*. Health Economics.

Böckerman, Petri; Kauhanen, Merja; Taimio, Heikki 2015. *Työmarkkinoiden joustot*. Teoksessa Hyvinvointivaltio 2010-luvulla – mitä kello on lyönyt? Toimittanut Heikki Taimio. Raportteja 30. Helsinki: Palkansaajien tutkimuslaitos. s. 219–245.

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.

ECS European Commission 2009. *Employment in Europe 2009*. Brussels: European Commission.

Erhola, M., Pekurinen, M. 2016. *Sote-uudistuksesta tuli kumouksellinen: Laajamittainen yhtiöittäminen voi tehdä sosiaali- ja terveyspalveluista vaikeasti hallittavia*. <http://www.hs.fi/paakirjoitukset/a1461211357509>. Viitattu 7.7.2016.

Eriarvoisuus 2015. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus>. Viitattu 17.6.2016.

Eriarvoisuus 2015. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus>. Viitattu 14.10.2015.

Hautamäki ja Oksanen 2014. *Hyvinvointiyhteiskunnan uudistaminen kestävän innovaation keinoin*. Teoksessa Hyvinvointitalous 2014. Toimittanut Särkelä, Siltaniemi, Rouvinen-Wilenius,

Parviainen, Ahola. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Aleksigroup/Trio-Offset 2014. s. 107–118.

Hiilamo, Heikki; Kangas, Olli; Manderbacka, Kristiina; Mattila-Wiro, Päivi; Niemelä, Mikko; Vuorenkoski, Lauri 2010. *Hyvinvoinnin turvaamisen rajat: näköaloja talouskriisiin ja hyvinvointivaltion kehitykseen Suomessa*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Hoffrén, Jukka 2008. *Hyvinvoinnin seuranta vaatii uusia mittareita*. Tieto&trendilehti 7/2008. Tilastokeskus.

Hoffren, Jukka. 2010. *Todellisen hyvinvoinnin seurantavälineen kehittäminen*. Teoksessa Onnellisuustalous. Toimittanut Ylikahri, V. Vihreä Sivistysliitto ry. Vaasa. s. 15–57.

Häkkinen Unto & Alha Pirkko (toim.) 2006. *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot*. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B:10.

Häkkinen, Unto; Nguyen, Lien 2010. *Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää useammin*. *OPTIMI. Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje 2/2010*.

Kajanoja 2014. *Vaihtoehtoiset tavat ymmärtää hyvinvointia ja sen suhdetta talouteen*. Teoksessa Hyvinvointitalous 2014. Toimittanut Särkelä, Siltaniemi, Rouvinen-Wilenius, Parviainen, Ahola. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Aleksigroup/Trio-Offset 2014. s. 180–190.

Kari, Emma. 2010. *Todellisen hyvinvoinnin seurantavälineen kehittäminen*. Teoksessa Onnellisuustalous. Toimittanut Ylikahri, V. Vihreä Sivistysliitto ry. Vaasa. s. 77–85.

Karjalainen, Jarno; Moisio, Pasi 2010. *Kannustin- ja byrokratialoukut suomalaisessa sosiaaliturvassa*. Teoksessa suomalaisten hyvinvointi. Toimittanut Vaarama, Moisio ja Sakari Karvonen. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Yliopistopaino Helsinki. s. 112–123.

- Kauppinen, Timo M; Saikku, Peppi; & Kokko, Riitta-Liisa 2010. *Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen*. Teoksessa suomalaisten hyvinvointi. Toimittanut Vaarama, Moisio ja Sakari Karvonen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Helsinki. s. 233–249.
- Keskimäki, Ilmo (2003). *How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socioeconomic equity in the use of hospital care?* Social science & medicine 56.7: 1517-1530.
- Keskimäki, Ilmo 2005. *Terveyspalvelujen käyttö eri sosiaaliryhmissä*. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00062. Viitattu 20.1.2015.
- Keskimäki, Ilmo 2010. *Sosioekonomiset erot ja oikeudenmukaisuus Suomen terveydenhuollossa*. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 47 (3), s. 201–207.
- Kiander 2014. *Sosiaaliturva luo perustan tehokkaalle taloudelle*. Teoksessa Hyvinvointitalous 2014. Toimittanut Särkelä, Siltaniemi, Rouvinen-Wilenius, Parviainen, Ahola. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Aleksigroup/Trio-Offset 2014. s. 28–36.
- Kinnula, Petra; Malmi, Teemu; Vauramo, Erkki 2014. *Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua?* Kunnallisan alan kehittämissäitiö. Kunnallisan alan kehittämissäitiön tutkimusjulkaisu nro 82.
- Klavus, Jan 2010. *Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista*. Teoksessa suomalaisten hyvinvointi. Toimittanut Vaarama, Moisio ja Sakari Karvonen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Helsinki. s. 28–43.
- Koskinen S. 2004. *Terveyden eriarvoisuus Suomessa*. Kunnallislääkäri. Nro 6.
- Koskinen, S.; Martelin T. 2013. *Suomalaisten terveys, toimintakyky ja terveyserot*. Teoksessa Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Toimittanut M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski, L. & Leppo K. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. s. 56–67.
- Koskinen, Seppo 2004. *Terveyden eriarvoisuus Suomessa*. Kunnallislääkäri 6/2004.

Koskinen, Seppo 2008. *Terveyden eriarvoisuus ja terveyden edistämisen keinot*. Teoksessa: Terveyden edistämisen eettiset haasteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino. s. 24–30.

Layard, Richard 2006. *Happiness. Lessons from a New Science*. Penguin Books.

Lehto, Markku 2008. *Ehkäisevä terveydenhuolto ja etiikka*. Terveyden eriarvoisuus ja terveyden edistämisen keinot. Teoksessa: Terveyden edistämisen eettiset haasteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino. s. 16–18.

Linnosmaa, Ismo 2011. *Palveluseleiden käyttö yleistyy Suomen kunnissa*. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.

Lumme, Sonja; Sund, Reijo; Leyland, Alastair H.; Keskimäki, Ilmo 2012. *Socioeconomic equity in amenable mortality in Finland 1992–2008*. *Social Science & Medicine* 75, s. 905-913.

Luotonen, Anniina 2016. *Julkisten palveluiden yhtiöittäminen hiertää sote-valmistelua*. Turun Sanomat.

<http://www.ts.fi/uutiset/kotimaa/866775/Julkisten+palveluiden+yhtioittaminen+hiertaa+sotevalmistelua>. Viitattu 12.7.2016.

Mackenbach, Johan P. 2012. *The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox*. *Social Science & Medicine* 75, s. 761-769.

Mackenbach, Johan P.; Stirbu, Irina; Roskam, Albert-Jan R.; Schaap, Maartje M.; Menvielle, Gwenn; Leinsalu, Mall; Kunst, Anton e 2008. *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*. *The new England Journal of medicine* 358: 2468-2481.

Martelin T, Koskinen S ja Eero Lahelma E. 2005. *Väestöryhmien väliset terveysterot*. Suomalaisen terveys. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=suo00043. Viitattu 8.12.2014.

Mikkola, Hennamari. Luento ”Sairausvakuutus ja terveysturva osana SOTEA”. Tampereen yliopisto 4.11.2015.

Mikkola, H-M. 2009.*Toimiiko kilpailu lääkäripalveluissa*. Kunnallisan kehittämissäätö. http://www.tem.fi/files/37584/TEMrap_34_2013_30092013.pdf. Viitattu 17.7.2016.

Mooney G. H 1983. *Equity in health care: Confronting the confusion*. Effective Health Care 1, 179–184.

Muuri, Anu; Manderbacka, Kristiina 2010. *Hyvinvointivaltion kannatusperusta*. Teoksessa suomalaisten hyvinvointi. Toimittanut Vaarama, Moisio ja Sakari Karvonen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Helsinki. s.96–110

Nguyen, Lien 2012. *Terveyspalvelujen käytön eriarvoisuus ei ole vähentynyt Suomessa*. OPTIMI – Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje 1/2012.

Niemelä, Mikko. Luento ”Sosiaalivakuutus ja taloudellinen toimeentulo”. Tampereen yliopisto 11.11.2015.

OECD 2011a. *Divided We Stand*. Pariisi: OECD. <http://www.oecd.org>.

Palosuo ja Lahelma 2013. *Terveyden sosiaaliset määrittäjät*. Teoksessa Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt 2013. Toimittanut Sihto M, Palosuo H, Topo P, Vuorenkoski L, Leppo K. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Palosuo, Hannele; Koskinen, Seppo; Lahelma, Eero; Prättälä, Ritva; Martelin, Tuija; Ostamo, Aini; Keskimäki, Ilmo; Sihto, Marita; Hyvönen, Elisa; Linnanmäki, Eila 2007. *Yhteenveto ja päätelmät*. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.

Palosuo, Hannele; Sihto, Marita; Lahelma, Eero; Lammi-Taskula, Johanna; Karvonen, Sakari 2013. *Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystaloudessa*. THL-Raportti: 2013_014. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tampere: Yliopistopaino.

Palosuo, Hannele; Sihto, Marita; Lahelma, Eero; Lammi-Taskula, Johanna; Karvonen, Sakari 2013. *Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystaloudessa*. THL-Raportti: 2013_014. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tampere: Yliopistopaino.

Pekurinen, Markku; Mikkola, Hennamari; Tuominen, Ulla 2008. *Hoitotakuun talous: Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin*. Raportteja Stakes : 5/2008.

Pekurinen, Markku; Seppälä, Timo T 2014. *Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat*. THL-raportti: 2014_022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Prättälä, Ritva; Linnanmäki, Eila; Vartiainen, Erkki 2008. *Terveyserojen kaventaminen elintapoihin vaikuttamalla*. Teoksessa Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. s. 106–117.

Riihelä, Marja; Sullström, Risto; Suoniemi, Ilpo; Tuomala, Matti 2012. *Antavatko vuosittaiset tulot harhaanjohtavan kuvan tuloerojen ja köyhyyden kasvusta?* Talous & Yhteiskunta 4/2012, s. 15–20.

Rothstein, Bo; Uslaner, Eric M 2005. *All for All: Equality, corruption, and social trust*. World Politics 58. s. 71–72.

Rotko, Tuulia; Aho, Timo; Mustonen, Niina; Linnanmäki Eila. *Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010*. THL-raportti: 8/2011. Helsinki: Yliopistopaino.

Sen, Amartya 2009. *The Idea of Justice*. Lontoo: Allen Lane.

Sihvonen, Ari-Pekka 1998. *Socioeconomic Inequalities in Health Expectancy in Finland and Norway in the Late 1980s*. Social Science and Medicine 47 (3): 303–315.

Sintonen, Harri; Pekurinen, Markku 2006. *Terveystaloustiede*. Porvoo: WSOY.

Sote-uudistus 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö.
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus. Viitattu 28.3.2015.

STM 2008. *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16.

STM 2015. *Monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskeva selvitys*. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:19.

STM 2015a. *Sotesta ja itsehallintoalueista on päästy sopuun*. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-linjasi-sote-uudistuksen-aluejaon-perusteet. Viitattu 9.11.2015.

STM 2015b. *Sote- ja itsehallintouudistus*. <<http://stm.fi/sote-uudistus>>. Viitattu 6.11.2015.

STM 2015c. *Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista*. Valtioneuvoston tiedote. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista. Viitattu 17.6.2016

STM 2015d. *Monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskeva selvitys*. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:19.

STM 2016. *Hallitus julkisti sote- ja maakuntauudistuksen lakiluonnokset*. Helsinki. Tiedote 298/2016.

Ståhl, Timo. *Hyviä kysymyksiä sote-uudistuksesta*. 2016.

Ståhl, Timo; Koivisto, Taru; Hannikainen-Ingman, Katri; Melkas, Tapani 2008. *Terveys ja terveyserot kaikissa politiikoissa*. Teoksessa Kansallinen terveyserojen kaventamisen

toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. s. 90–97.

Särkelä, Rouvinen-Wilenius, Parviainen, Siltaniemi 2014. *Yhteenvetoa ja johtopäätöksiä*. Teoksessa Hyvinvointitalous 2014. Toimittanut Särkelä, Siltaniemi, Rouvinen-Wilenius, Parviainen, Ahola. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Aleksigroup/Trio-Offset 2014. s. 260–293.

Taimio H. 2009. *Kurssin muutos: Kestävään kasvuun ja hyvinvointiin*. Työväen Sivistysliitto TSL ry. Esa Print Oy.

Tanninen, Hannu; Tuomala, Matti 2015. *Onko julkista taloutta sopeuttava kiristyspolitiikka vaihtoehdotonta?* Teoksessa Hyvinvointivaltio 2010-luvulla – mitä kello on lyönyt? Toimittanut Heikki Taimio. Raportteja 30. Helsinki: Palkansaajien tutkimuslaitos. s. 121–143.

Tarkiainen, Lasse; Martikainen, Pekka; Laaksonen, Mikko; Valkonen, Tapani 2011. *Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007*. Suomen Lääkärilehti 66 (48), 3651-3657a.

Teperi, Juha 2008. *Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän tasa-arvon lisääminen*. Teoksessa Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. s. 118–124.

Terveyden edistämisen eettiset haasteet 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.

Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa 2013. Katsaus 2012–2015. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:1.

Therborn, Göran 2014. *Eriarvoisuus tappaa*. Suomennos Tatu Henttonen. Tampere: Vastapaino.

THL 2015. *Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013*. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>. Viitattu 10.11.2015.

Tilastokeskus 2010. Tulonjakotilasto. *Pienituloisuus ikäryhmittäin ja lapsiköyhyys*. Helsinki. http://www.stat.fi/til/tjt/2008/01/tjt_2008_01_2010-01-26_kat_004_fi.html. Viitattu 21.7.2016.

Tuomala, Matti 2009. *Julkistalous*. Helsinki: Gaudeamus.

Uslaner Erik M 2002. *The Moral foundations of trust*. Cambridge: Cambridge University Press.

Vaalavuo, Maria 2014. *Toimeentulotukiasiakkaiden terveystalouden käyttö*. Teoksessa *Terveystaloustiede 2014*. Toimittanut Suvi Mäklin. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014, s. 34–38.

Vaalavuo, Maria; Häkkinen, Unto 2014. *Terveydenhuollon tarvetekijät ja kustannusten jakautuminen*. Teoksessa *Terveystaloustiede 2014*. Toimittanut Suvi Mäklin. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014, s. 18–22.

Vaarama, Marja; Moisio, Pasi; Karvonen, Sakari. *Hyvinvointipolitiikka 2010-luvulla*. Teoksessa *Suomalaisten hyvinvointi*. Toimittanut Vaarama, Moisio ja Sakari Karvonen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Helsinki. s. 278–288.

Vaarama, Marja; Siljander, Eero; Luoma, Minna-Liisa Meriläinen, Satu 2010. *Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen*. Teoksessa *Suomalaisten hyvinvointi*. Toimittanut Vaarama, Moisio ja Sakari Karvonen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Helsinki. s.126–148.

Vaarama, Marja; Siljander, Eero; Luoma, Minna-Liisa; Meriläinen, Satu 2010. *Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen*. Teoksessa *Suomalaisten hyvinvointi*. Toimittanut Vaarama, Moisio ja Sakari Karvonen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Helsinki. s. 126–149.

Valkonen, Tapani. 2007. *Eriarvoisuus kuoleman edessä*. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 44. s. 243–249.

Vertio ja Rouvinen-Wilenius 2014. Hyvinvointitalous ja terveyden edistäminen. Teoksessa *Hyvinvointitalous 2014*. Toimittanut Särkelä, Siltaniemi, Rouvinen-Wilenius, Parviainen, Ahola. SOSTE Suomen sosiaali ja terveystyö ry. Aleksigroup/Trio-Offset 2014. s. 229–237.

Viitamäki, Heikki; Laitila, Jussi 2009. *Työnteon taloudelliset kannustimet*. Valtion taloudellinentutkimuskeskus.

Wilkison, Richard & Pickett, Kate 2010. *The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone*. Penguin Books.

9 LIITTEET

Liitetaulukko 1. Elämänlaadun yleisarvosanalle tärkeät osatekijät eri ikäryhmissä. Lineaarinen regressioanalyysi. Tilastollisesti merkitsevät vakioidut kertoimet vaikutusten suuruusjärjestyksessä (std.beta).

18–24 (n=447)	25–44 (n=1 315)	45–59 (n=1 120)	60–69 (n=645)	70–79 (n=399)	80+ (n=372)
Elämä on merkityksellistä *** (0,284 +)	Nauttii elämästä *** (0,254+)	Nauttii elämästä *** (0,317+)	Riittävästi tarmoa arkipäivää varten *** (0,213+)	Nauttii elämästä *** (0,200+)	Tyytyväinen terveyteensä *** (0,272+)
Nauttii elämästä *** (0,186+)	On negatiivisia tuntemuksia *** (0,186–)	Riittävästi tarmoa arkipäivää varten *** (0,142+)	Nauttii elämästä *** (0,193+)	Tyytyväinen terveyteensä *** (0,166+)	Riittävästi tarmoa arkipäivää varten *** (0,210+)
Hyvä liikuntakyky *** (0,163+)	Tyytyväinen terveyteensä *** (0,143+)	On negatiivisia tuntemuksia *** (0,114–)	On negatiivisia tuntemuksia *** (0,137–)	Hyvä liikuntakyky *** (0,154+)	Tyytyväinen ystävilta saatuun tukeen ** (0,155+)
On negatiivisia tuntemuksia *** (0,089–)	Tyytyväinen kykyynsä hoitaa päivittäiset aktiviteetit *** (0,077+)	Tarpeeksi tietoa päivittäisen elämän kannalta tärkeistä asioista ** (0,087+)	Hyvä keskittymiskyky *** (0,120+)	On negatiivisia tuntemuksia *** (0,153–)	Nauttii elämästä ** (0,135,+)
Tyytyväisyys itseensä * (0,097+)	Elämä on merkityksellistä ** (0,071)	Tyytyväinen terveyteensä ** (0,085+)	Terveellinen ympäristö * (0,087+)	Tyytyväinen itseensä ** (0,111+)	Tyytyväinen unensa laatuun ** (0,117+)
Tyytyväinen joukkoliikenteeseen * (0,096–)	On ystäviä ** (0,061+)	Tyytyväinen ulkonäköönsä * (0,081+)	Tyytyväinen joukkoliikenteeseen * (0,079+)	Tarvitsee lääkitystä * (0,106–)	
Hyvä keskittymiskyky * (0,094+)	Hyvä keskittymiskyky * (0,056+),	Riittävästi rahaa* (0,068+)	Tyytyväinen sukupuolielämänsä* (0,064–)	Riittävästi rahaa * (0,098+)	
Riittävästi rahaa * (,088+)		Tyytyväinen sukupuolielämänsä ** (0,061+)			
Tarvitsee lääkitystä* (0,088–)		Tyytyväisyys itseensä* (0,061+)			
Adj. R2 = .43,8 %	Adj. R2 = 46,5 %	Adj. R2 = 41,3 %	Adj. R2 = 44,8 %	Adj. R2 = 35,9 %	Adj. R2 = 38,8 %

T-arvo merkitsevyys: * = p < .05, ** = p < .01, *** = p < .001. Suluissa vaikutuksen suunta (–) negatiivinen kerroinvaikutus ja (+) positiivinen kerroinvaikutus. Adj. R2 tarkoittaa selitettävien muuttujien määrään sovitettua tilastollista selityssastetta, joka vaihtelee välillä 0–100 %.

Lähde: Vaarama, Siljader, Luoma & Meriläinen 2010, 134