

*Raha ratkaisee: suomalaisen terveystalouden ja sosioekonomisten terveys-
erojen väliset yhteydet*

Susanna Ahokas

Yhteiskuntapolitiikka

Helsingin yliopisto

Kandidaatintutkielma

Kevät 2021



HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---|
| Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty | | Laitos – Institution – Department | |
| Valtiotieteellinen tiedekunta | | Sosiaalitieteiden laitos | |
| Tekijä – Författare – Author | | | |
| Susanna Ahokas | | | |
| Työn nimi – Arbetets titel – Title | | | |
| Raha ratkaisee – suomalaisen terveyspalvelujärjestelmän ja sosioekonomisten terveyserojen väliset yhteydet | | | |
| Oppiaine – Läroämne – Subject | | | |
| Yhteiskuntapolitiikka | | | |
| Työn laji – Arbetets art – Level | | Aika – Datum – Month and year | Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages |
| Kandidaatintutkielma | | 5/2021 | 30 |
| Tiivistelmä – Referat – Abstract | | | |
| <p>Sosioekonomisissa terveyseroissa on kyse monisyisestä sosiaalisesta ja terveydellisestä ongelmasta. Sosioekonomiset terveyserot ovat huomattavia myös Suomessa, vaikka keskimääräisesti tarkastellen suomalaisten terveydentila on yhä parempi. Yhtenä sosioekonomisiin terveyseroihin liittyvänä tekijänä voidaan pitää terveyspalvelujärjestelmää, sillä sen on mahdollista rakenteellaan ja käytännöllään vaikuttaa sosioekonomisiin terveyseroihin niitä ylläpitäen, kasvattaen tai kaventaen. Tutkielmassa tarkastellaan kirjallisuuskatsauksen keinoin tätä ilmiötä Suomen kontekstissa. Tutkimuskysymyksenä on: millaisia sosioekonomisia terveyseroja ylläpitäviä piirteitä suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä esiintyy?</p> <p>Tutkielmassa analysoidaan neljää suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä esiintyvää sosioekonomisia terveyseroja ylläpitävää piirrettä: palvelujen järjestämistapaa ja niihin liittyviä talousintressejä, erillisjärjestelmien resurssien epätasaisuutta, palvelujen käytöstä perittyjä asiakasmaksuja sekä palvelujen tarpeenmukaisen kohdentumisen puutetta. Tutkielmassa syvennytään siihen, kuinka suomalaisten terveyspalvelujen kolmikanavainen järjestämistapa ja talousintressien korostuminen terveyspalvelujärjestelmässä ovat johtaneet epäoikeudenmukaiseen tilanteeseen: hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä on merkittävästi paremmat hoitoon pääsyn mahdollisuudet kuin huonossa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä, vaikka hoidon tarve on suurin huonossa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten keskuudessa.</p> <p>Hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten merkittävästi paremmat hoitoon pääsyn mahdollisuudet johtuvat siitä, ettei kyseinen väestönosa kärsi terveyspalvelujärjestelmän sosioekonomisia terveyseroja ylläpitävistä piirteistä. Heidän on korkeamman sosioekonomisen asemansa sekä hyvän taloudellisen tilanteensa vuoksi mahdollista hakeutua yksityisen puolen tai työterveyden palvelujen piiriin, joiden kautta hoitoon pääsee usein julkista puolta nopeammin. Sen sijaan huonossa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten hoitoon pääsyä rajoittaa se, ettei heidän käytössään ole pääsääntöisesti kuin julkisen puolen terveyspalvelut, joiden resurssit ovat merkittävästi muiden erillisjärjestelmien resurssija pienemmät. Lisäksi huonossa sosioekonomisessa asemassa oleville ihmisille palveluista perityt asiakasmaksut saattavat aiheuttaa hidasteen tai jopa esteen hoitoon hakeutumiselle.</p> <p>Tutkielman johtopäätöksenä on, että sosioekonomisia terveyseroja ylläpitävät terveyspalvelujärjestelmän piirteet ovat toisistaan riippuvaisia ja toisiaan aiheuttavia. Näiden piirteiden takana vaikuttavana aiheuttajana voidaan pitää talousintressien korostumista terveyspalvelujärjestelmässä. Terveyseroja ylläpitävät piirteet suosivat hyvätuloisia ihmisiä. Piirteiden olemassaolon vuoksi eri sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten terveydentila kehittyi eri tavoin: hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset voivat yhä paremmin, huonossa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset yhä huonommin. Yhteiskunta- ja terveyspolitiikassa tulisi huomioida nämä terveyspalvelujärjestelmän eriarvoistavat piirteet ja toimia sen puolesta, että ne toimisivat nykyiseen tilanteeseen verrattuna päinvastoin, siis sosioekonomisia terveyseroja kaventaen. Tähän tavoitteeseen voidaan pyrkiä kiinnittämällä huomiota kunkin erillisjärjestelmän rooliin terveyspalvelujärjestelmässä, sekä parantamalla palvelujen tarpeenmukaista kohdentumista.</p> | | | |
| Avainsanat – Nyckelord – Keywords | | | |
| sosioekonomiset terveyserot, sosioekonominen asema, terveyspalvelujärjestelmä, terveyspolitiikka | | | |

Sisällys

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Johdanto..... | 1 |
| 2 | Keskeiset käsitteet | 3 |
| 2.1 | Terveyspolitiikka..... | 3 |
| 2.2 | Suomalaisen perusterveyspalvelujärjestelmän rakenne ja toimijat | 5 |
| 2.3 | Sosioekonominen asema | 6 |
| 2.4 | Sosioekonomiset terveyserot..... | 7 |
| 3 | Tutkimusmenetelmä ja hakusanat..... | 9 |
| 4 | Sosioekonomisten terveyserojen ja suomalaisen terveyspalvelujärjestelmän väliset yhteydet..... | 9 |
| 4.1 | Palvelujen järjestämisen tavat ja talousintressit | 11 |
| 4.2 | Erillisjärjestelmien resurssien epätasaisuus | 13 |
| 4.3 | Palvelujen käytöstä perityt asiakasmaksut..... | 15 |
| 4.4 | Palvelujen tarpeenmukaisen kohdentumisen puute | 17 |
| 5 | Johtopäätökset..... | 20 |
| 6 | Lähteet | 24 |

1 Johdanto

Suomalaisessa yhteiskunnassa on sitouduttu noudattamaan terveydenhuollon oikeudenmukaisuusperiaatteita. Näihin periaatteisiin sisältyy ajatus siitä, että kaikille kansalaisille tarjotaan yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät terveyspalvelut sosioekonomisesta asemasta riippumatta. (Häkkinen & Rosenqvist, 2016; Manderbacka ym., 2017.) Terveydenhuollon oikeudenmukaisuusperiaatteista on linjattu muun muassa Suomen perustuslaissa (1999) sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksen tavoitteissa (Valtioneuvosto, 2021). Perimmäisiltään kyse on ihmisoikeusasiasta – jokaisella ihmisellä tulisi tarpeen vaatiessa olla oikeus ja pääsy terveydenhuollon piiriin (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 67).

Suomalaisessa terveyspolitiikassa on siis tähdätty tilanteeseen, jossa kaikilla kansalaisilla olisi oikeus ja mahdollisuus päästä hyödyntämään terveydenhuollon kehittyvien menetelmien tuottamia terveyshyötyjä ja näin ollen parantaa omaa terveydentilaansa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008). Alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt eivät kuitenkaan ole päässeet nauttimaan terveydenhuollon kehityksestä ja muutoksista samalla tavalla (Palosuo ym., 2007), eivätkä terveydenhuollon oikeudenmukaisuustavoitteet tästä johtuen käytännön tasolla toteudu siitä huolimatta, että niistä on linjattu useissa virallisissa dokumenteissa (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 67–68). Oikeudenmukaisuusperiaatteiden toteutumattomuus onkin yksi niistä monista syistä, jotka vaikuttavat suomalaisessa yhteiskunnassa esiintyvien sosioekonomisten terveyserojen taustalla.

Terveyspalvelujärjestelmää tarkastellessa sosioekonominen eriarvoisuus ilmenee muun muassa siinä, että terveyspalvelujen käytön ja tarpeen välillä on huomattavia eroja (Häkkinen & Nguyen, 2010; Manderbacka ym., 2017) – suurimmassa palveluntarpeessa olevat huonossa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset käyttävät selvästi vähemmän palveluja, kuin paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset, joilla vastaavanlaista palveluntarvetta ei ole. Ongelmaan vaikuttaa suomalainen terveyspalvelujen järjestämistapa, sillä kaikki palvelukanavat eivät ole huonossa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten ulottuvilla heidän pienistä rahallisista resursseistaan johtuen (Manderbacka ym., 2017; Mattila, 2011, s. 330–331). Jyrkimmillään tätä epäoikeudenmukaisuutta terveyspalvelujärjestelmässä voidaan pitää ihmisoikeusloukkauksena (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 67).

Tarkastelun kohteena tässä tutkielmassa on suomalainen terveyspalvelujärjestelmä ja se, minkälaisilla tavoilla se vaikuttaa sosioekonomisten terveyserojen olemassaoloon. Terveyspalvelujärjestelmällä on

erinäisissä tutkimuksissa havaittu olevan merkitystä sosioekonomisten terveyserojen taustalla: esimerkiksi Manderbackan ja kumppaneiden (2017, s. 1) mukaan terveyspalvelujärjestelmän rakenne voi ylläpitää, luoda tai kaventaa sosioekonomisia terveyseroja. Tätä ajatusta seuraillen tutkimuskysymyksenä on: *millaisia sosioekonomisia terveyseroja ylläpitäviä piirteitä suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä esiintyy?*

Vaikka sosioekonomisissa terveyseroissa onkin kyse monisyisestä terveydellisestä ja sosiaalisesta ongelmasta (Munro, 2006), voidaan terveyspalvelujärjestelmän sosioekonomisia terveyseroja ylläpitävien piirteiden tarkastelua pitää perusteltuna. On tärkeää, että terveydenhuollon kentällä huolehditaan siitä, etteivät sen käytännöt aiheuta tai ylläpidä sosioekonomisia terveyseroja (Rotko & Manderbacka, 2015, s. 126). Jos terveyspalvelujärjestelmän eriarvoistavista piirteistä ollaan tietoisia, mahdollistuu näiden käytäntöjen muuttaminen, ja sosioekonomisten terveyserojen kaventamistavoitteiden mukaisten toimintatapojen omaksuminen. Tämä onkin asia, mihin tutkielman kautta pyritään vaikuttamaan: tarkoituksena on tarkastella suomalaisen terveyspalvelujärjestelmän sosioekonomisia terveyseroja ylläpitäviä piirteitä, jotta jatkossa olisi mahdollista puuttua näihin järjestelmän rakenteellisiin epäkohtiin ja toimia sen puolesta, että ideaalitason lisäksi terveydenhuollon oikeudenmukaisuusperiaatteet toteutuisivat myös käytännössä. Tätä voidaan pitää tutkielman yhteiskuntapoliittisena relevanssina pohjaamalla Kestilän ja Karvosen (2019, s. 14) ajatukseen siitä, kuinka yhteiskuntapolitiikan näkökulmasta olennaisimpia ovat sellaiset terveyden erot, joihin voidaan vaikuttaa muokkaamalla näihin eroihin johtavia mekanismeja, tässä tapauksessa terveyspalvelujärjestelmän rakennetta. Sen sijaan tutkielman yhteiskunnallisena relevanssina voidaan pitää sitä, kuinka sosioekonomisia terveyseroja ylläpitävien tekijöiden poistaminen terveyspalvelujärjestelmästä voisi edesauttaa koko yhteiskunnan hyvinvointia ja toimivuutta (Bradby, 2012, s. 22).

Yhteiskunnallisen ja yhteiskuntapoliittisen relevanssin lisäksi aihe on myös ajankohtainen. Sanna Marinin hallituksen sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksen yhtenä tavoitteena on nimittäin kaventaa terveyseroja, sekä turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat terveyspalvelut kaikille kansalaisille (Valtioneuvosto, 2021). Kuten edellä mainittua, terveyspalvelujärjestelmä voi aiheuttaa tai ylläpitää, mutta myös kaventaa terveyseroja (Manderbacka ym., 2017, s. 1), joten terveyspalvelujärjestelmän ja terveyserojen välisten yhteyksien tarkastelu voidaan nähdä tärkeänä myös soteuudistuksen tavoitteiden toteutumisen

kannalta. Tieto ilmiöiden välisistä yhteyksistä voisi toimia hyödyllisenä sosiaali- ja terveystalouden uudistuksista linjatessa, koska sen kautta voitaisiin varmistua siitä, ettei uudistuksina tehdyt toimenpiteet olemassaolollaan vaikuttaisi ainakaan tavoitteiden vastaisesti, siis terveyseroja ylläpitäen tai jopa kasvattaen.

Tässä tutkielmassa tarkastellaan neljää suomalaisen terveystalouden piirrettä, joiden olemassaolon on tutkittu vaikuttavan sosioekonomisiin terveyseroihin. Analyysiluvussa käytetty piirteiden jaottelutapa neljään tarkastelukohteeseen ei ole itse määritelty, vaan pohjaa kahteen aiempaan tutkimukseen (Manderbacka ym., 2017; Manderbacka ym., 2006), joissa näitä piirteitä on jaoteltu samansuuntaisesti. Terveystalouden tarkastellessa olennaisina sosioekonomisia terveyseroja ylläpitävänä tekijänä voidaan pitää talousintressien voimistumista järjestelmässä. Talousintressien voimistumisella tarkoitetaan tässä tutkielmassa esimerkiksi voitontavoittelun korostumista sekä markkinaehtoisten toimintatapojen omaksumista terveystalouden toiminnassa. Talousintressien olemassaolon voidaan nähdä vaikuttavan kaikkien tutkielmassa käsiteltyjen sosioekonomisia terveyseroja ylläpitävien tekijöiden, eli palvelujen järjestämistapojen, erillisjärjestelmien erilaisen resurssikehityksen, palveluista perittyjen asiakasmaksujen sekä palvelujen tarpeenmukaisen kohtaamattomuuden, taustalla. Samainen talousintressien korostuminen vaikuttaa myös yksilöiden kykyihin käyttää terveystalouksia. Talousintressien korostuminen terveystalouden järjestelmässä on johtanut siihen, että varallisuudella on yhä suurempi merkitys sille, pääseekö hoitoa tarvitseva ihminen avun piiriin vai ei. Koska tulot tai varallisuus on yksi sosioekonomisen aseman osatekijöistä, joka tällä hetkellä toimii tärkeänä merkittävänä tekijänä hoitoon pääsyssä (Kallio, 2008; Lahelma & Rahkonen, 2011, s. 47–48), voidaan hyvätuloisia ihmisiä suosivia terveystalouden käytäntöjä pitää olennaisina sosioekonomisia terveyseroja ylläpitävinä tekijöinä.

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Terveystalouden politiikka

Terveystalouden politiikkaa voidaan kuvailla toimintana, jonka tarkoituksena on edistää kansanterveyden ja yksilöiden terveyden positiivisesti vaikuttavia tavoitteita (Sihto ym., 2013, s. 9). Helsingin yliopiston edesmenneen emeritusprofessorin Tapani Purolan mukaan terveystalouden politiikkana voidaan pitää kaikkea sellaista toimintaa, jonka keskeisenä arvolähtökohtana on terveys ja sen edistäminen (Purola, 1979, s. 105). Terveystalouden politiikka on terveyttä edistävää yhteiskuntapolitiikkaa, eli kyseessä on yhteiskuntapolitiikan osa-

alue (Vaarama, 2013, s. 3). Poliitiikan ja terveyden erottamista on perinteisestä kansanterveysnäkökulmasta katsoen pidetty luonnollisena tai jopa tarpeellisena (McKinlay & Marceau, 2000). Tämä johtuu siitä, että terveydessä on kyse intiimistä ja henkilökohtaisesta asiasta, jonka yhteyttä poliittisiin tai taloudellisiin intresseihin on pidetty kyseenalaisena. Ilmeistä kuitenkin on, että myös terveys on poliittista. Terveyden ja politiikan yhteys näkyy muun muassa siinä, että terveyteen ja esimerkiksi terveyspalvelujen järjestämistapaan voidaan vaikuttaa poliittisilla toimilla, ja ne ovat näin ollen poliittisista toimista ja päätöksistä riippuvaisia (Bambra ym., 2003). Terveyspolitiikan käsite on tärkeä, jotta terveyden ja politiikan välisiä yhteyksiä on mahdollista tarkastella.

Terveyspolitiikka voidaan määritellä joko kapeaan tai laajaan määritelmään nojaten. Kapeasti määriteltynä terveyspolitiikalla viitataan pelkästään operatiiviseen tasoon, eli terveydenhoidon ja -huollon kysymyksiin ja päätöksiin. Laajasti määritellen terveyspolitiikalla tarkoitetaan kaikkia niitä kysymyksiä ja päätöksiä, joilla *voi* olla vaikutus yksilöiden tai väestöryhmien terveyteen. (Sihto, 2013, s. 20–21.) Laajassa näkökulmassa korostetaan ”terveys kaikissa poliitikoissa” -ajattelutapaa (mts. 21), jossa keskeisenä lähtökohtana on arvioida kaikkien yhteiskuntapoliittisten päätösten terveysvaikutuksia (WHO, 2021). Vaikka ”terveys kaikissa poliitikoissa” -näkökulma on tärkeä, tässä tutkielmassa keskitytään terveyspolitiikan tarkasteluun kapeasta näkökulmasta, koska päähuomio on nimenomaan perusterveydenhoidon järjestämiseen liittyvissä ilmiöissä.

Terveyspolitiikan tärkeitä strategisia lähtökohtia ja oikeudenmukaisuusperiaatteita Suomessa ovat terveyden edistäminen, kansalaisten mahdollisimman korkea terveyden taso sekä terveyden mahdollisimman tasainen jakautuminen (Manderbacka ym., 2017; Sihto, 2016, s. 14; Sihto ym., 2013, s. 9). Perusperiaatteena on tarjota kaikille suomalaisille yhtäläiset terveyspalvelut ja kaventaa väestössä esiintyviä terveyseroja (Manderbacka ym., 2017, s. 1). Erityisesti sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen ovat pysyneet jo yli neljänkymmenen vuoden ajan suomalaisen terveyspolitiikan ”kestoaiheina” (Sihto, 2013, s. 20). Nämä terveyspolitiikkaan liittyvät ilmiöt, kuten sosioekonomiset terveyserot, ovat seurausta tehdyistä yhteiskunnallisista päätöksistä. Näin ollen on myös loogista, että näihin terveyspolitiikkaan liittyviin ilmiöihin voidaan vaikuttaa tekemällä edellisistä päätöksistä eriäviä yhteiskunnallisia päätöksiä. (Rotko & Manderbacka, 2015, s. 125.)

Terveyspolitiikan kentällä toimii monia eri toimijoita, jotka vaikuttavat toiminnallaan terveyspolitiikan eri tasoilla. Terveyspolitiikan toiminnan tasoja ovat rakenteellinen, välittävä ja välitön taso. Rakenteellisella tasolla pyritään vaikuttamaan esimerkiksi koulutusjärjestelmän ja välittävällä tasolla elintapojen kautta terveystieteisiin ilmiöihin. (Sihto, 2013, s. 21.) Tämän tutkielman pääasiallisena mielenkiinnon kohteena on välitön toiminnan taso, joka viittaa suoraan terveyteen ja esimerkiksi terveydenhuollon toimintaan (mts. 21). Tarkastelun kohteeseen liittyy kuitenkin olennaisesti välittömän ja rakenteellisen tason yhteys, sillä rakenteellisen tason terveystieteelliset päätökset ja ongelmat vaikuttavat myös välittömän tason toimintamahdollisuuksiin (mts. 23). Terveyspolitiikan kentän toimijoita ovat julkisen vallan lisäksi yksityiset organisaatiot, ammattiryhmät ja poliittiset puolueet (mts. 9, 22). Tämän lisäksi myös terveyspalvelujärjestelmän sisällä on useita toimijoita, joiden suomalaiset versiot määritellään seuraavaksi.

2.2 Suomalaisen perusterveyspalvelujärjestelmän rakenne ja toimijat

Perusterveydenhoitoon nähdään tässä tutkielmassa sisältyvän seuraavat palvelut: yleislääkärin vastaanotto, sairaala sekä ennalta ehkäisevä terveydenhoito (Terveyskirjasto, 2021). Suomalainen perusterveyspalvelujärjestelmä on rakenteeltaan kolmikanavainen. Tämä tarkoittaa sitä, että perusterveydenhoitoon kuuluvia palveluja tuotetaan kolmessa erillisjärjestelmässä: kunnallisissa eli julkisissa terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa ja yksityisissä terveyskeskuksissa. (Rotko & Manderbacka, 2015, s. 120.) Julkisella tarkoitetaan kunnan järjestämiä terveyspalveluja, työterveydellä työnantajan lakisääteisesti (ja vapaaehtoisesti) järjestämiä terveyspalveluja, yksityisellä yksityishenkilön markkinoilta ostettuja ja itse maksettuja palveluja (Kallio, 2008, s. 478–479). Näiden erillisjärjestelmien rahoituksesta vastaavat Suomessa useat toimijat: Suomen valtio ja kunnat, suomalaiset kotitaloudet, Kansaneläkelaitos, työnantajat sekä yksityiset vakuutusyhtiöt (Pekurinen, 2014, s. 11).

Näiden kolmen erillisjärjestelmän tuottamat terveyspalvelut eivät ole yhtä lailla kaikkien suomalaisten saavutettavissa. Eri erillisjärjestelmien saavutettavuuteen vaikuttaa muun muassa alueelliset tekijät, palveluista perittävät asiakasmaksut, erillisjärjestelmän resurssit sekä palvelujen käytön ehdot. (Manderbacka ym., 2014; Rotko & Manderbacka, 2015, s. 120.) Käytännössä nämä saavutettavuuden haasteet tai esteet tarkoittavat esimerkiksi sitä, että työvoiman ulkopuolella olevat suomalaiset eivät ole oikeutettuja työterveyden palveluihin, ja yksityisen puolen terveyspalveluista perittävät korkeat asiakasmaksut estävät tai ainakin vaikeuttavat pienituloisten henkilöiden mahdollisuuksia käyttää kyseisiä palveluja (Manderbacka ym., 2017). Julkinen terveydenhoitojärjestelmä on näistä kolmesta järjestelmästä ainoa, jonka

voidaan sanoa olevan kaikkien suomalaisten saavutettavissa (mt.). Tähän suoraviivaiseen jaotteluun poikkeuksen tekevät nykyaikana julkisen ja yksityisen puolen rajapinnassa tuotetut palvelut, esimerkiksi palvelusetelit, joiden kautta julkisen puolen vastuulle tarkoitettu palvelu voidaan tuottaa yksityisen puolen palveluna (Kuusinen-James, 2012, s. 20–22).

Monet saavutettavuuden haasteet tai esteet liittyvät perusterveydenhoitojärjestelmän rakenteen ja yksilöiden sosioekonomisen aseman väliseen yhteyteen. Manderbacka ja kumppanit (2017, s. 7) ovat määrittelleet, että sosioekonomisen aseman mukaan esiintyvät terveyspalvelujen käytön erot aiheutuvat sekä palvelujen kysyntään että tarjontaan liittyvistä tekijöistä. Kysyntään liittyvillä tekijöillä tarkoitetaan eri sosioekonomisten ryhmien eriävää terveyspalvelujen kysyntää: ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevien kysyntä terveyspalveluille on suurempaa, koska he ovat paremmin tietoisia omasta hoidontarpeestaan sekä tavoista navigoida monimutkaisessa terveyspalvelujärjestelmässä. Tarjontaan liittyvät tekijät ovat sen sijaan suomalaisen perusterveyspalvelujärjestelmän kolmikanavaisen rakenteen aiheuttamia eroja esimerkiksi terveyspalvelujen saavutettavuudessa ja niistä aiheutuviissa kustannuksissa. (Manderbacka ym., 2017, s. 7.) Tässä tutkielmassa kiinnostuksen kohteena on erityisesti terveyspalvelujärjestelmän tarjontaan liittyvien tekijöiden tarkastelu ja niiden yhteys sosioekonomisiin terveysteroihin.

2.3 Sosioekonominen asema

Sosioekonominen asema on laaja ja kattava yläkäsite. Käsitteen alle asettuu monia eritasoisia sosiaalisia tekijöitä, jotka ovat sosioekonomisen aseman rakennusaineita. Yleisesti ajatellaan, että sosioekonomisen aseman ytimen muodostavat seuraavat kolme tekijää: henkilön koulutustaso, ammattiasema ja tulot. (Adler & Ostrove, 1999.) Sosioekonomiseen asemaan liittyy siis sekä hyvinvointiin liittyvät materiaaliset resurssit, kuten tulot, että näiden materiaalistien resurssien hankkimisen kannalta keskeiset välineet, kuten ammatti ja koulutus (Koskinen & Martelin, 2013, s. 61). Se, millaisia nämä tekijät kullakin ihmisellä ovat, määrittävät hänen sosioekonomisen asemansa. Mitä korkeammat tulot, korkeampi koulutus ja korkeamman aseman työ, sitä korkeampi hänen sosioekonominen asemansa on. Näiden sosioekonomisen aseman ytimessä olevien tekijöiden lisäksi sosioekonomista asemaa määrittäessä huomioon voidaan ottaa myös lapsuuden olosuhteet ja vanhempien sosioekonominen asema, koska myös niillä on tutkittu olevan vaikutusta yksilön omaan sosioekonomiseen asemaan (Carvalho, 2012). Sosioekonomisessa asemassa onkin siis kyse varsin laaja-alaisesta ilmiöstä, joka moninaisten yhteyksien kautta vaikuttaa yhteiskunnassa eriarvoistavasti (Lahelma & Rahkonen, 2011, s. 46–49).

Koulutus vaikuttaa sosioekonomiseen asemaan erityisesti ei-aineellisten resurssien kautta, sillä se kartuttaa yksilön tietoja ja taitoja. Ammattiasema vaikuttaa sosioekonomiseen asemaan määrittämällä yksilölle tietynlaiset elinolot sekä voimavarat. Tulot sen sijaan ovat se sosioekonomisen aseman osa-alue, joka ilmentää selvimmin yksilön aineellisia voimavaroja eli varallisuutta. (Lahelma & Rahkonen, 2011, s. 47–48.) Tulot ovat tämän tutkielman kannalta merkityksellisin sosioekonomisen aseman tekijä, sillä monet terveyspalvelujen käyttöön liittyvät haasteet tai esteet johtuvat aineellisten voimavarojen riittämättömyydestä. Sosioekonomisen aseman eri tekijät ovat kuitenkin kaikki tärkeitä ilmiön kokonaisvaltaisen ymmärtämisen kannalta. Kullakin tekijällä on nimittäin oma pätevyysalueensa, jota muut tekijät eivät yhtä kokonaisvaltaisesti kata. Tämän vuoksi ei olekaan mahdollista määritellä ”parasta” tai ”tärkeintä” sosioekonomisen aseman osoitinta, vaan sosioekonomisen aseman käsite tulee aina operationalisoida useamman tekijän avulla. (Galobardes ym., 2006.)

Sosiologisessa perinteessä sosioekonomisen aseman tarkastelu yhdistyy luokka-analyysiin, jonka kahtena pääteoreetikkona voidaan pitää Karl Marxia ja Max Weberiä. Heidän tapansa rakentaa luokka-analyysia olivat erilaiset, ja nämä erilaiset käsitykset vaikuttavat edelleen myös siihen, miten yhteiskunnan rakenne ja esimerkiksi sosioekonominen asema ja siihen liittyvät eriarvoisuuskysymykset ymmärretään. Marxilaisessa perinteessä yhteiskunta jaetaan kahteen luokkaan, ja huomio kiinnittyy erityisesti omistussuhteisiin ja aineellisiin olosuhteisiin. Sen sijaan weberiläisessä perinteessä korostetaan markkinoiden toiminnan merkitystä yhteiskuntaluokkien välisten voimavarojen ja eriarvoisuuden hierarkkisen jakautumisen taustalla. (Lahelma & Rahkonen, 2011, s. 45–46.) Weberiläinen perinne sopii marxilaista paremmin tämän tutkielman teoreettiseen ymmärrykseen, koska kiinnostuksen kohteena tutkielmassa on muun muassa markkinoiden yhteys terveyspalvelujen saavutettavuuteen. Lisäksi tärkeänä lähtökohdiana tutkielmassa on se, että eriarvoisuus ilmenee hierarkkisesti eri sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten elämässä ja mahdollisuuksissa käyttää terveyspalveluja niin, että näiden palvelujen käyttö on sitä hankalampaa, mitä huonommassa sosioekonomisessa asemassa henkilö on.

2.4 Sosioekonomiset terveyserot

Tuulia Rotkon ja Kristiina Manderbackan (2015, s. 115) määrittelyn mukaan ”sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa ilmeneviä systemaattisia

eroja sosioekonomisten ryhmien välillä”. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten yleisterveys on heikompi, he sairastavat enemmän, sekä omaavat alemman elinajanodotteen kuin paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset. Terveyserot viittaavat nimenomaan sellaiseen terveydessä esiintyvään vaihteluun, joka ei selity satunnaisvaihtelulla, vaan johon yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat (Rotko & Manderbacka, 2015, s. 116). Sihdon ja Palotajotkat ovat seurausta taloudellisista, sosiaalisista ja palvelujärjestelmään liittyvistä tekijöistä. Kaikilla edellisessä alaluvussa mainituilla sosioekonomisen aseman osatekijöillä on voitu todistaa olevan yhteys terveyteen ja siinä esiintyvään eriarvoisuuteen eri sosioekonomisten ryhmien välillä (Koskinen & Martelin, 2013, s. 61; Manderbacka ym., 2017). Vaikka tässä tutkielmassa keskitytään juuri sosioekonomisiin terveyseroihin, on syytä muistaa, että terveyseroja esiintyy myös esimerkiksi sukupuolien välillä (Riskä, 2011).

Vaikka terveyden taso on Suomessa yleisesti parantunut viime vuosikymmeninä, sosioekonomiset terveyserot ovat kasvaneet (Karvonen ym., 2017). Suomessa sosioekonomiset terveyserot ovat kansainvälisesti tarkasteltuna poikkeuksellisen suuria (Koskinen & Martelin, 2013, s. 61). Konkreettisesti sosioekonomisten terveyserojen olemassaolon Suomessa osoittaa esimerkiksi se, että pitkäaikaissairastavuus on noin 50 % yleisempää alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä (Rotko & Manderbacka, 2015, s. 117). Mielenkiintoinen ilmiö sosioekonomisiin terveyseroihin liittyen on se, että huono terveydentila ei ole vain kaikista alimmassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten ongelma, vaan terveydentila paranee asteittain sosioekonomisen aseman nousun myötä. Tätä ilmiötä nimitetään terveysgradientiksi. (Adler & Ostrove, 1999; Sihto & Palosuo, 2013, s. 225.) Weberiläiseen näkökulmaan palattaessa voidaan argumentoida, että myös terveys on yhteiskuntaluokkien välillä hierarkkisesti jakautunut resurssi.

Vaikutusmahdollisuudet sosioekonomisiin terveyseroihin ovat yleensä yksilön saavuttamattomissa (Sihto & Palosuo, 2013, s. 223), koska terveyserojen syyt ovat yhteydessä yhteiskunnan rakenteisiin ja erilaisten resurssien (sosiaaliset, tiedolliset, aineelliset) epätasaiseen jakautumiseen (Rotko & Manderbacka, 2015, s. 118). Esimerkiksi huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten aineellisten resurssien eli varallisuuden vähäinen määrä yhdessä suomalaisten terveystalouden järjestämistavan kanssa voi aiheuttaa ja ylläpitää sosioekonomisia terveyseroja. Tämä rakenteellisten syi-

den yhteys sosioekonomisiin terveyseroihin on ilmiö, jota analyysiluvussa tullaan tarkastelemaan. Vaikka tässä tutkielmassa tarkastellaan sosioekonomisten terveyserojen yhteyttä nimenomaan terveyteen ja erityisesti terveystalouteen, on syytä muistaa, että terveyseroissa on kyse myös sosiaalisesta eikä ainoastaan terveydellisestä ongelmasta (Sihto ym., 2007).

3 Tutkimusmenetelmä ja hakusanat

Menetelmällisesti katsoen tämä kandidaatintutkielma on kirjallisuuskatsaus. Katsauksen kirjallisuushaut suoritettiin tammi-huhtikuussa 2021. Kirjallisuuden etsimiseen käytettiin erilaisia kirjallisuustietokantoja, pääasiassa Helsingin yliopiston Helka -palvelua sekä Google Scholaria. Näistä haettiin tutkielman kannalta relevanttia kirjallisuutta niin suomen- kuin englanninkielisillä hakusanoilla. Hakusanoina tietokantahauissa käytettiin muun muassa seuraavia sanoja sekä niiden yhdistelmiä: *sosioekonomiset terveyserot*, *sosioekonominen asema*, *eriarvoisuus*, *terveyspolitiikka*, *terveys*, *huono-osaisuus*, *terveyspalvelut*, *sairastavuus*, *terveydenhoito*, *terveyspalvelujärjestelmä*.

Tutkielmassa käytetyistä lähteistä suuri osa on suomalaisten kirjoittajien tuotoksia. Ne keskittyvät Suomen tilanteen tarkasteluun, sillä näin tehdään tutkielmassakin. Lähteinä on kuitenkin käytetty myös ulkomaisia lähteitä, joissa tarkastellaan esimerkiksi Euroopan tilannetta tai sosioekonomisia terveyseroja yleisesti. Tutkielman lähteiksi pyrittiin valitsemaan mahdollisimman tuoreita teoksia ja tutkimusartikkelia, joskin lähteisiin valikoitui myös muutama vanhempi ”klassikkoteos” tältä tutkimusalalta. Lähteitä etsiessä hyödynnettiin myös kirjallisuushakujen tuloksina saatujen teosten lähdeluetteloita. Lähteiden soveltuvuutta tutkielmaan arvoitiin ensin tutustumalla lähteiden sisältöön pintapuolisesti esimerkiksi avainsanojen ja johdantojen avulla. Tämän perusteella tutkielmaan soveltumattomat lähteet rajattiin pois tarkastelusta, ja syvennyttiin jäljelle jääneiden lähteiden sisältöön tarkemmin.

4 Sosioekonomisten terveyserojen ja suomalaisen terveystalouden väliset yhteydet

Sosioekonomisten terveyserojen ja terveystalouden välisestä yhteydestä tarkastelevan tutkimuskirjallisuuden sisällä ei vallitse yksimielisyyttä siitä, kuinka merkittävä rooli terveystalouden järjestelmällä sosioekonomisten terveyserojen ilmentymisessä ja ylläpitämisessä on. Erityisesti vanhemmissa tutkimuksissa terveystalouden järjestelmän merkitystä sosioekonomisille terveyseroille on pidetty varsin pienenä tai olemattomana, ja selitetty sosioekonomisten terveyserojen olemassaoloa muilla syytekijöillä, kuten tuloeroilla tai erilaisilla asuinoloilla (Coburn, 2004, s. 53; Palosuo, 2016, s. 46). Tämänkaltaiset

tutkimustulokset selittävät 1900-luvun alun yhteiskunnallista tilannetta, koska tällöin sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot johtuivat suurelta osin juuri merkittävistä eroista elinoloissa (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 66; Nolte & McKee, 2004, s. 38–42).

1900-luvun alun jälkeen sosioekonomisten ryhmien väliset erot elinoloissa ovat kuitenkin kaventuneet huomattavasti. Samalla on nähty, että terveyspalvelujärjestelmän mahdollisuudet vaikuttaa terveyteen ja terveyseroihin ovat kasvaneet. (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 66.) Terveyspalvelujärjestelmän merkitystä terveyseroille on pidetty suurempana erityisesti 1900-luvun toisen puoliskon jälkeisenä aikana esimerkiksi varhaisen diagnostiikan ja hoitoteknologioiden kehittymisen myötä (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 66; Nolte & McKee, 2004, s. 38–42; Rotko & Manderbacka, 2015, s. 120). Terveyspalvelujärjestelmä ei kuitenkaan ole ainoa sosioekonomisia terveyseroja aiheuttava tai ylläpitävä tekijä (Mattila, 2011, s. 332), eikä terveyspalvelujärjestelmän kehittäminen näin ollen yksinään ole riittävä ratkaisu sosioekonomisten terveyserojen poistamiseksi. Tästä huolimatta erinäisissä tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että terveyspalvelujärjestelmän rooli terveyden edistämässä ja terveyserojen kaventamisessa on huomioimisen arvoinen (Kestilä & Karvonen, 2019, s. 15; Palosuo ym., 2007, s. 228; Rotko & Manderbacka, 2015, s. 126; Sihto, 2007, s. 206). Terveyspalvelujärjestelmän roolia pidetään huomion arvoisena myös suomalaisessa terveystaloudellisessa keskustelussa, koska esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman (2008) yhdeksi etenemiskeinoksi terveyserojen kaventamistyössä on nimetty nimenomaan terveyspalvelujärjestelmän tasa-arvoisuuden lisääminen.

Seuraavissa alaluvuissa analysoidaan neljää suomalaiseen terveyspalvelujärjestelmään liittyvää sosioekonomisia terveyseroja ylläpitävää piirrettä. Analyysissä käytetty piirteiden jaottelutapa pohjaa Manderbackan ja kumppanien tutkimuksiin vuosilta 2017 ja 2006. Vuoden 2017 tutkimuksessa Manderbacka ja kumppanit määrittivät suomalaisen terveyspalvelujärjestelmän sosioekonomisia terveyseroja ylläpitäviksi piirteiksi palvelujen järjestämisen tavan, saavutettavuuden, palvelujen käytöstä perityt kustannukset sekä asiakasjonot. Aiemmassa, niin ikään Manderbackan ja kumppanien tutkimuksessa (2006) eriteltiin palvelujärjestelmään liittyviä sosioekonomisia terveyseroja ylläpitäviä piirteitä samansuuntaisesti, sillä haasteita aiheuttaviksi tekijöiksi määriteltiin palvelujärjestelmän rakenne, voimavarojen kohdentaminen, kustannusten jako sekä palvelujen järjestämistavat. Analyysin perusteella nähdään, että terveyspalvelujärjestelmässä voimistuneiden talousintressien vaikutus sosioekonomisille terveyseroille on merkittävä.

4.1 Palvelujen järjestämisen tavat ja talousintressit

Suomessa terveystalvveluja tuotetaan kolmessa erillisjärjestelmässä: yksityisellä puolella, työterveydessä ja julkisella puolella (Rotko & Manderbacka, 2015, s. 120). Näiden erillisjärjestelmien toiminnan lo- giikka on erilainen. Työterveyspalvelut järjestetään työterveyshuoltolaissa olevan velvoitteen perusteella työnantajan toimesta joko terveystakeskuksen tai yksityisen palveluntuottajan kautta (Työterveyshuolto- laki, 2001). Julkisella puolella toiminnan pyrkimyksenä on kaikkien kansalaisten yhdenvertaisen hoitoon pääsyn mahdollistaminen (Palola, 2011). Julkisen puolen terveystalvvelujen järjestämiseen ja rahoittami- seen osallistuvat Suomen valtio ja kunnat, jotka pystyvät jakamaan verorahoina kerättyjä rahallisia re- surssejaan niin, että julkisten terveystalvvelujen käyttö on edullista (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 78– 79; Pekurinen, 2014). Sen sijaan yksityisen puolen toimintaa kuvaa konsumerismi ja markkinaintressien mukainen toiminta (Palola, 2011) – esimerkiksi Karsion (2016) mukaan yksityisten terveystalvvelujen ainoana tavoitteena voidaan pitää voiton tavoittelua.

Vaikka julkisten palvelujen tuottaminen perustuukin ajatukselle kaikkien kansalaisten yhdenvertaisen hoitoon pääsyn mahdollistamisesta, ovat markkinamekanismit ja markkinaehtoisten toimintatapojen omaksuminen tulleet osaksi myös julkisen terveystalvvelun toimintaa (Karsio, 2016). Tämän terveystalvvelu- jen markkinoistumisen (Anttonen & Meagher, 2013) voidaan nähdä aiheuttavan ongelmia sosioekono- misten terveystalvvelun näkökulmasta tarkasteltuna. Ytimessä oleva ongelma on se, että hyvinvointivaltion yhdenvertaisuusajatuksen ja markkinoihin liittyvän konsumerismiajattelun voidaan nähdä olevan pää- määriltään vastakkaisia: voiton tavoittelua ja samalla kaikkien kansalaisten (myös huono-osaisten, joilla ei ole varaa maksaa terveystalvvelujen käytöstä) terveystalvvelusta huolehtimista ei voida pitää samansuuntai- sina tavoitteina (Palola, 2011). Näin ollen voidaankin ajatella, että todennettu markkinaintressien koros- tuminen terveystalvveluissa saattaa olla uhka julkisten terveystalvvelujen järjestämiselle jatkossa (Kallio, 2008; Karsio, 2016). Koska huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset ovat julkisen puolen pääasiallista käyttäjäkuntaa (Manderbacka ym., 2017), vaikuttaisi tällainen kehitys negatiivisesti nimenomaan heidän mahdollisuuksiinsa käyttää terveystalvveluja.

Suomalainen terveystalvvelujen kolmikanavainen järjestämistapa edellyttää, että hyvinvointivaltion toi- mijoiden ja voittoa tavoittelevien yritysten tulee toimia terveystalvvelumarkkinoiden kentällä yhdessä (Karsio, 2016; Mattila, 2011, s. 331). Kunnille kuuluvien terveystalvvelujen järjestäminen voidaan esi- merkiksi ulkoistaa tai ostopalvelujen kautta siirtää yksityisten yritysten vastuulle, kuitenkin niin, että

kuntien rahoitus- ja valvomisvelvollisuus säilyy (Karsio, 2016; Kuusinen-James, 2012, s. 32). Terveyspalvelumarkkinoissa ei kuntien osallisuudesta johtuen ole kyse niin sanotuista aidosti vapaista markkinoista vaan näennäismarkkinoista, jotka toimivat aitojen markkinoiden ja hierarkkisten toimintatapojen välimaastossa (Kuusinen-James, 2012, s. 22). Näillä markkinoilla yksityisen puolen rooliksi on määritelty yhteistyöhön perustuva toiminta julkisen puolen auttajana ja tukijana niissä tapauksissa, kun julkinen puoli ei omine resursseineen pysty huolehtimaan vastuualueistaan. Tilanne on kuitenkin Suomessa pikemminkin sellainen, että yksityiset yritykset pyrkivät avoimesti kilpailemaan sekä keskenään että julkisen terveystalouden kanssa asiakkaista. (Manderbacka ym., 2006; Mattila, 2011, s. 331.) Tästä kilpailuasemasta tekee erikoisen se, ettei julkinen sektori erilaisen toiminnan logiikkansa takia pysty vastaamaan tähän kilpailuun – voiton tavoittelua kun ei voida pitää sen ensisijaisena päämääränä, toisin kuin yksityisellä puolella (Karsio, 2016; Palola, 2011). Yhteistyön puute ja kilpailuasenne voivat haitata myös asiakasta, mikäli oman edun tavoittelusta tulee potilaan etua tärkeämpi tavoite (Manderbacka ym., 2006).

Edellä kuvailtua markkinoiden toiminnan ja talousintressien merkitystä sosioekonomisille terveyseroille on korostettu muun muassa weberiläisessä luokka-analyysissä (Lahelma & Rahkonen, s. 45–46). Talousintressejä terveystalouksissa voidaan jo itsessään pitää kyseenalaisina, sillä esimerkiksi WHO:n tuottaman terveystalouden tasa-arvoluokittelun ensimmäisenä ohjeena on se, ettei kansanterveyteen liittyvien toimijoiden tulisi tavoitella voittoa, eikä palvelujen käyttäjistä saisi yrittää hyötyä taloudellisesti (Whitehead & Dahlgren, 2006, s. 22). Voiton tavoittelun terveystalouksissa voidaan nähdä johtavan siihen, ettei palvelujen piiriin pääse kaikki niitä tarvitsevat, vaan pikemminkin niistä parhaiten maksavat. Koska voiton tavoittelu on tärkeä osa nimenomaan yksityisen puolen toiminnan logiikkaa, on epätasa-arvoisuus terveystalouksissa sitä räikeämpää, mitä suurempi osa terveystalouksista tuotetaan yksityisesti (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 78–79; Lahelma ym., 2007, s. 35).

Suomalainen terveystalouden järjestämistapa ja terveystalouden järjestelmässä esiintyvät talousintressit ovat yhteydessä sosioekonomisiin terveyseroihin, koska erityisesti yksityisten palvelujen toiminnanlogiikan ja kilpailuaselman ei nähdä sopivan yhteen sen ajatuksen kanssa, että kaikilla tulisi olla tasaverit mahdollisuudet päästä terveydenhuollon piiriin. Tästä johtuen on huolestuttavaa, että Suomessa yksityisten terveystalouden osuus on kasvussa, ja tämän osuuden odotetaan kasvavan myös tulevaisuu-

nessa (Tevameri, 2018, s. 11). Huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset eivät yksityisen sairastamiskassan puuttumisen ja korkeiden asiakasmaksujen takia juurikaan käytä yksityisiä terveyspalveluja (Kallio, 2008, s. 487–488). Mikäli yksityinen puoli ja talousintressien mukainen toiminta kasvaa, eikä suomalainen sosiaalijärjestelmä tarjoa nykyistä enemmän tukea huonossa sosioekonomisessa asemassa oleville, tulee hoitoon pääsy yhä riippuvaisemmaksi yksilön taloudellisista voimavaroista, jotka huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ovat usein vähäiset. Tässä tilanteessa yhä useampi huonossa sosioekonomisessa asemassa oleva jää vaille tarvitsemaansa hoitoa, kun taas paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt pääsevät taloudellisen varallisuutensa johdosta terveyspalvelujen piiriin samoin kuin aikaisemminkin. Tällöin jo valmiiksi keskimääräistä huonomman terveydentilan omaavien huonossa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten terveys heikkenee entisestään, ja sosioekonomiset terveyserot pääsevät kasvamaan. Voitaisiin siis sanoa, ettei nykyinen palvelujen järjestämistapa huomioi tarpeeksi terveydenhuollon oikeudenmukaisuusperiaatteita eikä sitä terveyspoliittista tavoitetta, jonka mukaan terveyspalvelujen kautta tulisi parantaa kaikkien kansalaisten terveyttä ja kaventaa sosioekonomisia terveyseroja.

4.2 Erillisjärjestelmien resurssien epätasaisuus

Vuonna 2014 tehdyssä tutkimuksessa (Manderbacka ym.) ilmeni, että suomalaisen terveydenhuollon erillisjärjestelmien resurssit ovat kasvaneet eri tavoin: siinä missä yksityisellä ja työterveydessä resurssit ovat kasvaneet, ei julkisella puolella ole tapahtunut samanlaista kehitystä. Osasyynä resurssien epätasaisen kehittymisen taustalla erillisjärjestelmissä voi olla edellä esitelty toiminnan logiikkojen eroavaisuus, erityisesti yksityisen puolen voitontavoittelu. Lisäksi palvelujen rahoittamistapa vaikuttaa erilaisen resurssikehityksen taustalla: yksityisellä puolella varallisuutta kerrytetään asiakkaiden ja yritysten maksaminen asiakasmaksujen kautta, kun taas julkisella puolella toiminnan rahoitus tapahtuu pääosin valtion ja kuntien toimesta (Pekurinen & Seppälä, 2014).

Resurssien epätasaisella jakautumisella on monia sosioekonomisiin terveyseroihin liittyviä seurauksia. Osan seurauksista voi nähdä heti, kun taas osa ilmenee vasta pidemmällä aikavälillä tarkasteltuna. Päivittäisessä terveydenhuollon toiminnassa resurssien epätasaisuus näkyy Manderbackan ja kumppaneiden (2017) mukaan siinä, että palvelujen saatavuus on yksityisellä ja työterveydessä hyvä, kun taas julkisella puolella saatavuudessa on puutteita. Julkisista terveyspalveluista vastaavien Suomen kuntien taloustilanne on vuoden 2019 tietojen mukaan äitynyt erityisen vaikeaksi. Kuntien talousvaikeudet vaikuttavat

suoraan myös palvelujen saatavuuteen, siis kuntien kykyyn tarjota asukkailleen julkisen puolen terveyspalveluja. (Hetemaa ym., 2021, s. 4.) Mielenkiintoinen ilmiö tähän liittyen on se, että terveydenhuoltolaki kyllä velvoittaa kuntia suuntaamaan riittävästi resursseja julkiseen terveydenhoitoon, mutta tehokkaita tapoja tämän säännön valvomiseen ei ole (Mattila, 2011, s. 338; Terveydenhuoltolaki, 2001).

Saatavuuden ongelmat julkisella puolella johtavat moniin pidemmällä aikavälillä nähtävissä oleviin ongelmiin. Kun saatavuudessa on puutteita, ei julkisella puolella välttämättä pääse kaikkien samojen palvelujen tai hoitojen piiriin, joihin työterveyden tai yksityisen puolen palveluissa pääsee (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 70). Lisäksi saatavuuden ollessa huonompaa, saattaa hoitoon pääsyä joutua odottamaan pitkään: Klavuksen (2010) toteuttaman tutkimuksen mukaan julkisella puolella asioineista 44 % koki joutuneensa odottamaan lääkärille pääsyä kohtuuttoman kauan, kun taas työterveydessä vastaava luku oli 12 % ja yksityisellä vain 6 %. Jos hoitoa joutuu odottamaan kauan, myöhästyy tietenkin myös tarvittun hoidon aloittaminen, joka voi edelleen johtaa siihen, ettei saatu hoito toimi yhtä tehokkaasti. Hoidon tehottomuus voi pahimmassa tapauksessa johtaa kuolemantapauksiin, jotka olisivat nopeam- malla hoitoon pääsyllä olleet vältettävissä. (Lumme ym., 2012; Manderbacka ym., 2014.)

Koska resurssit ovat korkeammalla tasolla yksityisellä ja työterveydessä kuin julkisella puolella, kehitty- näiden eri erillisjärjestelmien käyttäjien terveydentila eri tavalla. Palvelujen käytön ehdoista ja hinnasta johtuen yksityisen ja työterveyden palveluja käyttää pääsääntöisesti paremmassa sosioekonomisessa ase- massa oleva väestönosa, kun taas alemmassa sosioekonomisessa asemassa oleva väestönosa käyttää pää- asiassa julkisen puolen palveluja (Manderbacka ym., 2017). Näin ollen jo valmiiksi paremmassa ase- massa oleva väestönosa pääsee palvelujen piiriin huono-osaisia nopeammin, saaden näin ollen tehok- kaampaa hoitoa. Huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevan väestönosan ongelmaksi koituu pit- kät hoitojonot ja siitä aiheutuvat seuraukset – vältettävissä oleva kuolleisuus onkin merkittävästi ylei- sempää huonossa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten keskuudessa (Lumme ym., 2012; Man- derbacka ym., 2014).

Ongelman esittelyn perusteella voidaan sanoa, että julkisen puolen terveyspalvelujen resurssien lisäämi- sellä voisi olla positiivinen vaikutus sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen kannalta. Koska jul- kisia terveyspalveluja käyttävät pääosin huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt, joi-

den terveydentila on keskimäärin parempiosaisia huonompi, olisi heidän hoitoon pääsyä erityisen tärkeää sekä sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi että kansalaisten yleisen terveydentilan parantamiseksi. (Manderbacka ym., 2014; Sihto ym., 2007.) Johanna Kallio (2008) kuvailee artikkelissaan kehityskulkua, joka saattaa toteutua, ellei erillisjärjestelmien resurssien epätasaisuuteen puututa. Vaarana on, että julkisen terveydenhuollon saatavuus ja laatu heikkenevät entisestään: odotusajoista tulee yhä pidempiä ja hoitoon pääsystä yhä vaikeampaa. Samalla karisee julkisen terveydenhuollon legitimitetti, ja kaikki kynnelle kykenevät siirtyvät julkisen terveydenhuollon piiristä muiden erillisjärjestelmien piiriin. Tässä tapauksessa julkinen järjestelmä rapistuu ja jää aivan viimeiseksi vaihtoehdoksi niille, joilla ei tosissaan ole muuta keinoa päästä terveydenhuollon piiriin. (Kallio, 2008.) Saman kehityksen tuloksena huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten hoitoon pääsy vaikeutuu entisestään, ja sosioekonomiset terveyserot pääsevät kasvamaan.

Niin tässä yhteydessä kuin myöhemminkin korostuu myös terveydenhuollon oikeudenmukaisuusperiaatteissa korostettu ajatus siitä, kuinka terveyserojen poistamiseksi on välttämätöntä, että keskimääräisesti huonomman terveydentilan omaavat alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset pääsevät terveystalvelujen piiriin yhtä tehokkaasti kuin paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset (Sihto ym., 2007). Terveyspolitiikkaan liittyvien julkaisujen mukaan tämä voidaan mahdollistaa ainostaan sellaisessa tilanteessa, jossa verotuksen keinoin pystytään jakamaan resursseja uudelleen, ja tarjoamaan halpoja (ideaalitapauksessa ilmaisia) terveystalveluja kaikille yhteiskunnan jäsenille, erityisesti tietenkin hoitoa tarvitseville pienituloisille ihmisille (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 78–79; Kallio, 2008). Tämän perusteella on perusteltua sanoa, että resurssien kohdentaminen kattavan julkisen terveystalvelujärjestelmän ylläpitoon ja kehittämiseen on sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen kannalta tärkeä terveystalveluoliittinen tavoite.

4.3 Talvelujen käytöstä perityt asiakasmaksut

Analysoitaessa terveystalvelujen käytöstä perittyjä asiakasmaksuja, on terveystalvelujärjestelmän kolmikanavainen rakenne jälleen tärkeässä roolissa, sillä eri erillisjärjestelmien käytöstä perityt asiakasmaksut ovat suuruudeltaan erilaisia. Työterveystalvelujen käyttö on ilmaista, mutta on muistettava, että työsäkäynti talvelujen käytön ehtona rajaa asiakaskuntaa (Kallio, 2008). Julkisella puolella asiakasmaksuja peritään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskevan lain mukaisesti (Laki sosiaali- ja tervey-

denhuollon asiakasmaksuista). Asiakasmaksujen hintaa julkisella puolella voidaan pitää maltillisena: esimerkiksi yleislääkärin vastaanottokäynti kustantaa noin 41 euroa vuonna 2020–2021 (EU-terveydenhoito; Manderbacka ym., 2012). Yksityisellä puolella sen sijaan perusterveydenhoitoon kuuluvasta palvelusta peritään suoriteperusteinen palkkio (Pekurinen, 2014), joka on myös sairausvakuutuskorvauksen jälkeen pääsääntöisesti suurempi kuin julkisella puolella peritty asiakasmaksu (Manderbacka ym., 2012). Asiakasmaksujen perimiselle on perusteltu syitä (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2021a), mutta sosioekonomisten terveyserojen kannalta kyse on ongelmallisesta asiasta, koska asiakasmaksut rajoittavat huonommassa taloudellisessa tilanteessa olevien pääsyä palvelujen piiriin (Kallio, 2008).

Suomalaisen terveydenhoitojärjestelmän tilanteesta kertovassa Yrjö Mattilan (2011) raportissa käsitellään asiakasmaksujen vaikutusta terveystalouden käyttäjien tasa-arvoisuuteen. Raportin mukaan suomalaisen terveystalouden epäkohtana on asiakasmaksujen regressiivisyys. Regressiivisyys asiakasmaksuissa tarkoittaa sitä, että jokainen palvelun käyttäjä maksaa palvelusta saman summan, eikä palvelusta perityn maksun määrä vaihtelee tulotason mukaan. Regressiivisyyden eriarvoistava vaikutus on siinä, että asiakasmaksu asettaa hyvin erilaisen taloudellisen raitteen pienituloiselle kuin suurituloiselle henkilölle. (Mattila, 2011, s. 215–216.) Asian havainnollistamiseksi on hyödyllistä hahmottaa asiakasmaksujen suuruus suhteessa kotitalouden kuukausittaisiin tuloihin (Christopher ym., 2018): muutamakin terveydenhoidon vastaanottokäynti vie ainoastaan sosiaalietuuksien varassa elävän ihmisen tai perheen kuukausittaisista tuloista suuren osan, kun taas parempituloisessa kotitaloudessa samainen summa ei aiheuta ongelmaa. Asiakasmaksuihin liittyen on huomautettu myös siitä, että niihin tehdyt korotukset vaikuttavat eniten juuri pienituloisiin, huonommassa sosioekonomisessa asemassa oleviin ihmisiin: muutaman kymmenen euron korotuksen vaikutus asiakasmaksuissa on selvästi suurempi pienituloiselle kuin suurituloiselle ihmiselle (Palosuo ym., 2007). Korotukset asiakasmaksuissa ovat täyttä todellisuutta Suomessa, koska perittävien maksujen määrää tarkastellaan, eli käytännössä hyvin usein korotetaan, joka toinen vuosi työ- ja kansaneläkeindeksien mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021b).

Asiakasmaksujen noustessa palvelujen käyttö rasittaa taloudellisesti yhä suurempaa osaa pienituloisista palvelujen käyttäjistä. Pienituloisten ihmisten onkin raportoitu lykkäävän hoitoon menoa, jotta heillä olisi aikaa kerätä varoja, joilla maksaa tarvitsemansa palvelut (Mattila, 2011, s. 339–341; Whitehead &

Dahlgren, 2006, s. 71–72). Lisäksi heidän on raportoitu hakeutuvan hoitoon selvästi korkeammalla kynnyksellä kuin parempituloisten: siedettävästä terveyshaitasta ei hakeuduta lääkäriin, vaan hoitoon mennään vasta tilanteen ollessa kriittinen (Hiilamo ym., 2011). Hoidon lykkäämistäkin pahempaa on se, että ihmisten on raportoitu jättävän hakeutumatta hoidon piiriin ollenkaan suurten asiakasmaksujen tai matkakulujen takia (Hiilamo ym., 2011; OECD, 2019, s. 110–111). Erityisesti kaikista huonoimmassa sosioekonomisessa asemassa oleville korkeat asiakasmaksut ovat kasvava köyhyyden ja velkaantumisen selittäjä (Hiilamo ym., 2011; Whitehead & Dahlgren, 2006, s. 72). Asiakasmaksujen lisäksi Suomessa taloudellisen rasitteen aiheuttavat myös lääkekustannukset ja niiden suuri omavastuuosuus (Mattila, 2011, s. 340).

Terveystieteistä perityt asiakasmaksut siis vaikeuttavat pienituloisten ihmisten hoitoon pääsyä (Hiilamo ym., 2011; Mattila, 2011, s.339–341). Pienituloisten henkilöiden terveys heikentyy, kun hoitoon pääsyä lykätään tai kenties jätetään menemättä hoitoon ollenkaan (Whitehead & Dahlgren, 2006, s. 71–72). Kolikon käänttöpuolena on se, etteivät asiakasmaksut aiheuta samanlaista ongelmaa suurituloisille, jotka voivatkin jatkaa tavallisia terveyspalvelujen käyttötottumuksiaan (Hiilamo ym., 2011). Näin ollen samalla kun pienituloisten terveydentila heikkenee, suurituloisten terveydentila pääsee edelleen parantumaan. Asiakasmaksut voidaan nähdä terveyseroja ylläpitävänä ja jopa kasvattavana tekijänä: suurituloiset voivat entistä paremmin, pienituloiset entistä huonommin.

4.4 Palvelujen tarpeenmukaisen kohdentumisen puute

Suomalaisen väestön terveydentila vaihtelee terveysgradientin mukaisesti niin, että henkilön terveydentila on keskimääräisesti sitä parempi, mitä korkeampi hänen sosioekonominen asemansa on (Sihto & Palosuo, 2013, s. 225). Näitä sosioekonomisia terveyseroja ei ole mahdollista poistaa, mikäli terveyspalvelut eivät kohdennu niitä tarvitseville, eli jolloin palvelua tarvitsevat jäävät ilman hoitoa (Rotko & Manderbacka, 2015, s. 126). Tällä hetkellä Suomessa palvelujen tarpeenmukainen kohdentuminen ei kuitenkaan toteudu, vaan terveyspalvelujen tarjonta suosii paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevia ihmisiä (Manderbacka ym., 2017; Rotko & Manderbacka, 2015, s. 126). Näillä henkilöillä on paremmat mahdollisuudet käyttää kaikkien kolmen erillisjärjestelmän terveyspalveluja, minkä lisäksi palvelujärjestelmän sisällä ja palvelujen järjestämisen tavoissa on piirteitä, jotka suosivat suurituloisia (Kallio, 2008; Palosuo ym., 2007). Palveluihin pääsyssä näyttääkin Suomessa määräävän enemmän raha kuin tarve.

Palvelujen tarpeenmukaisella kohdentumisella tarkoitetaan sitä, että palveluja tarjotaan maksukyvyystä riippumatta niille henkilöille, joiden terveydentila vaatii hoitoa (Manderbacka ym., 2012). Jos palvelut eivät kohdennu tarpeen mukaan, niin palveluja tarjotaan muille kuin niitä tarvitseville henkilöille, esimerkiksi niistä parhaiten maksaville. Palvelujen kohdentumisen epäoikeudenmukaisuutta on jo vuosikymmenten ajan konkretisoitu englantilaisen lääkärin Julian Tudor Hartin *inverse care law*:n käsitteellä, jonka mukaan hyvä terveydenhoito on käänteisessä yhteydessä palveluntarpeeseen (Hart, 1971). Käytännössä *inverse care law* tarkoittaa sitä, että kaikista suurimmassa palveluntarpeessa olevilla ihmisillä on huonoin mahdollisuus päästä palvelujen piiriin ja saada laadukasta hoitoa (Hart, 1971; Whitehead & Dahlgren, 2006, s. 68). Kyseinen ilmiö näkyy myös Suomessa, sillä huonomman sosioekonomisen aseman on osoitettu olevan yhteydessä sekä suurimpaan palveluntarpeeseen (Manderbacka ym., 2014; Manderbacka ym., 2007), että suurimpaan palveluntarpeen tyydyttymättömyyteen (Manderbacka ym., 2017; Manderbacka ym., 2012). Suomalaisen terveystarvelu-järjestelmän rakenne ja toiminta näyttääkin syrjäyttävän nämä suuressa palveluntarpeessa olevat henkilöt terveydenhuollon ulkopuolelle (Kallio, 2008, s. 489–490), tai ainakin vaikeuttavan hoitoon pääsyä.

Palvelujen järjestämiseen liittyviä kohdentumisen ongelmia löytyy niin työterveys- kuin yksityisen puolen palveluista. Työterveyteen liittyvänä epäkohtana voidaan pitää sitä, että ne ovat ainoat suomalaisille aikuisille järjestetyt ilmaiset terveystarvelut. Vaikka työterveyspalvelut tulee työterveyshuoltolain (2001) mukaan järjestää vain työstä aiheutuneen vamman tai työtapaturman hoitamista varten, on Räsänen ja Saunin (2013, s. 159–164) mukaan 86 %:lla suomalaisista palkansaajista mahdollisuus hakeutua työterveyshoidon piiriin myös sellaisissa vaivoissa, jotka eivät liity suoraan työstä aiheutuneeseen haittaan. Työterveyden piiriin kuulumisen siis hyvin suuressa osassa tapauksista mahdollistaa ilmaisen hoidon monenlaisissa terveysongelmissa. Työterveyspalvelujen käyttäjäkunta koostuu pääsääntöisesti paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevista ihmisistä, vaikka tarve tämänkaltaisille ilmaisille terveystarveluille on suurempi huonomman sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten keskuudessa (Manderbacka ym., 2012; Manderbacka ym., 2006; Palosuo ym., 2013, s. 110). Näin ollen ilmaisista terveystarveluista eivät pääse osallisiksi ne henkilöt, joiden rahalliset resurssit ovat keskimäärin työssäkäyvää väestöä pienemmät, ja jotka tästä johtuen olisivat suuremmassa ilmaisten palvelujen tarpeessa.

Rahalliset resurssit ovat yhteydessä myös yksityisissä palveluissa ilmenevään kohdentumisen ongelmaan. Yksityisellä käynti liittyy vahvasti henkilön taloudellisiin voimavaroihin (Kallio, 2008), joka on yksi sosioekonomisen aseman osa-alue. Koska yksityisellä puolella asiakasmaksut ovat korkeampia kuin julkisella puolella, on niiden käyttö mahdollista vain sellaisille ihmisille, joiden taloudellinen tilanne antaa myöden. Näin ollen nähdään, etteivät palvelut kohdennu niitä tarvitseville, koska palvelujärjestelmä näyttää tavoittavan suurimmassa hoidon tarpeessa olevien alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten sijaan palveluista eniten maksavat kaikista parhaiten (Kallio, 2008). Huolestuttavana tästä näkökulmasta katsoen voidaan pitää yksityisten terveystalvelujen käyttösuuden kasvua, (Tevameri, 2018, s. 11), koska sen johdosta huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten on yhä vaikeampaa päästä tarvitsemiensa palvelujen piiriin kohtuullisessa ajassa (Manderbacka ym., 2006). Yksityisen käyttösuuden kasvu voi siis heikentää palvelujen tarpeenmukaista kohdentumista entisestään.

Usein palvelujen piiriin pääsee nopeimmin yksityisen tai työterveyden kautta (Klavus, 2010), ja onkin todettu, että hyvätuloiset käyttävät sekä yksityisen että työterveyden palveluja tarve huomioiden enemmän kuin muut väestöryhmät (Manderbacka ym., 2017). Tämä selittyy kuitenkin myös sillä, että korkeat asiakasmaksut ja omavastuuosuudet yksityisellä sekä työnteko käytön ehtona työterveydessä rajaavat osan huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevista ihmisistä pois potentiaalisesta käyttäjäkunnasta (Kallio, 2008). Terveystalvelujen kolmikanavainen järjestämistapa voidaan siis nähdä osallisena siihen, etteivät terveystalvelut kohdennu niitä tarvitseville (Manderbacka ym., 2006). Järjestämistapa asettaa suurituloiset etulyöntiasemaan terveystalveluihin pääsyssä (Häkkinen & Nguyen, 2010), koska heidän on mahdollista käyttää kaikkien kolmen erillisjärjestelmän terveystalveluja, kun taas pienituloisille henkilöille julkisen puolen terveystalvelut ovat usein ainoa vaihtoehto. Paremmassa sosioekonomisessa asemassa voivat hyödyntää heidän aineellisen varallisuutensa tuottamaa valinnanvapautta ja haakeutua haluamansa erillisjärjestelmän hoidon piiriin (Manderbacka ym., 2006). Vapaus valita se, minkä erillisjärjestelmän palveluja käyttää, on suurituloisten etuoikeus, jota huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä ei ole. Valinnanvapautensa ansiosta paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset ovat yliedustettuina suomalaisen terveystalvelujärjestelmän käyttäjinä, vaikkei heidän palveluntarpeensa ole todistettu olevan huonossa sosioekonomisessa asemassa olevia ihmisiä suurempi – tutkimustiedon valossa tilanne on täysin päinvastainen. Suomessa eniten palveluja käyttävät eivät siis ole niitä, jotka kaikista eniten palveluja tarvitsisivat (Manderbacka ym., 2017.)

Koska huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten terveydentila on keskimääräisesti huonompi, olisi palvelujen voimakkaampi kohdistaminen tälle väestöryhmälle potentiaalinen terveyspoliittinen toimi, joka voisi auttaa terveyserojen kavennustyössä. Palvelujen tarpeenmukainen kohdentuminen ei siis tarkoita sitä, että kaikkien ihmisten tulisi käyttää samoja palveluja yhtä paljon, vaan palveluja tulisi selvästi kohdentaa niitä eniten tarvitseville (Tolkkinen ym., 2019). Näin ollen olisi palveluntarve huomioiden täysin oikein, että huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttäisivät paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevia enemmän palveluja. Nyt tilanne on päinvastainen, eikä sitä voida nähdä palvelujen tarpeenmukaisen kohdentumisen kannalta oikeudenmukaisena.

Palvelujen tarpeenmukaisen kohdentumisen puute suomalaisessa terveystaloudessa on sosioekonomisia terveyseroja ylläpitävä piirre, joka, kuten sosioekonomiset terveyserot yleensäkin, on yksilöiden vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella (Palosuo ym., 2007; Sihto & Palosuo, 2013, s. 223). Tämän ongelmakohdan korjaamiseksi olisi tärkeää, että palvelujen tarpeenmukainen kohdentuminen otettaisiin suomalaisen terveyspolitiikan agendalle, ja sitä edistettäisiin aktiivisesti. Kapeasta terveyspolitiikanäkökulmasta katsoen terveystaloudella on mahdollisuus ja velvollisuus toiminnallaan edistää terveyttä ja kaventaa terveyseroja (Rotko & Manderbacka, 2015, s. 126). Kaasalaisen (2016, s. 169) mukaan terveystaloudella on mahdollisuus kaventamaan terveyseroja erityisesti silloin, jos onnistutaan tavoittamaan heikoimman terveystason omaavat henkilöt, jotka tässä tutkielmassa esitettyjen tosiasioiden perusteella ovat todennäköisimmin huonoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevia ihmisiä. Näin ollen terveyserojen kaventamiseksi olisi tärkeää, että alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten näkökulma ja heidän mahdollisuutensa päästä terveystalouden piiriin otettaisiin olennaisiksi lähtökohdiksi terveystalouden järjestämisestä päättäessä (Rotko & Manderbacka, 2015; Sihto ym., 2007, s. 207). Näin varmistettaisiin, että palvelut todella kohdentuisivat niitä eniten tarvitseville.

5 Johtopäätökset

Tässä tutkielmassa on analysoitu suomalaisen terveystalouden sosioekonomisia terveyseroja ylläpitäviä tekijöitä. Siinä missä monissa tässä tutkielmassa käytetyissä lähteissä on analysoitu jotakin tiettyä terveystaloudella esiintyvää sosioekonomisiin terveyseroihin liittyvää tekijää kokonaisvaltaisesti, on tässä tutkielmassa pyritty luomaan katsaus yhden syyn sijaan useampaan eri tekijään, joilla terveystaloudella vaikuttaa sosioekonomisten terveyserojen olemassaoloon tai ylläpitämi-

seen. Tämän kautta on pyritty tuomaan esille se, etteivät nämä tekijät ole toisistaan irrallisia, vaan pikemminkin toisiaan aiheuttavia ja toisistansa riippuvaisia. Analyysin perusteella talousintressien korostumista terveystaloustalouksessa voidaan pitää tärkeänä syynä sille, miksi terveystaloustalouksessa toiminnallaan ylläpitää sosioekonomisia terveyseroja. Talousintressien olemassaolon voidaan nähdä vaikuttavan kaikkien tutkielmassa esiteltyjen terveystaloustalouksessa esiintyvien sosioekonomisia terveyseroja ylläpitävien tekijöiden, eli palvelujen järjestämistavan, erillisjärjestelmien resurssien epätasaisuuden, asiakasmaksujen perimisen sekä palvelujen tarpeenmukaisen kohdentumattomuuden, taustalla. Näin ollen tutkimuskysymykseen vastatessa voidaan esittää, että suomalaisessa terveystaloustalouksessa esiintyvät talousintressit ja niiden aiheuttamat ongelmat ylläpitävät olemassaolollaan sosioekonomisia terveyseroja.

Analyyssissä käsitellyillä sosioekonomisia terveyseroja ylläpitävillä piirteillä on yhteisenä nimittäjänä se, millaisen vaikutuksen ne kansalaisten keskuudessa saavat aikaan. Terveystaloustalouksessa sosioekonomisia terveyseroja ylläpitävät piirteet johtavat siihen, että eri sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten terveydentila kehittyy eri tavoin. Näistä terveystaloustalouksessa esiintyvistä piirteistä johtuen suomalainen väestö käyttää sosioekonomisesta asemasta riippuen pääsääntöisesti eri erillisjärjestelmien palveluja. Erillisjärjestelmistä parhaiten toimii yksityinen ja työterveys, jotka eivät ole eniten hoitoa tarvitsevan huonossa sosioekonomisessa asemassa olevan väestönosan saavutettavissa (Manderbacka ym., 2017; Mattila, 2011, s. 330–331). Näin ollen parhaiten terveyttänsä pääsee edistämään se väestönosa, joka jo valmiiksi nauttii keskimäärin paremmasta terveydentilasta ja korkeammasta elinajanodotteesta (Karvonen ym., 2017; Rotko & Manderbacka, 2015). Tämän perusteella sosioekonomisten terveyserojen olemassaoloa voidaan pitää ilmeisenä, koska tutkielmassa esiteltyjen piirteiden takia kaikki suomalaiset eivät pääse yhtä tehokkaasti edistämään terveyttään.

Vaikka tutkielmassa on esitetty julkisen puolen resurssien lisäämistä yhtenä potentiaalisena sosioekonomisten terveyserojen kavennuskeinona, on tiedostettava, ettei siinä ole kyse ongelmattomasta ratkaisusta. Lisättäessä resursseja julkiselle puolelle sen palvelujen saatavuus ja kattavuus paranisi, jolloin näitä palveluita oletettavasti käyttäisi nykyistä suurempi joukko ihmisiä. Tässä tilanteessa törmättäisiin jälleen samaan ongelmaan – resurssipulaan hoidettavien asiakkaiden määrän kasvaessa. Näin ajatellen yksityisen puolen palveluilla voidaankin nähdä olevan huomioimisen arvoinen rooli suomalaisessa ter-

veyspalvelujärjestelmässä: se paikkaa julkisen puolen resurssiaukkoja ja varmistaa ihmisten hoitoon pääsyn, vaikka kyse onkin pääosin vain hyväosaisen väestönosan hoitoon pääsystä. Yksityisen puolen toimintaa voidaan arvioida kriittisesti, mutta sitä ei pidä nähdä pelkästään pahana asiana. Vaikka taloudellinen menestys onkin yksityisen puolen toimijoille tärkeää, on sen toiminnassa kyse voitontavoittelun lisäksi myös ihmisten terveyden hoitamisesta ja parantamisesta.

Toisessa alaluvussa määriteltyjen käsitteiden osuvuutta tutkielman ymmärtämisen kannalta voidaan arvioida kriittisesti. Onnistuneena voidaan pitää weberiläistä sosioekonomisen aseman ymmärrystä: esimerkiksi ihmisten taloudellista varallisuutta voidaan weberiläisittäin ajateltuna pitää hierarkkisesti ja kautuneena resurssina, joka mahdollistaa hyvässä sosioekonomisessa asemassa oleville ihmisille muun muassa kaikkien erillisjärjestelmien käytön ja näin ollen paremman terveyspalvelujen piiriin pääsyn mahdollisuuden. Siinä missä sosioekonomisen aseman käsitteen määrittelyä voidaan pitää onnistuneena, voidaan tutkielmassa käytettyä ymmärrystä terveystaloudesta kyseenalaistaa. Tutkielmassa on ymmärretty terveystaloudetta kapeasta näkökulmasta, jolloin tarkastelun kohteena on terveyspalvelujärjestelmään liittyvät asiat. Tällainen kapea ymmärrys terveystaloudesta rajaa tarkastelukulmaa, ja voi edelleen vaikuttaa ymmärrykseen esimerkiksi sosioekonomisista terveyseroista. Mikäli tarkastelussa keskitytään pelkästään terveyspalvelujärjestelmän arvioimiseen, saatetaan tarkastelusta unohtaa ne monet muut seikat, jotka sosioekonomisten terveyserojen taustalla vaikuttavat. Kapeaan näkökulmaan tukeutuminen on kuitenkin tässä tutkielmassa ollut perusteltua, koska tarkoituksena ei ole ollut tarkastella koko sosioekonomisten terveyserojen ongelmavyyhtiä, vaan sen yhtä osatekijää, terveyspalvelujärjestelmän ja sosioekonomisten terveyserojen yhteyttä.

On tiettyjä tekijöitä, joiden perusteella voidaan pohtia tutkielman rajallisuutta tai puutteita. Yhtenä puutteena on se, ettei tietyistä tutkielmassa käsitellyistä ilmiöistä kirjallisuushakujen perusteella ole olemassa kovinkaan tuoretta tutkimusta. Esimerkiksi resurssien epätasaisuutta tarkasteltiin tutkielmassa muun muassa kohtuuttoman kauan hoitoon pääsyä odottaneiden prosenttiosuuden kautta, mutta kyseisestä aiheesta löytynyt tuorein tutkimus on jo vuosikymmenen vanha (Klavus, 2010). Näin ollen 2020-luvun resurssien tila eri erillisjärjestelmissä jää osin sen oletuksen varaan, ettei resurssikehityksessä ole tapahtunut huomattavia muutoksia. Samaan aiheeseen liittyen tutkielman kannalta harmillisena voidaan pitää sitä, ettei tutkielmassa esiteltyä kansallista terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmaa (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2008) ole päivitetty vuoden 2008 jälkeen. Sen takia tutkielmassa esitelty toimintaohjelmaan

pohjaavat havainnot terveystalvvelujärjestelmän merkityksestä suomalaisessa terveystalvvelitiikassa perustuvat jo yli vuosikymmenen vanhaan tietoon, joka ei välttämättä enää pidä paikkaansa. Kyseessä on tutkielman kannalta valitettava, mutta toisaalta myös mielenkiintoinen ilmiö – olisi kiinnostavaa tarkastella sitä, miksei kyseistä toimintaohjelmaa ole vuoden 2008 jälkeen enää päivitetty. Vanhempien lähteiden tueksi on kuitenkin tutkielmassa tuotu myös tuoreempaa lähdekirjallisuutta, joiden tulokset ovat yhteneväisiä vanhempien tutkimustulosten kanssa. Näin ollen vanhempienkin lähteiden käyttöä tutkielmassa voidaan pitää perusteltuna.

Siitä huolimatta, että sosioekonomisten terveyseroja on tutkittu aktiivisesti useamman vuosikymmenen ajan, on ilmiön monisyisyydestä ja viheliäisyydestä johtuen myös jatkotutkimukselle tarvetta. Erityisesti suhteessa tämän tutkielman aiheeseen, eli sosioekonomisten terveyserojen ja terveystalvvelujärjestelmän välisiin yhteyksiin, olisi jatkossa tärkeää selvittää tarkemmin sitä, kuinka suuri terveystalvvelujärjestelmän vaikutus sosioekonomisille terveyseroille on. Tässä tutkielmassa esitettyjen argumenttien perusteella voidaan sanoa, että yhteys näiden kahden ilmiön väliltä on löydettävissä, mutta sen suuruuden mittaaminen on täysin toinen syventymisen aihe. Mikäli merkityksen suuruudesta saataisiin tutkittua tietoa, voitaisiin sen perusteella kohdistaa myös suomalaisen terveystalvvelitiikan painopistettä. Tiedon perusteella voitaisiin arvioida sitä, missä määrin on perusteltua suunnata resursseja suomalaisen terveystalvvelujärjestelmän kehittämiseen, ja missä määrin taas suunnata resursseja muihin tiedettyihin terveyseroihin vaikuttaviin tekijöihin, kuten koulutusjärjestelmään taikka elintapoihin. Konkreettinen tieto vaikutuksen suuruudesta voisi toimia tutkittuun tietoon perustuvana terveystalvvelitiittisen päätöksenteon ohjenuorana.

6 Lähteet

- Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York academy of Sciences*, 896(1), 3-15.
- Anttonen, A. & Meagher, G. (2013). Mapping marketisation: concepts and goals. Teoksessa G. Meagher & M. Szebehely (toim.), *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences* (s. 13-22). Tukholma: Stockholm University.
- Bambra, C, Fox, D. & Scott-Samuel, A. (2003). Towards a new politics of health. *Politics of Health Group. Discussion paper no. 1*.
- Bradby, H. (2012). *Medicine, health and society*. Chennai: Replika Press Pvt Ltd.
- Carvalho, L. (2012). Childhood circumstances and the intergenerational transmission of socioeconomic status. *Demography*, 49(3), 913-938.
- Christopher, A. S., Himmelstein, D. U., Woolhandler, S., & McCormick, D. (2018). The effects of household medical expenditures on income inequality in the United States. *American Journal of Public Health*, 108(3), 351-354.
- Coburn, D. (2004). Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism and health inequalities. *Social science & Medicine*, 58, 41-56.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Kööpenhamina: World Health Organization.
- EU-terveydenhoito. (2021). Hoidon kustannukset julkisessa terveydenhuollossa. Haettu 20.3.2021 osoitteesta: <https://www.eu-terveydenhoito.fi/mita-itse-maksat/hoidon-kustannukset-suomessa/hoidon-kustannukset-julkisessa-terveydenhuollossa/>
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Smith, G. D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(1), 7-12.

Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405–412.

Hetemaa, T., Kannisto, R., Knape, N., Ridanpää, H., Rintala, E., Rissanen, P... Syrjänen, T. (2021). *Sosiaali- ja terveystaloustiede Suomessa 2019: Asiantuntija-arvio*. Päätöksen tueksi 1/2021.

Hiilamo, H., Hänninen, S. & Kinnunen, K. (2011). Huono-osaisuuden ja sairastavuuden kytkenästä diakonian asiakkailla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 48(1), 4–21.

Häkkinen, U. & Nguyen, L. (2010). Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää useammin. Haettu 4.3.2021 osoitteesta: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114521/Rikas%20k%C3%A4y%20edelleen%20l%C3%A4%C3%A4k%C3%A4riss%C3%A4%20k%C3%B6yh%C3%A4%C3%A4%20useammin.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Häkkinen, U. & Rosenqvist, G. (2016). Palvelujärjestelmä ja sosioekonomiset terveiserot sydäninfarktin hoidossa. Teoksessa S. Mäklin (toim.), *Terveystaloustiede 2016* (s. 54–57). Tampere: Juvenes Print.

Kaasalainen, K. (2016). Terveiden lukutaito ja terveystalouden kaventaminen. Teoksessa M. Sihto & S. Karvonen (toim.), *Terveiden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja* (s. 158–179). Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Kallio, J. (2008). Yksityisten lääkäripalvelujen käyttö ja ideologiset tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka*, 73, 477–493.

Karsio, O. (2016). Voiton tavoittelua hyvinvointivaltiossa. Teoksessa A. Halmetoja, P. Koistinen & S. Ojala (toim.), *Sosiaalipolitiikan lumo* (s. 45–54). Tampere: Tampere University Press.

Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä, L. & Junna, L. (2017). *Tulotason mukaiset terveiserot ovat edelleen suuria*. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Kestilä, L. & Karvonen, S. (2019). Johdanto. Teoksessa L. Kestilä ja S. Karvonen (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2018* (s. 9–25). Helsinki: PunaMusta Oy.

Klvaus, J. (2010). Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2010* (s. 28–43). Helsinki: Yliopistopaino.

Koskinen, S. & Martelin, T. (2013). Suomalaisten terveys, toimintakyky ja terveyserot. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.), *Terveyksipolitiikan perusta ja käytännöt* (s. 56–67). Tampere: Juvenes Print.

Kuusinen-James, K. (2012). *Tuoko palveluseteli valinnanvapautta?* Sastamala: Vammalan kirjapaino.

Lahelma, E. & Rahkonen, O. (2011). Sosioekonominen asema. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.), *Sosiaalieupeuiologia* (s. 41–59). Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Lahelma, E., Rahkonen, O., Koskinen, S., Martelin, T. & Palosuo, H. (2007). Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo... & E. Linnanmäki (toim.), *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005* (s. 25–41). Helsinki: Yliopistopaino.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Suomen säädöskokoelma §734 (1992).

Lumme, S., Sund, R., Leyland, A. & Keskimäki, I. (2012). Socioeconomic Equity in Amenable Mortality in Finland 1992-2008. *Social Science & Medicine*, 75(5), 905-913.

Manderbacka K, Aalto A-M, Kestilä L, Muuri A, Häkkinen U. (2017). *Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa*. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Manderbacka, K., Arffman, M., Sund, R. & Karvonen, S. (2014). Multiple social disadvantage does it have an effect on amenable mortality: a brief report. *International Journal for Equity in Health*, 13, 1–7.

Manderbacka, K., Gissler, M., Husman, K., Husman, P., Häkkinen, U., Keskimäki, I., ... Widström, E. (2006). Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveystalvelujen käytössä. Teoksessa J. Teperi, L. Vuorenkoski, K. Manderbacka, E. Ollila & I. Keskimäki (toim.), *Riittävät palvelut jokaiselle: Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa* (s. 42–56). Helsinki: Edita Prima Oy.

Manderbacka, K., Muuri, A., Keskimäki, I., Kaikkonen, R. & Elovainio, M. (2012). Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveystalvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 49, 4–12.

Mattila, Y. (2011). *Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista*. Tampere: Juvenes Print.

McKinlay, J. & Marceau, L. (2000). US public health and the 21st century: diabetes mellitus. *Lancet*, 356, 757–762.

Munro, J. (2006). Mini symposium Health inequalities 25 years after Black. *Public Health*, 120(3), 187–188.

Nolte, E., & McKee, M. (2004). *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. Lontoo: The Nuffield Trust.

OECD. (2019). *Health at a Glance 2019 – OECD Indicators*. Pariisi: OECD Publishing.

Palola, E. (2011). Valinnanvapauden problematiikasta sosiaalipolitiikassa. Teoksessa E. Palola & V. Karjalainen (toim.), *Sosiaalipolitiikka: Hukassa vai uuden jäljillä?* (s. 283–309). Helsinki: Uni-grafia Oy Yliopistopaino.

Palosuo, H. (2016). Terveysten sosiaaliset määrittäjät, elämäntyö ja huono-osaisuuden ongelma. Teoksessa M. Sihto & S. Karvonen (toim.), *Terveysten edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja* (s. 43–64). Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Palosuo, H., Sihto, M., Lahelma, E., Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (2013). *Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystalviikassa*. Tampere: Juvenes Print.

Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Sihto, M., Ostamo, A. ... Linnanmäki, E. (2007). Yhteenveto ja päätelmät. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo... & E. Linnanmäki (toim.), *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005* (s. 219–234). Helsinki: Yliopistopaino.

Pekurinen, M. (2014). Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen pääpiirteet. Teoksessa T. Seppälä & M. Pekurinen (toim.), *Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat* (s. 11–16). Tampere: Juvenes Print.

Pekurinen, M. & Seppälä, T. (2014). Sosiaali- ja terveydenhuolto – yhteenveto tarkastelusta. Teoksessa T. Seppälä & M. Pekurinen (toim.), *Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat* (s. 17–20). Tampere: Juvenes Print.

Purola, T. (1979). Terveydenhoitoon liittyvät muut yhteiskuntapoliittiset toiminnot. Teoksessa I. Rantasalo & M. Koskenvuo (toim.) *Kansanterveystiede III* (s. 105–109). Helsinki: Lääketieteen kandidaattiseura.

Riska, E. (2011). Sukupuoli. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.), *Sosiaaliepидemiologia* (s. 60–72). Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Rotko, T. & Manderbacka, K. (2015). Sosioekonomiset erot terveydessä ja terveystalvelujen käytössä. Teoksessa M. Niemelä, L. Kokkinen, J. Pulkki, A. Saarinen, L-K. Tynkkynen (toim.), *Terveydenhuollon muutokset: Poliitiikka, järjestelmä ja seuraukset* (s. 115–129). Tampere: Juvenes Print.

Räsänen, K. & Sauni, R. (2013). Työterveyshuolto ja työsuojelun valvonta. Teoksessa T. Kauppinen, P. Mattila-Holappa, M. Perkiö-Mäkelä, A. Saalo, J. Toikkanen, S. Tuomivaara ... S. Virtanen (toim.), *Työ ja terveys Suomessa 2012: Seurantatietoa työoloista ja hyvinvoinnista* (s. 159–170). Tampere: Tammerprint Oy.

Sihto, M. (2016). Terveyden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalirakenteellinen ja kolmas tie. Teoksessa M. Sihto & S. Karvonen (toim.), *Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja* (s. 14–42). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sihto, M. (2013). Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.), *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt* (s. 14–38). Tampere: Juvenes Print.

Sihto, M. & Palosuo, H. (2013). Terveyserot terveystoliittisena kysymyksenä. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.), *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt* (s. 223–239). Tampere: Juvenes Print.

Sihto, M., Palosuo, H. & Linnanmäki, E. (2007). Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen ongelmia ja mahdollisuuksia Suomessa. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo... & E. Linnanmäki (toim.), *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005* (s. 197–218). Helsinki: Yliopistopaino.

Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (2013). Johdanto. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.), *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt* (s. 9–12). Tampere: Juvenes Print.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2021a). Asiakasmaksulain uudistus. Haettu 23.4.2021 osoitteesta: <https://stm.fi/asiakasmaksulain-uudistus>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2021b). Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksut. Haettu 20.3.2021 osoitteesta: <https://stm.fi/sotehuollon-asiakasmaksut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2008). Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki: Yliopistopaino.

Suomen perustuslaki, Suomen säädöskokoelma §731 (1999).

Terveydenhuoltolaki, Suomen säädöskokoelma §1326 (2010).

Terveyskirjasto. (2021). Perusterveydenhuolto. Haettu 27.2.2021 osoitteesta: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02591

Tevameri, T. (2018). *Toimialaraportit–Sosiaali- ja terveystalouden yritykset – epävarmoista tulevaisuuden näkymistä hyvinvoinnin kasvuun?* Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 38/2018.

Tolkkinen, A., Madanat-Haruoja, L. & Taskinen, M. (2019). Sosioekonomiset tekijät liittyvät lasten syöpäkuolleisuuteenkin. *Duodecim*, 135, 325–326.

Työterveyshuoltolaki, Suomen säädöskokoelma §1383 (2001).

Vaarama, M. (2013). Saatteeksi. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.), *Terveystalouden perusta ja käytännöt* (s. 3–4). Tampere: Juvenes Print.

Valtioneuvosto. (2021). Sosiaali- ja terveystalouden rakenneuudistus. Haettu 23.4.2021 osoitteesta: <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveystalouden-rakenneuudistus>

Whitehead, M. & Dahlgren, M. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Kööpenhamina: World Health Organization.

WHO. (2021). Health Promotion. The Helsinki statement of Health in All Policies. Haettu 24.2.2021 osoitteesta: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/