

Terveyspolitiikka ja terveyspoliittiset strategiat pohjoismaissa

Reijo Salmela

HEALTH POLICY AND HEALTH FOR ALL STRATEGIES IN THE NORDIC COUNTRIES

Administrative Studies, vol. 10(1991): 2, 90—97

In the 1980s all the five Nordic countries expressed at the highest political level their commitment to WHO's program Health for All (HFA) by the Year 2000. This program aims at bettering the prerequisites for healthier and longer life by changing lifestyles, decreasing environmental hazards, and by shifting the emphasis in health care from specialized services towards primary health care.

Following their policy statements all the Nordic countries formulated national HFA strategies during the latter half of the 1980s. This paper looks at the background and the formulation and implementation of these strategies, covering the period up until the end of the 1980s. The implementation of national strategies seems to be a slow and difficult process. The monitoring of progress toward accepted health policy goals is not easy, because measurable objectives or targets are mostly missing.

Keywords: Nordic countries, health policy, health strategy, implementation

Terveydenhuolto on teollistuneissa maissa taloudellisessa mielessä yhä merkittävämpi osa-alue, esimerkiksi OECD-maissa oli terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta vuonna 1975 6.5 % ja vuonna 1987 jo 7.5 %. Maitten väliset vertailut osoittavat, että sekä terveydenhuoltomenot että terveyspalvelut poikkeavat teollistuneissakin maissa huomattavasti toisistaan (OECD 1989a).

Euroopan maat sopivat 1980-luvun alussa ensimmäisen kerran yhteisestä terveyspoliittisesta strategiasta ja terveyspoliittisista tavoitteista (WHO 1982, 1985). Entistä suunnitelmallisempi ja yhdenmukaisempi terveyspolitiikka mahdollistaa aikaisempaa paremmin terveyspolitiikan ja sen tuloksellisuuden vertailun maitten

välillä. Taloudellisen laman ja terveydenhuollon kustannuskriisien aikana on erityisen tärkeää arvioida sitä, minkälaisilla terveyspoliittisilla toimilla väestön terveydentilaa voidaan parhaiten edistää, ja miten terveydenhuoltokustannusten nousua voidaan parhaiten hillitä.

Akateemisenä tutkimusalueena maiden välinen vertaileva terveydenhuoltotutkimus on kehittynyt hitaasti, ja sen harrastus on pohjoismaissa vähäistä. Tätä tyhjiötä on osin täyttänyt Yhdysvalloista silloin tällöin pohjoismaissa vierailleva tutkija Richard Saltman, joka on viime vuosina aktiivisesti arvioinut Suomen, Ruotsin ja Tanskan terveyspolitiikkaa ja terveydenhuollon hallintoa. Myös vertailevan terveydenhuoltotutkimuksen metodologia on heikosti kehittyntä ja vakiintumatonta. 1980-luvulla ovat erityisesti Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö (OECD) ja Maailman terveysjärjestö (WHO) pyrkineet kehittämään entistä luotettavampia vertailutapoja (OECD 1987, 1989a, WHO 1981a, 1987).

Tässä raportissa pohjoismaiden terveyspolitiikkaa ja terveyspoliittisia strategioita arvioidaan käyttäen lähinnä WHO:n (1987) ehdottamaa terveyspolitiikan arvioinnin viitekehystä. Aluksi kuvataan WHO:n terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelman (TK-2000-ohjelma) taustaa ja tavoitteita sekä WHO:n ohjelmiin perustuvien maakohtaisten strategioiden laatimista. Seuraavaksi arvioidaan niitä pohjoismaiden välisiä eroja, jotka vaikuttavat terveyspolitiikan muotoiluun ja sen toimeenpanoon. Lopuksi tarkastellaan terveyspalvelujärjestelmän ja väestön terveydentilan kehitystä ja näiden mahdollista yhteyttä noudatettuun terveyspolitiikkaan eri maissa.

Uusi globaalinen ja eurooppalainen terveysstrategia

WHO:n yleiskokouksessa asetettiin vuonna 1977 sekä WHO:n että kaikkien hallitusten kes-

keiseksi sosiaalisesti tavoitteeksi lähivuosi-kymmeninä sellaisen terveydentilan saavuttaminen, joka mahdollistaa sosiaalisesti ja taloudellisesti antoisan elämän (WHO 1981b). Tämä tavoite tunnetaan nimellä »terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä». Sitä ei ole tarkoitettu otettavaksi kirjaimellisesti (jolloin se helposti leimataan utopiaksi), vaan ensisijaisesti sillä tarkoitetaan jatkuvaan väestön terveydentilan edistämiseen tähtäävää prosessia.

Heti 1980-luvun alussa WHO:n yleiskokous päätti globaalista TK-2000-strategiasta (WHO 1981b). Strategiassa määriteltiin ne suuntaviivat, joiden mukaan sekä eri jäsenmaissa että kansainvälisessä yhteistyössä tulisi toimia policy-tasolla ja operationaalisella tasolla terveyden edistämiseksi terveys-, sosiaali- ja muilla sektoreilla.

Euroopan alueellinen strategia hyväksyttiin vuonna 1980 (WHO 1982), ja sitä tukevat täsmennetyt terveyspoliittiset tavoitteet vuonna 1984 (WHO 1985). Tässä ensimmäisessä Euroopan maiden yhteisesti hyväksymässä strategiassa edellytetään terveyspolitiikkaan perustavaa laatua olevia muutoksia. Erityisesti siinä korostetaan terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä sekä perusterveydenhuollon vahvistamista suhteessa erikoissairaanhoidon järjestelmään. Terveysnäkökohdat tulisi ottaa huomioon kaikilla hallinnonaloilla, terveys ei ole vain terveyspalvelujärjestelmän vastuulla (WHO 1985, 2).

Näiden periaatteiden mukaisesti strategiasa esitetään neljä keskeistä toiminta-alueita: a) elintatavat, b) terveyteen ja elinympäristöön vaikuttavat vaaratekijät, c) terveyspalvelujärjestelmän uudelleensuuntaaminen, ja d) poliittishallinnollisen järjestelmän sekä teknisten ja henkilökuntaresurssien kehittäminen siten, että tavoitellut muutokset voidaan toteuttaa.

Kaikki WHO:n Euroopan aluetuimiston alueeseen kuuluvat 33 maata ovat hyväksyneet globaalisen ja eurooppalaisen strategian sekä päätöslauselmat, jotka edellyttävät maakohtaisten TK-2000-strategioiden laatimista. Vuoteen 1988 mennessä oli tällaisen strategian laatinut 12 Euroopan maata (Ritsatakis 1988).

Ennen 1980-luvun alkua olivat vain muutamat maat selkeästi kirjanneet terveyspoliittiset linjansa ja tavoitteensa, ja terveyspoliittinen päätöksenteko oli siksi useimmissa maissa luonteeltaan inkrementalistista (WHO 1987). Terveyttä kaikille vuoteen 2000-strategian kehittämisen myötä on päätöksentekoa pyritty muut-

tamaan entistä enemmän rationalistisen päätöksenteon suuntaan (WHO 1979).

Selkeä terveyspoliittinen linjanveto on eräs terveydenhuollon suunnittelun perusedellytyksistä. Terveyspoliittisten linjojen määrittelyn yhteydessä asetetut päämäärät ja tavoitteet ovat perusta, jolle operationaalisen tason suunnitelmien toimeenpanoa voidaan arvioida (WHO 1979). Terveysdenhuollon suunnittelu on yleensä sitä rationaalisempaa ja tehokkaampaa, mitä tarkemmin terveyspolitiikan päämäärät ja tavoitteet on määritelty.

Maakohtaisten strategiadokumenttien laatimista voidaan pitää tärkeänä lähtökohtana TK-2000-strategian toimeenpanolle. Selkeäkään terveyspolitiikan linjan määrittely ei ole riittävä tae sen toimeenpanon onnistumiselle (WHO 1987). WHO:n Euroopan aluetuimisto on pyrkinyt evaluoimaan kehitystä määräväleihin (WHO 1985, 1986a, 1988a). On kuitenkin varsin hankalaa arvioida, miltä osin jäsenmaiden raporteissa ilmaistu kehitys on todellista, miltä osin vain paperilla olevia suunnitelmia ja hyviä aikomuksia.

Pohjoismaiden terveyspoliittisten ohjelmien vertailu

Tarkistettaessa terveyspolitiikan linjaa on välttämätöntä ensin arvioida perusteellisesti nykytilanne. Useimmat pohjoismaat ovatkin käynnistäneet maakohtaisten TK-2000-strategioiden laatimisprosessin laatimalla perusteellisia katsauksia esimerkiksi väestön terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden (palvelujärjestelmä mukaanlukien) viimeaikaisesta kehityksestä ja ongelmista.

Suomen TK-2000-strategian vuoden 1984 lopulla lausuntokierrokselle lähetetty luonnos sisälsi perusteellisen analyysin väestön terveydentilasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, mutta suuri osa tästä tausta-aineistosta jätettiin pois lopullisesta strategiadokumentista (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986). Maaliskuussa 1985 valtioneuvosto antoi eduskunnalle strategialuonnokseen perustuvan terveyspoliittisen selonteon (Sosiaali- ja terveysministeriö 1985), ja eduskunnassa käyty keskustelu antoi pohjan strategian viimeistelylle.

Ruotsissa aloitettiin jo 1970-luvun lopulla laaja suunnitteluprosessi 1990-luvun terveyspalvelutarpeen ennakoimiseksi, ja projektin pääraportti julkaistiin vuonna 1984 (SOU 1984). Tämä raportti oli perustana Ruotsin valtiopäivien

vuonna 1985 hyväksymille terveystaloudellisiin uudistuksiin. Ruotsin hallitus antoi terveystaloudellisen edistymistä koskevan selonteon vuonna 1987 (Socialstyrelsen 1987).

Tanskassa julkaistiin laajajakso väestön terveydentilaa ja terveysongelmia kuvaavat raportit vuonna 1985 (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985 a,b). Vuonna 1988 Tanskan hallitus julkisti suunnitelman väestön terveyden edistämiseksi ja sairauksien estämiseksi. Erytysin painoalueina suunnitelmassa olivat sydän- ja verisuonisairaudet, syötätaudit ja tapaturmat (Sundhedsministeriet 1989).

Norjassa käytiin pitkän 1980-lukua aktiivista keskustelua tulevan terveystaloudellisen suunnasta, ja keskustelun pohjaksi julkaistiin useita laajoja taustaselvityksiä (Grund 1982, Helsedirektoratet 1987). Lopullinen strategiasuunnitelma esitettiin Norjan parlamentille vuonna 1988 (Sosialdepartementet 1988).

Islannin eduskunta sai hallitukselta terveystaloudellisen selonteon vuonna 1987. Islannin strategiassa määriteltiin 33 terveystaloudellista tavoitetta lähitulevaisuutta varten (Directorate General of Public Health 1987, 1989).

Yhteenvedon voidaan todeta, että kaikissa pohjoismaissa on vuosina 1985–89 käyty laaja-alaista terveystaloudellista keskustelua parlamentaarilla tasolla. Vaikka kaikkien pohjoismaiden TK-2000-strategiat perustuvat Euroopan alueen strategiaan, ne poikkeavat toisistaan sekä rakenteeltaan että sisällöltään. Suomen, Ruotsin ja Norjan ohjelmadokumenteissa kuvataan keskeiset terveysongelmat ennen poliittisten tavoitteiden määrittelyä. Tanskan ohjelma rajoittuu terveyden edistämiseen ja sairauksien preventioon, eikä se siten ole yhtä laaja-alainen kuin muiden maiden vastaavat strategiat tai Euroopan alueellinen ohjelma.

Sisällöltään kaikkien pohjoismaiden strategiat noudattavat Euroopan strategian periaatteita. Esimerkiksi Euroopan strategian keskeiset »kulmakivet» oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo, hallinnonalojen yhteistyö ja väestön aktiivinen osallistuminen terveyden edistämiseen sisältyvät kaikkiin pohjoismaisiin strategioihin. Niinikään korostetaan elintapojen muuttamisen ja perusterveydenhuollon kehittämisen keskeistä merkitystä.

Terveystaloudelliset päämäärät ja tavoitteet pitäisi pystyä esittämään myös operationaalisen tason suunnittelutavoitteina (WHO 1987). Islantia lukuunottamatta pohjoismaat ovat vältäneet operationaalisen tason tarkasti määriteltyjä ja helposti mitattavissa olevia tavoitteita. Esitetyt

tavoitteet jäävät siten varsin yleiselle tasolle. Esimerkiksi Suomen strategiassa ei yleensä määritellä selkeitä tavoitteita, vaan siinä esitetään 34 erillistä »toimintalinjaa» (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986).

Selkeiden kvantitatiivisesti ja ajallisesti määriteltyjen tavoitteiden puute selittynee osittain sillä, että kehityksen ennakoiminen ja määrätietoinen suunnittelu on terveydenhuollon alueella varsin vaikeaa. Merkittävämpi syy lienee kuitenkin se, että päätöksentekijän ei ole poliittisesti viisasti sitoutua täsmällisiin tavoitteisiin, joista ilmeisesti kuitenkin suuri osa jää saavuttamatta. Turvallisempaa on tavoitteiden asemasta käyttää poliittisesta kielenkäytöstä tuttuja ilmaisuja »kehitetään», »parannetaan», »uudistetaan», »selvitetään», »lisätään» jne. ilmaisematta tarkemmin toivotun muutoksen suuntaa, määrää, aikataulua, muutoksen arvioinnissa käytettäviä indikaattoreita tai muita myöhemmän arvioinnin kannalta tarpeellisia tietoja.

Olosuhteet ja terveystaloudellisen lähtökohdat vaihtelevat

Vertailevassa terveydenhuoltotutkimuksessa on syytä ottaa huomioon eri maiden erilaiset olosuhteet ja nykytilanne. Maan terveystaloudelliseen ja sen toimeenpanoon vaikuttavat muun muassa maantieteelliset, demografiset, sosioekonomiset ja elinympäristöön liittyvät tekijät (WHO 1987). Seuraavassa tarkastellaan vain eräitä keskeisiä terveystaloudelliseen vaikuttavia tekijöitä ja niiden eroja pohjoismaiden välillä.

Asutuksen maantieteellinen jakautuminen ja maiden sisäiset alueelliset kehittyneisyyserot aiheuttavat henkilökunnan rekrytointiongelmia etenkin Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa. Edes korkeampi tulotaso ei houkuttele riittävästi henkilökuntaa syrjäisimmille alueille (Hofoss ym. 1988). Alueellista henkilökuntapulaa esiintyy vähemmän tiheästi asutussa Tanskassa sekä Islannissa, jossa kaksi kolmannesta väestöstä asuu Reykjavikissa ja sen lähiympäristössä (Nordic Council of Ministers 1989).

Väestön ikärakenne vaikuttaa merkittävästi sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen ja käyttöön. 65 vuotta täyttäneen väestön osuus on Suomessa 13 % ja Islannissa 11 %, kun se Norjassa on 16 % ja Ruotsissa 18 %. Vanhusväestön määrä on kuitenkin viime vuosikymmeninä lisääntynyt suhteellisesti nopeimmin Suomessa (Valkonen ja Nikander 1987), ja tästä johtuen

ovat vanhustenhuollon kehittämistarpeet olleet Suomessa muita pohjoismaita suurempia.

Työikäisten naisten määrä yhtä vanhusta kohti laskee nopeasti kaikissa pohjoismaissa. Samanaikaisesti osa-aikatyössä olevien naisten osuus (Suomessa noin 15 %, muissa noin 40—50 %) kasvaa. Nämä tekijät yhdessä viittaavat siihen, että jo 1980-luvun loppupuolella kaikissa pohjoismaissa koettu terveydenhuoltoalan työvoimapula tulee vastaisuudessa pahenemaan (Hofoss ym. 1988, 5—7, Nordisk Ministeråd 1988, 79). Terveydenhuoltoalalla työskentelevien osuus on toistaiseksi ollut Suomessa hieman muita pohjoismaita alhaisempi (OECD 1987, 11, Hofoss ym. 1988).

Kansainväliset vertailut osoittavat, että terveydenhuollon bruttokansantuoteosuus korreloi positiivisesti asukasta kohti lasketun bruttokansantuotteen kanssa. Pohjoismaiden korkein terveydenhuollon bruttokansantuoteosuus on pitkään ollut Ruotsissa, jossa se tosin laski vuoden 1980 9.5 %:sta 9.0 prosenttiin vuonna 1987. Pohjoismaiden alhaisin terveydenhuollon bruttokansantuoteosuus on Tanskassa, jossa se laski samana aikana 6.8 %:sta 6.0 prosenttiin. Muissa pohjoismaissa terveydenhuollon osuus bruttokansantuotteesta sensijaan on 1980-luvulla lisääntynyt nopeasti, esimerkiksi Suomessa 6.5 %:sta vuonna 1980 7.4 prosenttiin vuonna 1987 johtuen lähinnä terveydenhuoltoalan palkkatason muita sektoreita nopeamasta noususta (OECD 1987, 1989a, Schieber ja Poullier 1989).

Kaikissa pohjoismaissa on tavoitteena tuottaa keskeiset terveyspalvelut yhteiskunnan toimesta maksuttomina tai ainakin lähes maksuttomina. Yksityisen kulutuksen osuus terveydenhuoltomenoista on Suomessa noin 20 %, muissa pohjoismaissa 10—15 % (Rohde ym. 1986, 100—103). Esimerkiksi yksityisten lääkäripalvelujen käyttö ja korvattavuus julkisista varoista on Suomessa muita pohjoismaita vapaampaa.

Ilman saastuminen on nykyisin todennäköisesti tärkein elinympäristöstä johtuva terveysriski. Ilman laatu on parantunut 1980-luvulla johtuen siitä, että pohjoismaat ovat vähentäneet rikki- ja jonkinverran myös typpipäästöjään (OECD 1989b). Tanskassa ja Ruotsin, Norjan ja Suomen eteläosissa on suuri osa ilmansaasteista etupäässä Keski- ja Itä-Euroopasta kulkuneutunutta »tuontitavaraa» (Nordiska Ministerådets Ämbetsmannakommitté 1986, 20—21). Pohjoismaiden omien ilmansaasteipäästöjen vähentyessä on yhä suurempi osuus laskeumista peräisin Itä-Euroopan maista, joissa ilman-

suojelun tilanne on heikoin ja taloudelliset mahdollisuudet päästöjen vähentämiseen huonot. Siksi pohjoismaiden ilman laadun parantaminen riippuu olennaisesti kansainvälisten sopimusten ja saastuttajille annettun teknistaloudellisen avun kehityksestä (Moseholm ym. 1988, 36—40).

Asunto-oloilla on vaikutusta sekä terveydentilaan että laitospaikkojen tarpeeseen. Viranomaisarvioiden mukaan Suomessa on laitoshoidossa noin 5000 ihmistä pelkästään asunnonpuutteen vuoksi, ja Norjan sairaaloissa odottaa noin 2—3000 potilasta sopivaa sijoituspaikkaa kotikunnastaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986, 143, Helsedirektoratet 1987, 88). Suomessa asutaan ahtaammin ja puutteellisemmin kuin muissa pohjoismaissa (Jacobsson 1988). Asumiseen liittyvät ongelmat selittävät osittain sen, miksi Suomessa on Islannin ohella eniten laitospaikkoja suhteessa asukasluukuun, etenkin jos huomioidaan väestön ikärakenteista aiheutuvat vanhusten laitospaikkojen tarve-erot (NO-MESCO 1990).

Terveyspoliittisten strategioiden toimeenpanon edellytykset

Terveyttä kaikille vuoteen 2000-strategioilla on kussakin pohjoismaassa korkeimman poliittisen tason hyväksyntä. Policy-dokumentit ja poliittiset julistukset eivät kuitenkaan takaa strategioiden menestyksellistä toimeenpanoa, vaan lisäksi tarvitaan muun muassa toimivaa ja tavoitteisiin sitoutunutta lainvalmistelua, suunnittelua ja seurantaa sekä koulutus- ja tutkimustoimintaa. Lisäksi tarvitaan eri hallinnonalojen ja kansalaisjärjestöjen sitoutumistayhteisiin tavoitteisiin (WHO 1987).

Perusterveydenhuollon aseman vahvistamiseen tähtäävät lait säädettiin Suomessa 1972, Islannissa 1973, Ruotsissa 1983 ja Norjassa 1984. Tanskassa perusterveydenhuollon palveluja ja rahoitusta koskevat säädökset sisältyvät lähinnä sairausvakuutuslakiin (Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen 1985a, 7).

Vaikka hyväksytyyn politiikan toimeenpanon kannalta välttämättömät hallintorakenteet ovat pohjoismaissa jo olemassa, eivät nämä rakenteet välttämättä tue uudensuuntaisen terveyspolitiikan toteuttamista. Esimerkiksi perusterveydenhuollon opetus on useiden terveydenhuollon ammattiryhmien ja etenkin lääkärien koulutuksessa lisääntynyt hitaasti huolimatta perusterveydenhuollon merkitystä korostavasta terveyspolitiikasta. Myös terveystutkimuksen

tulisi antaa nykyistä parempaa tukea uuden-suuntaisen terveyspolitiikan toimeenpanolle (WHO 1988b).

Terveyden edistämiseen tähtäävä lainsäädäntö on kehittyneintä Norjassa (Gläss ja Schmidt 1987). Esimerkiksi laki tupakoinnin vastustamiseksi hyväksyttiin ensimmäisenä pohjoismaana Norjassa 1975, ja myöhemmin 1970-luvulla tupakkalait hyväksyttiin myös Suomessa, Ruotsissa ja Islannissa. Tanskassa tupakointia pyritään yhä rajoittamaan vain valtiovallan ja tupakkateollisuuden välillä tehdyillä sopimuksilla (Roemer 1989, 6), vaikka sekä naisten että miesten tupakointi on Tanskassamuita pohjoismaita yleisempää (Österberg ja Hedman 1989, 178).

Norjassa päätettiin vuonna 1976 ensimmäisenä maana koko maailmassa terveystavoitteisesta kansallisesta ravitsemuspolitiikasta. Kuitenkin vain osa tämän ravitsemuspolitiikan tavoitteista on saavutettu (Klepp ja Forster 1985, Brandtzaeg ja Kjaernes 1987). Sekä Norjassa että muissa pohjoismaissa on terveellistä ravitsemusta edistävän hintapolitiikan toteuttaminen osoittautunut erityisen vaikeaksi johtuen lähinnä maataloustuottajien vastakkaisista intresseistä. Kaikkein voimakkaimmin terveysintressien vastaista ravintorasvojen hintapolitiikkaa on harjoitettu Suomessa (Jul 1988).

Väestön terveyskäyttäytyminen on eräs keskeisimmistä väestön terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Terveyskäyttäytyminen on eniten terveyttä kuluttavaa Tanskassa, jossa tupakoidaan eniten, käytetään selvästi eniten alkoholia ja huumeita, ja jossa ruoka on rasvaisempaa kuin muissa pohjoismaissa (Olsson 1989, Sundhedsministeriet 1989, Österberg and Stenius 1989).

Tanskalaisten epäterveelliset elintavat heijastuvat myös väestön terveydentilaa ja kuolleisuutta koskeviin tilastoihin. Esimerkiksi tanskalaisten kuolleisuuden aleneminen oli vuosina 1970—85 huomattavasti muita pohjoismaita hitaampaa (Uemura ja Pisa 1988). Tästä huolimatta ovat elintapojen muuttamiseen tähtäävät lainsäädännölliset ja muut toimet edistyneet Tanskassa muita pohjoismaita verkkasemmin. Tanskan hallituksen vuonna 1988 esittämä terveyden edistämishjelma (Sundhedsministeriet 1989) saattaa korjata tilannetta lähivuosina.

Väestön ja kansalaisjärjestöjen aktiivinen osallistuminen terveyden edistämiseen on eräs TK-2000-strategian keskeisistä periaatteista. Tämä edellyttää terveydenhuoltoa koskevan päätöksenteon entistä laajempaa hajasijoittamis-

ta etenkin Suomessa, jossa suunnittelu ja päätöksenteko on 1970- ja 1980-luvuilla ollut muita pohjoismaita keskitetympää (Statskontoret 1987, Brogren ja Brommels 1990). Luottamuselementin maallikkoihaisen vaikutus on paikallistasollakin jäänyt muodollisesti demokraattisesta päätöksentekoprosessista huolimatta usein vähäiseksi, koska päätöksenteko tapahtuu suurelta osin virkamiesten ja etenkin esittelijöinä toimivien lääkärien ehdoilla (Saltman 1985a,b, 1987, 1988a,b).

Terveydenhuoltojärjestelmien kehitys

Koska pohjoismaiden TK-2000-strategiat on hyväksytty vasta 1980-luvun loppupuoliskolla, on vaikea arvioida mikä on niiden vaikutus palvelujärjestelmän tai väestön terveydentilan kehitykseen. Mitattavissa olevien muutosten aikaansaaminen näissä edellyttää yleensä useita vuosia. Seuraavassa arvioidaan sekä palvelujärjestelmän kehityssuuntia että väestön terveydentilan muutoksia pohjoismaissa pitämällä aikavälillä 1970- ja 1980-lukujen tietojen valossa.

Kaikki pohjoismaat ovat asettaneet terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämistä tavoitteeksi perusterveydenhuollon ja avohoidon osuuden lisäämisen. Perusterveydenhuollon osuus kaikista terveydenhuoltomenoista on kuitenkin OECD:n selvitysten mukaan lisääntynyt 1970-luvun alun jälkeen vain Suomessa ja Ruotsissa, ja se on hieman laskenut Norjassa ja Tanskassa (OECD 1987, 61).

Perusterveydenhuollon asemaa voidaan arvioida myös sen mukaan, kuinka suuri osa kaikista lääkärikäynneistä kohdistuu perusterveydenhuollon palvelupisteisiin. Perusterveydenhuollon osuus on Ruotsissa noin 45 %, Suomessa, Norjassa ja Tanskassa 70—80 %. Ruotsissa perusterveydenhuollon osuus kaikista lääkärikäynneistä lisääntyi nopeasti 1980-luvulla (Landstingsförbundet 1989, 96), vielä 1980-luvun alussa oli perusterveydenhuollon tehtävissä toimivien lääkärien osuus Ruotsissa Euroopan alhaisin.

Perusterveydenhuollon poikkeuksellisen heikko kehitys Ruotsissa johtuu ainakin osittain sikäläisestä terveydenhuollon hallintorakenteesta. Ruotsissa maakuntien (landsting) erikoissairaanhoidosta vastaavat sairaalalääkärit ovat vastanneet myös perusterveydenhuollon suunnittelusta (Brogren ja Saltman 1985). Koska perusterveydenhuolto kilpailee sairaalalaitoksen kanssa samoista rajallisista voimava-

roista, on perusterveydenhuolto jäänyt tappiolle. Suomessa perusterveydenhuollon kehitys turvattiin Ruotsia paremmin jo 1970-luvun alusaeriyttämällä kansanterveysystön ja erikoissairaanhoidon suunnittelu ja rahoitus vuosittaisessa 5-vuotissuunnittelussa.

Avohoidon kehittämistavoitteeseen liittyy kaikissa pohjoismaissa pyrkimys vähentää terveydenhuollon laitospaikkoja. Yleissairaaloiden sairaansijamäärä onkin laskenut 1980-luvulla selvästi Ruotsissa ja Tanskassa, mutta muissa pohjoismaissa se on pysynyt jokseenkin ennallaan. Suuntaus avohoitoon on voimakkain psykiatriassa, jossa sairaansijamäärä väheni 1980-luvulla kaikissa pohjoismaissa 15—30 %. Suomessa on silti edelleen eniten psykiatrian sairaansijoja suhteessa asukaslukuun (NOMESCO 1990).

Pohjoismaat pyrkivät kehittämään myös vanhusten avohuoltoa. Samalla pyritään hillitsemään vanhusten laitospaikkojen lisääntymistä tai jopa vähentämään vanhusten laitospaikkoja. Suomi ja Islanti ryhtyivät noudattamaan näitä vanhuspolitiikan periaatteita huomattavasti muita pohjoismaita myöhemmin, ja siksi vanhustenhuolto on niissä muita pohjoismaita laitosvaltaisempaa. 1980-luvun puolivälissä johtui vanhustenhuollon kustannuksista laitoshoidosta Suomessa 90 % ja Norjassa 85 %, kun laitoshoidon osuus Ruotsissa ja Norjassa oli vain 71 % (Statskontoret 1988, 21).

Väestön terveydentilan muutokset

Suomalaisten terveydentila on pohjoismaiden välisessä vertailussa useimmilla indikaattoreilla heikoin, vaikka Suomi onkin 1980-luvulla saavuttanut muita nopeasti (Uemura 1989). Vastasyntyneen keskimääräinen odotettavissa oleva elinikä on Islannissa ja Ruotsissa noin 77 vuotta, pari vuotta pitempi kuin Suomessa ja Tanskassa (WHO 1988c, 1989).

Keski-ikäisten miesten kuolleisuus on Suomessa huomattavasti suurempi kuin muissa pohjoismaissa, mikä johtuu ensisijaisesti korkeasta kuolleisuudesta sydän- ja verisuonitauteihin ja keuhkosityöpään sekä tapaturmista ja itsemurhista (WHO 1988c). Vuosina 1970—85 laski miesten kuolleisuus Suomessa 25 %, ja parempaan kehitykseen ylti pohjoismaista vain Islanti (— 29 %). Tanskassa miesten kuolleisuus väheni samana aikana vain yhden prosentin (Uemura ja Pisa 1988).

Keski-ikäisten naisten kuolleisuus laski vuosina 1970—85 Suomessa ja Islannissa yli 30 %,

Ruotsissa ja Norjassa 15—19 % ja Tanskassa vain 4 % (Uemura ja Pisa 1988). Naisten kuolleisuus on Tanskassa huomattavasti muita pohjoismaita korkeampi. Tämä johtuu muita pohjoismaita suuremmasta tupakkaperäisten syöpäkuolemien määrästä sekä väkivaltaisista kuolemansyistä (tapaturmista ja itsemurhista). Naisten sydän- ja verisuonitautikuolleisuus on Suomessa pohjoismaiden korkein (WHO 1988c).

Onko terveystaloudella vaikutusta terveydentilaan?

Terveystalouden perimmäisenä tavoitteena on väestön terveydentilan parantaminen, eivät erilaiset palvelujärjestelmän suoritteet (käynnit, hoitopäivät jne.) joita voidaan pitää välitavoitteina. Siksi on aiheellista pohtia selityksiä sille, miksi keskimääräinen elinikä ja kuolleisuus sekä niiden kehitystrendit poikkeavat toisistaan eri pohjoismaissa.

Ei ole mahdollista tarkasti arvioida, mikä merkitys Suomen muita pohjoismaita enemmän perusterveydenhuoltoa painottavalla terveystaloudella ja terveyspalvelujen saatavuuden parantamisella on ollut suomalaisten kuolleisuuden poikkeuksellisen suotuisaan kehitykseen 1970- ja 1980-luvuilla. Terveyspalvelut ovat vain yksi väestön terveydentilaan vaikuttavista monista tekijöistä. Suomi on viime vuosikymmeninä kuronut myös umpeen muiden pohjoismaiden etumatkaa elintasokilvassa. Elintason kohoaminen ja siihen liittyvä elintapojen muutos ovat kaventaneet maiden välisiä eroja väestön terveydentilassa.

Sekä tautipääryhmittäisten että kokonaiskuolleisuuslukujen vertailu pohjoismaiden kesken viittaa siihen, että tanskalaisten muita pohjoismaita epäsuotuisampi kuolleisuuskehitys johtuu suurelta osin elintapojen kehityksestä epäterveellisempään suuntaan. Vaikka terveellisten elintapojen edistämisessä ei muissakaan pohjoismaissa aina ole onnistuttu suunnitelmien mukaisesti, voisi Tanska silti hyötyä muiden pohjoismaiden kokemuksista terveyden edistämisessä.

Alueelliset kehittyneisyserot ovat Suomessa hieman suuremmat kuin muissa pohjoismaissa (Nordisk Ministerråd 1989). Alueellinen kehittyneisyys on ilmeisesti yksi syy Suomen poikkeuksellisen suuriin alueellisiin kuolleisuuseroihin, kuolleisuuden ollessa yleisesti ottaen kääntäen verrannollinen alueen taloudelliseen kehitystasoon. Alueelliset kuolleisuuseroivat ovat

terveyspalvelujärjestelmän kehittämisestä huolimatta pysyneet suhteellisesti entisensuuruisina sekä Suomessa (Koskinen 1989) että muissa pohjoismaissa.

Väestöryhmittäisten terveydentilaerojen vähentäminen on mainittu WHO:n Euroopan alueen terveystavoitteissa ensimmäisenä (WHO 1985), ja se on eräs keskeisistä tavoitteista myös kaikissa pohjoismaissa. Vaikka sosiaaliryhmien väliset varallisuuserot ovat pohjoismaissa pienemmät kuin useimmissa muissa teollisuusmaissa (kehitysmaista puhumattakaan), on terveydentila pohjoismaissakin käänteisessä suhteessa sosiaaliseen asemaan (arvioituna koulutuksen, ammatin tai tulotason mukaan). Näitä sosiaaliryhmien välisiä eroja terveydentilassa ei ole onnistuttu poistamaan tai edes oleellisesti kaventamaan yhdessäkään pohjoismaassa, vaan terveyteen liittyvä sosiaalinen eriarvoisuus on pysynyt viime vuosikymmenet jokseenkin entisensuuruisena (WHO 1986b, Lahelma ja Valkonen 1990).

Sosiaaliryhmittäisten sairastavuus- ja kuolleisuuserojen tunnustaminen ei ole ollut luokatuomutta ja tasa-arvoa sosiaalipoliitikassaan korostavissa pohjoismaissa helppoa. Näiden erojen vähentäminen koetaankin suurena haasteena terveystaloudelle. Entiset keinot, esimerkiksi palveluiden saatavuuden parantaminen, eivät ole vähentäneet väestöryhmittäisiä terveyseroja, eivätkä pohjoismaiden terveystaloudelliset strategiat sisällä mitään uusiakaan keinoja. Pohjoismaat joutuvat ilmeisesti tunnustamaan sosiaaliryhmittäiset ja alueelliset erot väestön terveydentilassa sellaisiksi yhteiskunnan rakenteista johtuviksi tekijöiksi, joita ei terveystaloudellisin keinoin voida poistaa.

LÄHTEET

- Brandtzaeg B, Kjaernes U: Nutrition Policy Problems in an Economy of Plenty. *World Health Forum* 1987;8:533—8.
- Brogren P-O, Brommels M: Central and local control in Nordic health care. *International Journal of Health Planning and Management* 1990;5:27—40.
- Brogren P-O, Saltman RB: Building Primary Health Care Systems: A Case Study from Sweden. *Health Policy* 1985;5:313—29.
- Directorate General of Public Health: *Health Care in Iceland. The Present Situation and Future Goals. Annus Medicus. Public Health Report 1988*. Reykjavik 1989.
- Gläss K, Schmidt W: Law and Health Promotion with Particular Reference to Lifestyles: A Comparative Research Study In Europe. *Health Promotion* 1987;2:85—90.
- Grund J: *Helseplan for 1980—åra*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1982.
- Helsedirektoratet: *Helse for alle i Norge?*. Kommunalforlaget, Oslo 1987.
- Hofoss D, Gertz J, Lehtimäki L, Enrum VS, Magnusson G: *Fra for mange til for få. Helsepersonellsituasjonen i Norden på 1980-tallet*. Statens Institutt for folkehelse, report 9/1988. Oslo 1988.
- Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen: *Danskernes sundhed. Det danske sundhedsvaesen. En status med perspektiver frem mod år 2000*. Copenhagen 1985a.
- Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen: *Sundhed for alle i år 2000*. Komiteen for Sundhedsoplysning, Copenhagen 1985b.
- Jacobsson G: *Familjen i välfärdsstaten. En undersökning av levnadsförhållanden och deras fördelning bland barnfamiljer i Finland och övriga nordiska länder*. Åbo Akademis Förlag, Åbo, 1988.
- Jul M: *Mad, ernæring og politik i Norden. En rapport til det Permanente Nordiske Udvalg for Naeringsmiddelspørgsmål, PNU*. Statens Livsmedelsverk, Uppsala 1988.
- Klepp K-N, Forster JL: The Norwegian nutrition and food policy: an integrated policy approach to a public health problem. *Journal of Public Health Policy* 1985;6:447—63.
- Koskinen S. Kuolleisuuden pieneneminen hidastunut 1980-luvulla. *Sosiaalinen Aikakauskirja* 1989;83:2:3—9.
- Lahelma E, Valkonen T: Health and Social Inequities in Finland and elsewhere. *Social Science & Medicine* 1990;31:257—265.
- Landstingsförbundet: *Statistisk årsbok för landsting 1988/89*. Göteborg 1989.
- Moseholm L et al: *Acid Deposition and Novel Forest Decline in Central and Northern Europe*. Miljörapport 1988:9. Nordic Council of Ministers. NORD 1988:56, Stockholm 1988.
- NOMESCO (Nordic Medico-Statistical Committee): *Health Statistics in the Nordic Countries 1988*. Nr. 31. Copenhagen 1990.
- Nordic Council of Ministers and the Nordic Statistical Secretariat: *Yearbook of Nordic Statistics 1988*. Nord 1988:114. Stockholm 1989.
- Nordisk Ministerråd: *Kvinnor och män i Norden. Fakta om jämställdheten 1988*. NORD 1988:58. Stockholm 1988.
- Nordisk Ministerråd: *Regional utveckling i Norden. Årsrapport 1988/89*. NORD 1989:17. Helsinki 1989.
- Nordiska Ministerrådets Ämbetsmannakommitté för miljövård: *Europas luft — Europas miljö*. Stockholm 1986.
- OECD (Organization for Economic Cooperation and Development): *Financing and Delivering Health Care. A Comparative Analysis of OECD Countries*. Social Policy Studies no. 4. Paris 1987.
- OECD (Organization for Economic Cooperation and Development): Health care expenditure and other data: An international compendium from the OECD. *Health Care Financing Review Annual Supplement* 1989a:111—194.
- OECD (Organization for Economic Cooperation and Development): *Environmental Data. Compendium 1989*. Paris 1989b.
- Olsson B, (toim.): *Narkotikasituationen i Norden*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapportserie Nr. 8. Stockholm 1989.
- Ritsatakis A: *Key issues in HFA policy and a review of health for all policy developments in countries*.

- Meeting on National Health For All Policy Formulation and Implementation, Haikko, Finland 7—10 Feb 1988 (mimeograph).
- Roemer R: *Legislative Strategies for a Smoke-free Europe*. WHO Regional Office for Europe and the Commission of the European Communities. Copenhagen 1989.
- Rohde T, Garpenby P, Häkkinen U, Mabeck CE, Vohlonen I: *Privat og offentlig innsats i Nordens helsevesen*. Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 3. Oslo 1986.
- Saltman RB: The Capital Decision-making Process In Regionalized Public Health Systems: Some Evidence from Sweden and Denmark. *Health Policy* 1985a;4:279—89.
- Saltman RB: Power and Cost Containment in a Danish Public Hospital. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1985b;9:563—94.
- Saltman RB: Management Control in a Publicly Planned Health System: A Case Study from Finland. *Health Policy* 1987;8:283—98.
- Saltman RB: Sweden. In: Saltman RB (edit). *The International Handbook of Health Care Systems*. Greenwood Press. New York, 1988a.
- Saltman RB: National Planning for Locally Controlled Health Systems: The Finnish Experience. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1988b;13:27—51.
- Schieber GJ, Poullier J-P: Overview of international comparisons of health care expenditures. *Health Care Financing Review Annual Supplement* 1989:1—7.
- Socialstyrelsen: *Folkhälsorapport*. Socialstyrelsen redovisar 1987:15. Stockholm, 1987.
- Sosiaali- ja terveystoiministeriö: *Hallituksen terveystaloudellisen selonteon eduskuntakäsittely 26.—27.3.1985*. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1985.
- Sosiaali- ja terveystoiministeriö: *Terveystilanne vuonna 2000. Suomen terveystalouden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma*. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1986.
- Sosiaaldepartementet: *Helsepolitikken mot år 2000 — Nasjonal helseplan*. Statistiska meldande nr. 41 (1987—88). Oslo 1988.
- SOU (Statens Officiella Utredningar) 1984:39. *Hälsa och sjukvård inför 90-talet. Huvudrapport*. Stockholm 1984.
- Statskontoret: *Offentlig förvaltning i Norden — några huvuddrag*. KRON-projektet 1987:21. Stockholm 1987.
- Statskontoret: *Äldreomsorg i Norden — kostnader, kvalitet, styrning*. KRON-projektet 1987:34. Orion Grafiska, Stockholm 1988.
- Sundhedsministeriet: *Regeringens forebyggelse program*. Copenhagen 1989.
- Uemura K: Excess Mortality Ratio with Reference to the Lowest Age-Sex-Specific Death Rates among Countries. *World Health Statistics Quarterly* 1989;42:26—41.
- Uemura K, Pisa Z: Trends in Cardiovascular Disease Mortality in Industrialized Countries since 1950. *World Health Statistics Quarterly* 1988;41:155—78.
- Valkonen T, Nikander T: Demographic Changes in the Aged Populations of Four Nordic Countries. *Yearbook of Population Research in Finland XXV*. The Population Research Institute. Helsinki 1987.
- WHO (World Health Organization): *Formulating strategies for health for all by the year 2000*. Geneva 1979.
- WHO (World Health Organization): *Health Program Evaluation*. Geneva 1981a.
- WHO (World Health Organization): *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva 1981b.
- WHO (World Health Organization): *Regional strategy for attaining health for all by the year 2000*. EUR/RC30/8, Copenhagen 1982.
- WHO (World Health Organization): *Targets for Health for All. Targets in support of the European regional strategy for health for all*. Copenhagen, 1985.
- WHO (World Health Organization): *Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000. Seventh report on the world health situation. Vol. 5. European Region*. Copenhagen, 1986a.
- WHO (World Health Organization): *The Health Burden of Social Inequities. Country Profiles from 20 Member States of the European Region of the World Health Organization*. ICPI/HSR 801/m04, 1986b.
- WHO (World Health Organization): *Framework for the analysis of country HFA policies*. ICPI/EXM 026, Copenhagen 1987.
- WHO (World Health Organization): *Monitoring of the strategy for health for all by the year 2000*. EUR/RC 38/11, Copenhagen 1988a.
- WHO (World Health Organization): *Research Policies for Health for All*. Copenhagen 1988b.
- WHO (World Health Organization): *World Health Statistics Annual 1988*. Geneva 1988c.
- WHO (World Health Organization): *Mortality in Developed Countries*. *Weekly Epidemiological Record* 1989;14:103—8
- Österberg C, Hedman C: Women and men in the Nordic countries. In: *Norden förr och nu*. Nordiska Statistiska Sekretariatet, Stockholm 1989:171—200.
- Österberg E, Stenius K: Health for All by the Year 2000: Alcohol and the Nordic Countries. *Journal of Public Health Policy* 1989; 10:499—517.