

Terveydenhuolto- tutkimuksen päivät 2009

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät järjestettiin Tampereen yliopistolla 22.–23.10.2009. Tilaisuuden järjestivät Sosiaalilääketieteen yhdistys, Tampereen yliopisto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja DPPH-tutkijakoulu. Tutkimusseminariin osallistui yhteensä noin 100 henkilöä ja iltapäivän rinnakaistilaisuuksissa tutkimuspapereita esiteltiin yli 30.

Terveydenhuoltotutkimuksen päivien avausluennossa ”Talous- ja terveydenhuoltojärjestelmän muutos” professori Juhani Lehto kertoi 1990-luvun ja nykyisen taloudellisen taantuman eroavaisuuksista, ja siten erilaisista terveydenhuoltoon kohdistuvista haasteista. 1990-luvulla pahimman taantuman jälkeen teollisuuden rakennemuutos ja vientiteollisuuden vetovoima kasvattivat nopeasti Suomen kansainvälistä kilpailukykyä. Vuonna 2009 tilanne on Lehdon mukaan erilainen: taantuma on yleismaailmallinen eikä teollisuuden viennistä ei ole odotettavissa apua. Tällä kertaa rakennemuutoksen tulisi koskettaa ennen kaikkea palvelusektoria.

Terveydenhuollon kannalta merkillepantava eroavuus on Lehdon mukaan se, että julkisen talouden puskurivaikutus terveydenhuollon menoihin on heikentynyt ja valtion ja kuntien välinen suhde terveydenhuollon rahoituksessa on muuttunut: 1990-luvun alussa valtiontalous kattoi suuremman osan kuntatalouden menoista kuin 2009. Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen kuntien vastuu ter-

veydenhuollon järjestämisestä on lisääntynyt merkittävästi.

Lehto esitti, että nykyinen lama vaikuttaa aikaisempaa suuremmin kuntatalouteen ja näin myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Miten siis sopeudutaan entisestään tiukkenevaan ja supistuvaan julkiseen terveydenhuollon rahoitukseen? Otaanko sopeutumisen työkaluksi priorisointi vai posteriorisointi, toissijaistaminen? Määritelläänkö osa terveydenhuollon toiminnoista sellaisiksi, jota ei katsota välttämättömäksi hoitaa julkisin varoin, vai turvaututaanko niin kutsuttuun ”juustohöylä-periaatteeeseen”, jolloin kaikesta supistetaan hiukan?

1990-luvun laman aikana ”juustohöylä -periaatteen” käytön oletettiin olevan mittavaa. Lehdon mukaan tämä ei ainakaan terveydenhuollossa pitänyt paikkaansa, vaan supistuspäätökset oli tehty jo ennen syvintä lamaa. Lamaa edeltäneet suunnitelmat toteutettiin, mutta vain supistusten osalta ja ne kohdistuivat muun muassa psykiatriseen laitoshoittoon sekä somaattisen sairaanhoidon hoitajaksojen keston lyhentämiseen. Ostopalveluista leikattiin enemmän kuin omasta toiminnasta. Lisäksi tukipalveluita organisoitiin uudelleen ja palvelumuotoja korvattiin toisilla (esimerkiksi kotihoitoa lisättiin).

Lamalla oli myös toimintaa uudelleen fokusoiva vaikutus: Organisaatiot keskittyivät perustehtäviinsä ja näiden tehtävien ulkopuolinen toiminta kärsi. Lopuksi Lehto nosti esille kysymyksen priorisointitavoista: toteutetaanko priorisointia implisiittisesti eli ajautuen, uskusten varassa toimien ja etiikkaa ”odottamaan pannen” vai eksplisiittisesti eli tietoisesti, analyttisesti ja eettisesti. Lehto muistutti, että etiikkaa tarvitaan juuri vaikeissa

valinnoissa – etiikka ei anna vastauksia, mutta se antaa analyttisyyttä vastausten synnyttämiseen.

Kehittämispäällikkö Simo Kokko (THL) pohti esityksessään, onko suomalainen perusterveydenhuolto kriisissä vai ennemmin rakenneuutosten ja sukupolvenvaihdosten edessä. Kokon näkemyksen mukaan kunnallisen perusterveydenhuollon kokonaisratkaisu elää Suomessa edelleen, mutta sitä koettelee kaksi hankalaa kehityskulkua. Ensinnäkin puute avainhenkilöstöstä ja osajien halu toimia terveyskeskuksissa on murentunut. Toiseksi vuoden 1993 ohjausmuutosten jälkeen tapahtunut palveluiden uudenlainen virittyminen koettelee palveluja, jotka eivät ole kysyntäehtoisia. Kokko on kiertänyt eri puolilla Suomea ja keskustellut perusterveydenhuollon edustajien kanssa. Näiden keskustelujen kautta on kentälle kirkastunut vielä kolmas ongelma: epäselvyys kunnallisen perusterveydenhuollon perustehtävästä. Sen sijaan, että ympäri maata kehitellään erilaisia ratkaisuja peruspalveluiden järjestämiseksi, tarvittaisiin laajamittaista kansallista keskustelua siitä, mikä kunnallisen perusterveydenhuollon rooli on nyt ja tulevaisuudessa. Kokon mukaan perusterveydenhuollon tulisi perustua Barbara Starfieldin sanoin ”koordinaatiolle, kokonaisvaltaisuukselle ja jatkuvuudelle” (”coordination, comprehensiveness, continuity”). Näiden toteuttajiksi Kokko valjastaisi kokeneita yleislääkäreitä työpareinaan yleishoitajia. Kysymys kuitenkin kuuluu, ovatko kentällä työskentelevät osajat halukkaita työskentelemään perusterveydenhuollon voimaannuttamista edellyttävien uusien arvojen mukaisesti.

Hallintoylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki Kuntaliitosta visioi

kunnallisesta terveydenhuollosta 2010-luvulla. Hän kysyi, onko kuntaperusteinen hyvinvointiyhteiskunta reliikki, utopia vai kaikkien aikojen sosiaalinen innovaatio. Voipio-Pulkin mukaan tarvittaisiin kansallisen tason poliittinen linjaus siitä, mihin kansalaisten oikeus palveluihin perustuu. Hänen näkemyksensä mukaan asuinpaikkaan perustuva oikeus käyttää palveluita vain oman kunnan alueella on taakse jäänyttä elämää. Nuorempi sukupolvi ei enää samaistu kotikuntaansa, vaan identiteetti rakennetaan muuta kautta. Myös palvelujärjestelmän olisi muututtava tässä suhteessa. Keskustelu muun muassa siitä, mikä on demokraattisen päätöksenteon aste ja taso sekä siitä, mitkä ovat valinnan vapauden ja läpinäkyvyyden rajat, olisikin Voipio-Pulkin mukaan tervetullutta. Lisäksi pohdittavia asioita ovat järjestelmän rahoitus sekä se, millaisia insentivejä sosiaali- ja terveyssektorilla on käytössään. Onko professioilla halua sitoutua järjestelmään? Entä onko ammattilaisyhteisöillä yhteiskuntavastuuta ja jos on, miten se ilmenee? Voipio-Pulkin nosti esille myös kysymyksen siitä, mitä tarkoittaa ja miten toteutetaan terveys kaikissa politiikoissa (health in all policies). Kaiken kaikkiaan Voipio-Pulkin esityksen perusteella voidaan sanoa, että avainasemassa ovat yhteiskunnallinen arvokeskustelu ja sen pohjalta toteutettu taloudellisen laman seuraamusten hallinta. Tavoitteena on sen minimitaso määrittely, johon julkisen (verorahoituksen) järjestelmän pitäisi aina yltää. Voipio-Pulkin esittelemien tulosten mukaan kansalaiset seisovat edelleen verorahoilla ylläpidetyn järjestelmän takana, vaikkakin yksityisten sosiaali- ja terveyspalveluiden laatu arvioidaan useilla mittareilla julkista palvelua paremmaksi. Palveluiden järjestämispohjien kasvattaminen on Voipio-Pulkin mukaan tulevaisuutta ja kuntarakenne

olisikin hänen mukaansa ”vietävä 2010-luvulle”.

Terveydenhuoltotutkimuksen päivien yhteydessä osallistujilla oli mahdollisuus myös esitellä omia tutkimushankkeitaan. Kaikkiaan esityksiä oli 31 ja ne käsittelivät muun muassa terveyden edistämistä terveydenhuollossa, johtamisesta ja palvelujärjestelmän kehittämistä, työttömien ja epätyypillisessä työsuhteissa olevien terveydenhuoltoa, lisääntymisterveyden ja lääketutkimuksen kysymyksiä. Tutkimusasetelmat vaihtelivat laadullisesta tutkimuksesta määrälliseen rekisteritutkimukseen. Esityksien abstraktit ovat saatavilla verkossa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilla (www.thl.fi Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2009: Tutkimuspaperit). Osa pyydettyjen luennoitsijoiden diaesityksistä on nähtävissä määrärajan Sosiaalilääketieteen yhdistyksen kotisivuilla (www.social-medicine.fi).

Torstain tutkimusseminaaripäivän lopuksi Ellen Nolte, RAND Euroopan tutkimuslaitoksen (www.rand.org/randeurope) terveystutkimusosaston johtaja, tarkasteli niin ikään laman vaikutuksia terveydenhuoltojärjestelmiin ”Sustainability of health systems”. Laman vaikutukset ovat erilaisia eri Euroopan maissa, esimerkiksi vuoden 2009 alun työttömyysluvut ovat Suomessa ja Britanniassa huomattavasti korkeammat kuin Saksassa. Laman pitkäaikaisvaikutukset aiheuttavat joka puolella epävarmuutta ja paine julkisten menojen kasvuun on ilmeinen. Samalla kun verotulot vähenevät sosiaalimenot kasvavat ja uusia menokohteita ilmenee, kun julkiselta sektorilta odotetaan myös taloudellista tukea rahoituslaitoksille ja teollisuuteen. Mitkä sitten ovat laman terveysvaikutukset? Systemaattista empiiristä tutkimusta ei ole tehty siitä, mitkä laman vaikutukset terveyspalveluihin ovat. Nolte toi kuitenkin esille empiiristen

yksittäistutkimusten avulla luodun koosteen siitä, että laman vaikutukset eivät välttämättä ole vain negatiivisia. Esimerkiksi vaikutukset ravitsemustottumuksiin voivat olla sekä positiivisia (syödään paljon suolaa ja sokeria sisältävän pika-ruuan sijasta kotiruokaa) että negatiivisia (syödään monipuolisen ravintolaruuan sijasta pika-ruokaa). Potilaille aiheutuvat kustannukset on todettu terveyspalvelujen piiriin hakeutumisen esteeksi kyselytutkimuksissa Latviassa ja Romaniassa, myös diabeetikoiden lääkähoidon toteuttaminen oli estynyt 1990-luvulla monissa Itä-Euroopan maissa lääkekustannusten takia. Lama haastaa terveydenhuoltojärjestelmän, sen tulisi tuottaa palveluita, joista potilas saa parhaan terveyshyödyn. Terveydenhuoltojärjestelmä on usein rakennettu akuuttien episodimaisten tautien hoitamiseen, vaikka useat taudit ovat pitkäkestoisia ja vaatisivat potilaan voimaannuttamista oman sairautensa hoitoon. Taloudellisen laman aikana terveydenhuoltoa ei pitäisi nähdä vain menoeränä, vaan väestön terveys tulisi tunnistaa menestystekijäksi lamasta toipumisessa.

Toisen seminaaripäivän jatko-opintokurssille osallistui noin 60 henkilöä, aamupäivän esitelmät olivat englanniksi ja iltapäivän suomeksi. Ellen Nolte aloitti päivän otsikolla ”Learning from international experience? Approaches to cross-national comparisons of health policies and health systems”. Nolte muistutti terveydenhuoltojärjestelmien olevan kompleksisia ja että useimmissa maissa on yhden järjestelmän sijaan monia rinnakkaisia järjestelmiä. Terveydenhuoltojärjestelmään vaikuttaa sitä ympäröivä poliittinen, kulttuurinen ja taloudellinen todellisuus. Yleisiä haasteita terveydenhuoltojärjestelmille ovat Nolten mukaan kustannusten hillintä, väestörakenteen vanheneminen ja teknologioiden

kehitys sekä väestön lisääntyneet odotukset terveydenhuoltopalveluita kohtaan. Nolte esitti, että tietomaiden tavoista järjestää terveydenhuolto tarjooa maille mahdollisuuden oppia uutta sekä mahdollisuuden pohtia oman maan järjestelmää uusista näkökulmista. Kansainvälisen vertailun haasteena on kontekstien ja määritelmien vaihtelu maasta toiseen. Esimerkiksi mitä vertaamme, kun vertaamme esimerkiksi eri maiden sairaaloita keskenään. Toinen haaste liittyy Nolten mukaan kysymykseen saatavilla olevasta aineistosta sekä siitä, kuinka luotettavaa ja vertailukelpoista se on. Esityksensä lopuksi Nolte antoi esimerkkejä kansainvälisistä terveydenhuoltojärjestelmien vertailuista. Kansainvälisiä vertailuja ovat tehneet OECD, WHO ja European Observatory on Health Systems and Policies, eräät säätiöt (Commonwealth Fund, Bertelsmann Foundation) sekä Englannin terveysministeriö (kts. www.international-comparisons.org.uk).

Ohjelmajohtaja Juha Teperin (sosiaali- ja terveysministeriö) esityksen otsikkona oli ”Putting Finland in the context – Assessing Finnish health care from the perspective of value-based health care”. Teperin esitys arvoon perustuvasta terveydenhuollosta (Value-Based Health Care) tukeutui Harvard Business Schoolin professori Micheal E. Porterin ajatteluun, jonka mukaan terveydenhuollon tuottama arvo on se terveyshyöty, jonka palvelujen käyttäjät saavat. Kilpailua terveydenhuollossa tulisikin käydä siitä, miten pystytään parhaiten käyttämään rajalliset voimavarat terveyden luomiseksi. Tätä Porter nimittää ”hyväksi kilpailuksi” (good competition). Teperin esityksen ydinsanoma olikin, että myös Suomessa järjestelmä tulisi perustaa tämänkaltaiselle ajattelulle terveyshyödyn tuottamisesta. Aikaisempina vuosikymmeninä toteutettu ter-

veydenhuollon palvelurakenteiden pystytys ja järjestelmän laajentaminen eivät voi Teperin mukaan olla jatkossa ratkaisukeinoja terveydenhuollon järjestämiseen. Keskeisiä haasteita ovatkin, miten terveydenhuollon toimintaa mitataan ja miten terveydenhuollon rahoitus tulevaisuudessa järjestetään? Lisäksi näkemyksen, jossa kansalaiset nähdään terveydenhuollon palvelujen passiivisina vastaanottajina, on Teperin mukaan muutettava suuntaan, jossa kansalaiset nähdään aktiivisina kumppaneina ja oman terveytensä asiantuntijoina. Aiheesta syntyi vilkasta keskustelua muun muassa siitä, miten tämänkaltaisen ajattelutavan muutos olisi kulttuurisesti suomalaisessa kontekstissa mahdollinen. Arvoon perustuvasta terveydenhuollosta kiinnostuneet voivat tutustua teokseen *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective* (<http://www.sitra.fi/julkaisut/raportti82.pdf>).

Tutkimusprofessori Unto Häkkinen (THL) puhui kansainvälisestä vertailusta otsikolla ”International comparison of health systems performance”. Häkkinen eritteli esityksensä aluksi erilaisia vertailutasoja: terveydenhuoltojärjestelmän taso (esim. kokonaistuottavuus), sektoritaso (esim. sairaalat, hoitokodit) tai tiettyyn sairauteen tai terveysongelmaan rajautuva tarkastelu. OECD maissa on vertailtu muun muassa ikääntymiseen liittyvinä ilmiöinä sepelvaltimotautia, aivoinfarktia ja rintasyöpää. Tehtäessä vertailuja terveydenhuoltojärjestelmän tasolla vertailtavan tietoaikteen (kustannus, suorite) tulisi olla laadullisesti tarpeeksi hyvällä tasolla. Näin ei Häkkisen mukaan kuitenkaan vielä ole ja laadullista kohennusta aineistoihin tarvittaisiin. Maissa, joissa on mahdollisuus käyttää useita rekisterejä ja yhdistellä niiden tietoja toisiinsa, on vertailututkimuksissa saatu lupavia tuloksia. Näitä potilastason

tiedon elektronisia tiedonkeruujärjestelmiä on monissa maissa kehitelty jo pitkään. Vertailtavuuden lisääminen vaatii kuitenkin toimenpiteiden sekä tautikohtaisten luokitelujärjestelmien standardointia. Ennen vertailtavuuden parantamista ei mittaviin vertailututkimuksiin ole Häkkisen mukaan mielekäästä ryhtyä.

Professori Juhani Lehto Tampereen yliopistosta puhui otsikolla ”Theoretical approaches for international health systems comparisons”. Terveydenhuollon järjestelmiä vertailtaessa keskeisiä sisältöjä ovat Lehdon mukaan analyttinen järjestelmien ja niiden alajärjestelmien erojen ja yhtäläisyyksien kuvailu. Olennaista on myös terveydenhuoltojärjestelmän ja sen osajärjestelmien (esim. sairaala, terveyskeskus, diabeetikkojen hoito) vaikutusten (esim. kansanterveys tai terveysmenot) systeeminen jäsentely. Kuten Nolte aikaisemmassa esityksessä, myös Lehto painotti, että vertailu on kuitenkin haastavaa sillä yksiköt, joita eri systeemeissä vertaillaan, eivät välttämättä ole yhteismittallisia. Pohdittaessa esimerkiksi eri professioiden asemaa suhteessa järjestelmään ja sen muihin toimijoihin askaroidaan hyvin kontekstisidonnaisten kysymysten parissa. Jotta erilaisten terveydenhuollon järjestelmien vertaileminen olisi mahdollista, tarvitaan samantaisia käsitteitä. Kuvailuvan tason vertailusta seuraava askel on Lehdon mukaan pohtia sitä, miksi järjestelmät eroavat toisistaan. Eroja voidaan selittää teoreettisesti esimerkiksi valtaresurssiteorian, funktionalistisen teorian tai institutionaalisen teorian kautta. Järjestelmien eroavaisuuksien jälkeen on syytä pohtia vielä sitä, miksi järjestelmien tuottamat tulokset ovat erilaisia. Millaisia maita vertailuun sitten tulisi sisällyttää? Lehto totesi, että yhtäältä samankaltaisuus, mutta toisaalta myös totaalinen erilai-

suus ovat hedelmällisiä vertailun kohteita. Myös vertailtavien maiden lukumäärää on hyvä pohtia. Mitä vähemmän maita vertailussa on mukana, sitä syvemmälle analyysissä on mahdollista päästä. Usean maan vertailut ovat vaarassa jäädä vain kuvailevalle tasolle. Lopuksi Lehto esitti ajatuksen terveydenhuoltojärjestelmien kansainvälisen tutkimuksen synteisistä. Tämänkaltaisen “meta-analyysin” tuottaminen eri terveydenhuoltojärjestelmien kansainvälisistä vertailuista, eli siitä, millaisia yleisiä systeemisistä irrallisia lainalaisuuksia olemassa olevasta tutkimuksesta on mahdollista erotella, vaikutti vähintäänkin haastavalta.

Erikoistutkija Meri Koivusalo Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta puhui Euroopan Unionin vaikutuksista terveyspolitiikkaan ja palvelujärjestelmiin. Hän kävi esityksensä alussa läpi EU:n sopimuksia ja lainsäädäntöä, EU:n keskeisiä toimijoita sekä sosiaali- ja terveyspolitiikan kannalta olennaisia strategioita, keinoja ja tavoitteita. Lisäksi hän eritteli EU:n roolia terveydenhuoltotutkimuksen rahoittajana. Esityksen eräs pääviesti oli, että EU:n merkitys terveyspolitiikalle ja terveydenhuollolle näkyy ennen kaikkea sen sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin ulkopuolella tehtyjen linjausten kautta. Terveyspalveluita on EU:ssa pitkään tarkasteltu nimenomaan kauppapolitiikan näkökulmasta. Lisäksi tuomioistuinten päätökset ja päätösten tulkinat ovat vaikuttaneet sosiaali- ja terveyspolitiikkaan keskeisesti. Suomessa tämä näkyy esimerkiksi julkisista hankinnoista säädetyn lain muodossa, jolla on ollut olennaisia vaikutuksia myös sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen ja tuotantoon. Tuomioistuimen päätöksillä on vaikutuksia myös siihen, miten ja mistä lähtökohdista palvelujärjestelmää säädellään. Esityksen lopussa Koivusalo teki katsauksen

tulevaisuuteen pohtien EU:ssa suunnitellun terveyspalveludirektiivin sekä lisääntyvän potilaiden ja työvoiman liikkuvuuden vaikutuksia kansalliseen politiikkaan. Hänen viestinsä oli, että näiden tekijöiden mahdolliset vaikutukset ovat aina suhteessa kansallisen politiikan tavoitteisiin, palvelujärjestelmän rakenteisiin ja rahoitukseen sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa säätelevään lainsäädäntöön. Vaikutusten osalta EU:n uudet ja vanhat jäsenmaat kohtaavat uudet haasteet erilaisista lähtökohdista käsin ja siksi myös niiden mahdollisuudet vastata tulevaisuuden haasteisiin ovat erilaiset.

Johtava taloustutkija Robert Hagfors Kansaneläkelaitoksen tutkimusosastolta tutustutti yleisön poikkileikkausaineistolla tehtyyn empiiriseen testaukseen siitä, miten hyvän kehän teorian pääpiirteet on yhdistetty sosiaalisten mahdollisuuksien teoriaan ja tietoon terveyden ja koulutuksen yhteydestä eriarvoisuuden ja sosiaaliseen pääomaan. Teoriahahmotelman taustajatuksena ovat seuraavat oletukset: terveyteen liittyvä sosiaaliturva Euroopassa ilmenee sosiaalipoliittisen panostuksen kautta ja etenee hyvän kehän mekanismin kautta, jossa pääosassa ovat eriarvoisuus ja sosiaalinen pääoma. Nämä vaikuttavat terveyteen perustarpeena ja sitä kautta sosiaaliin mahdollisuuksiin.

Erikoistutkija Hannele Palosuo Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta selvitti aihetta “Terveyserojen kaventamispolitiikat Euroopassa”. Palosuo mukaan tosiasia on, että kuolleisuus- ja sairastavuuseroja on kaikissa Euroopan maissa, joista tietoja on saatavilla. Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa ilmeneviä eroja koulutus-, ammatti-, tulo- tai työmarkkina-aseman mukaan määriteltujen ryhmien välillä. Terveyden

eriarvoisuudella viitataan epäoikeudenmukaiseen terveyden vaihteluun, johon yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat. Terveyden eriarvoisuuden syntyä ei voida pitää vain ihmisten vapaan valinnan tai biologisten lainalaisuuksien tuloksina – niinpä erot ovat huomattavaksi osaksi estettävissä. Kiinnostavaa oli Palosuo esittelemä kaavio terveyseroihin liittyvän toiminnan vaiheista: mittaaminen, terveyserojen tunnistaminen, tietoisuuden nostaminen, halu ryhtyä toimiin, erilliset aloitteet ja hankkeet, rakenteellinen kehitys, kattava ja koordinoitu politiikka. Terveyseroihin on kiinnitetty vaihtelevasti huomiota Länsi-Euroopan maiden terveyspolitiikassa WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelmasta lähtien. Etelä-Euroopassa ja Itä-Euroopassa asia on ollut vähemmän esillä. Kaiken kaikkiaan Euroopan maat ovat toiminnassa eri vaiheissa ja myös toteutustavat vaihtelevat. Palosuo arvioi mukaan pisimmällä on Englanti, jossa terveyserot on kytketty köyhyyden ja syrjäytymisen vastaiseen politiikkaan. Maassa on toteutettu laaja huonossa asemassa olevien alueiden tukeminen ja toimintatapa on ollut osallistava. Poikkivaltion yhteistyötä on suosittu ja ohjelmia on viety systemaattisesti eteenpäin. Esimerkiksi naapurimaamme Ruotsin kansanterveysohjelma on luonteeltaan kattava ja koordinoitu, kun taas Suomen kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman periaatteena on laaja-alaisuus. Se on kuitenkin alisteinen monille muille samanaikaisille ohjelmille. Euroopan Unioni on esittänyt lisääntyvää kiinnostusta terveyseroihin, onhan kyse muun muassa työvoiman terveydestä, ikääntymisestä ja terveyserojen aiheuttamista kustannuksista. Public Health Programme -ohjelman (2008–2013) yleispäämääräksi onkin asetettu suurempi terveydellinen tasa-arvoisuus.

Terveydenhuoltotutkimuksen päivien lopuksi erikoistutkija Lauri Vuorenkoski esitteli ”International Network on Health Policy Monitor” www-sivuja. Terveydenhuollon reformeista tietoa tuottavan verkoston toimintaa organisoii ja rahoittaa saksalainen Bertelsmann-säätiö. Hankkeen tarkoituksena on tuottaa tietoa erityisesti saksalaisen keskustelun innoittajaksi, mutta foorumi on eittämättä hyödyllinen kaikille eri maiden järjestelmistä ja ajan-kohtaisista teemoista kiinnostuneil-

le. Mukana on kaiken kaikkiaan 20 maata, Suomi mukaan lukien. Verkoston jäsenet tuottavat kaksi kertaa vuodessa strukturoituja raportteja kotimaidensa terveydenhuollon reformeista. Raportteja on tuotettu tähän mennessä yhteensä 935, Suomesta 49. Sivuihin ja sen tietokannan hakupalveluihin voi käydä tutustumassa (www.hpm.org).

TUULIKKI VEIKO
TtM, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

LIINA-KAISA TYNKKYNE
TtM, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto

JUTTA PULKKI
TtM Tutkija, Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto

ILMO KESKIMÄKI
LT, Professori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto