

Suomen terveydenhuolto muuttuvassa toimintaympäristössä

MARINA ERHOLA & VESA JORMANAINEN & MERJA KOVASIN & PEKKA RISSANEN
& ILMO KESKIMÄKI

Johdanto

Suomalaisten hyvinvoinnin, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kansanterveyden tilaa on arvioitu 2000-luvulla useissa kansainvälisissä julkaisuissa (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017; GBD Healthcare Access and Quality Collaborators 2016; Allemani ym. 2018; Lim ym. 2018; OECD/EU 2018). Tarkastelemme näiden katsausten välittämää kuvaa soveltaen omaa kokemustamme pitkään terveydenhuoltoa seuranneina ja toteuttaneina asiantuntijoina.

WHO:n julkaisema *World Health Report 2000* herätti kansainvälisen kiinnostuksen terveydenhuollon järjestelmien vertailuun. Arvio perustui WHO:n piirissä terveydenhuoltojärjestelmien toiminnasta tehtyyn teoreettiseen malliin ja sen perusteella määriteltyihin tulosten laadun osoittimiin (indikaattoreihin). WHO:n arviointiin kohdistettiin myös kritiikkiä esimerkiksi siitä, kuinka yksi mittaristo soveltuu kaikille maailman maille (Papanicolas & Smith 2013).

Seuraavassa tarkastelemme soveltuvien osien Suomen terveydenhuoltoa OECD:n kehittämän Health Care Quality Indicators (HCQI) -mittariston avulla. Siinä terveydenhuollon toimintaa arvioidaan usealla toisiaan täydentävällä ulottuvuudella ja indikaattorilla. Terveydenhuollon toimintakyvyn pääulottuvuuksina tarkastellaan palvelujen laatua, saatavuutta ja kustannuksia suhteutettuna terveyspalvelujen erilaisiin tarpeisiin. Tarkastelukohteena ovat myös terveydenhuollon rakenteelliset tekijät. Suhteutamme tässä katsauksessa terveydenhuollon toimintaa väestön terveyteen ja pohdimme kansanterveyttä määritteleviä, osin terveydenhuoltoon liittymättömiä tekijöitä.

Terveydenhuollon toimintaympäristöä muovaavia megatrendejä

Tasapainoinen yhteiskuntakehitys huomioi ihmisten erilaiset lähtökohdat soveltamalla ajankohtaisia toimintatapoja. Esimerkiksi tekoäly (koneoppiminen) ja täsmälääketiede voivat mullistaa tapamme toimia ja tuottaa uudenlaisia palveluja, kuten aikoinaan antibiootit tai kuvantamismenetelmät. Samalla mietityttää, kuinka yhteiskunnassa haavoittuvimmat (mm. syrjäytyneet ja vähävaraiset henkilöt) pystyvät käyttämään sähköistä asiointia tai digitaalisia palveluja. (Määttä 2018.)

Suomen väestörakennetta muuttavat voimakkaasti syntyvyyden lasku, väestön ikääntyminen ja moninaistuva muuttoliike (Kestilä & Martelin 2019). Ulkomaalaistaustaisten henkilöiden lukumäärä on kahden viime vuosikymmenen ajan kasvanut: vuonna 1997 ulkomaalaistaustaisia oli noin vajaa 93 000 eli 2 prosenttia väestöstä, kun vastaava luku vuonna 2017 oli runsaat 384 000 eli lähes 7 prosenttia koko väestöstä (Castaneda 2019). Kaupungistuminen muuttaa aluerakennetta ja johtaa alueiden väliseen ja sisäiseen eriarvoistumiseen (*segregaatio*). Sosiaalinen ja alueellinen eriarvoisuus, syrjäytyminen ja yhteiskunnallinen polarisaatio uhkaavat kasvaa. (Keskimäki 2003; Manderbacka ym. 2015; Keskimäki ym. 2018; Lumme ym. 2018; Karvonen 2019; Saikku & Hannikainen 2019.) Työn murros on sidoksissa teknologiseen kehitykseen. Työn murroksen seurauksena perinteisen työn tekemisen tavat ja talous sekä koko yhteiskuntamme muuttavat muotoaan. (Oksanen 2017.)

Väestöryhmien väliset erot ovat suuria ja perinteiset kansanterveyden riskitekijät haasteena

Suomi on lukuisilla mittareilla hyvinvoiva maa: köyhyyttä on vähän ja tuloerot ovat pienet, ihmisiin ja instituutioihin luotetaan, elinaikaodote on pitkä ja lapsikuolleisuus matala, sosiaaliturvan ja palvelujärjestelmän tuki on kattavaa. Kansainvälisessä kyselytutkimuksiin perustuvassa raportissa Suomi arvioitiin toista kertaa maailman onnellisimmaksi maaksi (Helliwell 2019). Hyvinvointi- ja terveyserot ovat kuitenkin selvät: korkeasti koulutetut voivat parhaiten ja perusasteen koulutuksen saaneet huonoiten.

Haavoittuvimpien väestöryhmien terveys ja hyvinvointi ovat heikkenemässä. Esimerkiksi ennenaikaisen kuolleisuuden kuilu on kasvanut vakavista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien ja muun väestön välillä. Nuorten syrjäytymisen, ongelmien ylisukupolvisuuden ja huono-osaisuuden kasautumisen trendit ovat huolestuttavia (Karvonen & Kestilä 2014; Ristikari ym. 2016; Kestilä ym. 2019), ja niille on yritetty arvioida hintaa (Hilli ym. 2017).

Kansallisen FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan miehistä 16 ja naisista 11 prosenttia tupakoi päivittäin (Koponen ym. 2018; Karvonen ym. 2019). Työikäisten päivittäinen tupakointi on vähentynyt, eläkeikäisten tupakoinnissa ei ole tapahtunut muutoksia. Vaikka tupakointi on vähentynyt, tupakoiden osuus on kaukana tupakkalain tavoitetasosta (alle 5 % väestöstä käyttää tupakkatai nikotiinituotteita päivittäin vuonna 2030). Tupakointi on lähes kaksi kertaa yleisempää vähiten koulutetussa väestössä. Työikäisten humalajuominen on vähentynyt, mutta se on edelleen runsasta.

Eläkeikäisten humalajuominen on yleistynyt viimeisen kuuden vuoden aikana (Koponen ym. 2018; Karvonen ym. 2019). Huumeiden kokeilu ja käyttö on noussut keskeiseksi kansanterveyden riskitekijäksi. Viimeisimmän väestökyselyn (2018) mukaan 24 prosenttia aikuisista on kokeillut kannabista joskus elämänsä aikana (Hakkarainen ym. 2017; Karjalainen ym. 2019). Jätevesitutkimusten mukaan yhteenlaskettu amfetamiinin, metyleenidioksimetamfetamiinin (MDMA, ”ekstasi”) ja kokaiinin käyttö on lisääntynyt selvästi viime vuosina (Kankaanpää ym. 2016).

Suomessa on noin 2,5 miljoonaa ylipainoista aikuista. Joka neljäs aikuinen on lihava ja lähes joka toinen aikuinen on lievästi ylipainoinen. Lievästi

ylipainoisiksi luokitellaan miehet, joiden vyötärön ympärysy ylittää metrin, ja naiset, joiden vyötärön ympärysy ylittää 90 senttiä. Liikalihavuus on vähiten koulutetussa väestössä yli kaksi kertaa yleisempää kuin korkeimmin koulutetuilla. Sekä painoindeksi että vyötärön ympärysy ovat kasvaneet niin miehillä kuin naisillakin vuodesta 2012 vuoteen 2017. Noin kahdella kolmesta miehestä ja joka toisella naisella on verenpainelääkitys tai kohonnut verenpaine. Unenpuutteesta kärsii noin 3 miljoonaa aikuista suomalaista, liikuntatottumukset eivät ole kehittyneet 2000-luvulla merkittävästi parempaan suuntaan. (Laatikainen ym. 2019; Koponen ym. 2018; Karvonen ym. 2019; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017.)

Terveydenhuoltojärjestelmän toimintakyky

Terveysjärjestelmän toimintakykyä voidaan arvioida monilla tavoilla. OECD arvioi maiden terveysjärjestelmiä kolmen pilarin – vaikuttavuuden, saavutettavuuden ja muutosjoustavuuden eli resilienssin – avulla (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017). Muutosjoustavuudella tarkoitetaan terveysjärjestelmän kykyä sopeutua tehokkaasti muuttuviin olosuhteisiin. Muutosjoustavuus ei ole vastaus mihinkään tiettyyn uhkaan, vaan se liittyy ensisijaisesti yleiseen kykyyn mukautua häiriö- ja kriisitilanteisiin (Hyvönen ym. 2019). Tarkastelemme suomalaisen terveysjärjestelmän toimintakykyä modifioitujen OECD:n luokittelua.

Elinajanodotteella tarkoitetaan ikää, jossa tarkasteluvuonna syntyneet keskimäärin kuolisivat, jos heidän kuolemanvaaransa elämän aikana vastaisi tarkasteluvuoden eri ikäryhmien kuolleisuutta. Lapsikuolleisuuteen ja elinajanodotteeseen vaikuttaa moni tekijä, mutta ne kertovat osaltaan terveydenhuollon vaikuttavuudesta. Suomen lapsikuolleisuus on pienimpiä maailmassa. Suomessa 1930-luvun lopulla lähes joka kymmenes syntynyt lapsi kuoli alle 1-vuotiaana. Nykyisin alle vuoden iässä kuolee vain muutama promille syntyneistä. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017; Tilastokeskus.)

Elinajanodote parani Suomessa lähes neljällä vuodella vuosina 2000–2015. Luku ylittää yhden lä vuodella EU:n maiden keskiarvon. Korkeasteen koulutuksen suorittaneiden suomalaisten

miesten elinajanodote on yli kuusi vuotta pidempi kuin miesten, joilla on enintään ylemmän perustason koulutus. Ero on hieman pienempi koulutetuimpien ja vähiten koulutettujen naisten välillä (melkein neljä vuotta). (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017; OECD/EU 2018.) Suomessa terveydenhuollon laatu on useilla hoidon mittareilla tarkasteltuna OECD-maiden huippua (OECD 2015).

Kohdunkaulan, rinta- ja suolistosyöpien hoidon tulokset ovat OECD-maiden parhaita (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017; OECD/EU 2018). Astmaan ja keuhkohtaumatautiin liittyviä sairaalakäyntejä on Suomessa vähemmän kuin keskimäärin OECD-maissa. Tämä selittyy pitkälti kansallisilla Astma- ja Keuhkohtaumatauti-ohjelmilla, joiden toimeenpanon aikana tehtiin merkittäviä muutoksia hoitokäytäntöihin (Erhola ym. 2019). Sairaanhoidopiireittäin hoidon laadussa ja kustannuksissa on suuria eroja, jotka eivät kokonaan selity sairastavuuden alueellisilla eroilla (Rissanen 2019).

Sydäninfarktin ja erityisesti aivohalvauksen takia akuuttia sairaanhoitoa tarvitsevien potilaiden hoito on tehokasta. Iskeemisistä aivohalvauksista käytettävissä olevista tiedoista näkyy, että 30 päivän kuolleisuus Suomessa on pienin EU-maista. Tulos on saatu aikaan virtaviivaistamalla päivystyksen poliklinikoiden palveluprosesseja, parantamalla hoitoa sekä erityisesti hoitamalla iskeemisiä aivohalvauksia entistä useammin ja nopeammin liuotushoidoilla. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017 OECD/EU 2018.)

Saavutettavuus muodostaa pohjan OECD:n toiselle pilarille. Terveydenhuollon väestökattavuus on Suomessa hyvä. YK:n kestävä kehityksen tavoitteiden saavuttamista arvioivassa tutkimuksessa Suomi sai vuonna 2016 täydet pisteet väestökattavuudessa yhtenä kolmesta maasta (Tyrkö 2017). Suomen pitkät etäisyydet yhdistettynä haja-asutusalueiden vaikeakulkuisuuteen ja vesistöjen pirstaloimiin alueisiin aiheuttaa kuitenkin haasteita. Lääkäritiheys on harvaan asutuilla alueilla, erityisesti Pohjois-Suomessa, merkittävästi pienempi kuin Etelä-Suomen taajama-alueilla.

Harvaan asutussa maassa päivystystoimintojen toimintavarmuus on tärkeää. Vielä 2010-luvun alussa päivystysjärjestelyt koordinoitiin alueellisesti hajanaisesti ja perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä sosiaalipäivystyksen keskinäinen yhteistoiminta oli pääosin puutteellista

(Reissell ym. 2012). Valtioneuvoston asetuksella (582/2017) säädettiin erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä vuoden 2018 alusta alkaen.

Terveydenhuollon palveluihin pääsyssä on Suomessa enemmän ongelmia kuin monissa OECD-maissa – ja huomattavasti enemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Vuonna 2014 neljä prosenttia suomalaisista ilmoitti, etteivät he olleet saaneet tarvitsemaansa hoitoa kustannusten, etäisyyden tai potilasjonojen takia. Tyydyttämätön sairaanhoidon tarve johtuu pääosin odotusajosta. Suomessa tyydyttämätöntä sairaanhoidon tarvetta ilmoittaneiden henkilöiden osuus väestöstä on korkeampi kuin keskimäärin EU:ssa. Noin 45 prosenttia kiireettömistä lääkärin perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottokäynneistä toteutui lokakuussa 2018 viikon kuluessa hoidon tarpeen arviosta. Saira- ja terveydenhoitajan kiirettömistä vastaanottokäynneistä lähes 70 prosenttia toteutui kolmen vuorokauden kuluessa. (Mölläri & Kovanen 2018.) Elokuussa 2018 keskimääräinen odotusaika kiireettömään erikoissairaanhoidon oli sairaanhoidopiireittäin 1–2 kuukautta. Hoitoa odottavista 121 087 potilaasta 22 prosenttia oli odottanut yli kolme kuukautta ja kaksi prosenttia yli puoli vuotta. Yksittäisistä leikkaushoidoista jonotettiin eniten kaihileikkaukseen (10 125 potilasta), 44 prosenttia oli odottanut hoitoon pääsyä yli kolme kuukautta. (Häkkinen & Vuorio 2018.)

Suomessa lääkäreiden määrä 1 000 asukasta kohti on pienempi kuin keskimäärin EU-maissa. Sairaanhoidajien määrä 1 000 asukasta kohti taas on Suomessa Tanskan jälkeen toiseksi suurin EU:ssa ja selvästi suurempi kuin EU:n keskiarvo (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017). Henkilöstövoimavarojen – erityisesti lääkäreiden – epätasainen maantieteellinen jakautuminen vahvistaa eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä. Lääkäreistä ja hoitajista on eniten puutetta alueilla, joilla palvelujen tarpeet ovat suuret, mikä lisää eriarvoisuutta.

Kolmas OECD:n luokittelun mukaisista terveyspalvelujärjestelmän arvioinnin pilareista on palvelujärjestelmän muutosjoustavuus, joka heijastelee paitsi terveydenhuollon päivittäistä toimintaa, myös poliittisen päätöksentekojärjestelmän kykyä reagoida tarvittaviin muutoksiin. Strategisen integraation näkökulmasta alueella olevien palvelujen järjestäjien runsas lukumäärä voi tarkoittaa huonompaa muutosjoustavuutta.

Hoitopäivien ja laskennallisten sairaansijojen määrä on vähentynyt asetettujen kansallisten tavoitteiden mukaisesti selvästi erityisesti perusterveydenhuollossa. Lääkemenojen kasvun hillintä on hyvä esimerkki muutosjoustavuudesta. Viime vuosina lääkemenojen kasvun hillitsemiseksi (hintavalvonta, geneeristen lääkkeiden käytön edistäminen) tehtyjen toimenpiteiden ansiosta lääkemenojen osuus terveydenhuoltomenoista väheni noin 16 prosentista 12,5 prosenttiin vuosina 2000–2015. Osuus on merkittävästi pienempi kuin keskimäärin EU:ssa (17 %).

Kanta-järjestelmä on poikkeuksellinen maailman mittakaavassa. Potilaille tarkoitettua Oma-kanta-palvelua on vuoden 2018 loppuun mennessä käyttänyt 2,8 miljoonaa eri henkilöä eli 63 prosenttia 18-vuotiaista aikuisista (Vesa Jormanainen, henkilökohtainen tiedonanto). Kannan Resepti-palvelun päästä päähän digitoitu palveluketju edistää lääke- ja potilasturvallisuutta. Palvelu on käytössä kaikissa apteekeissa ja julkisessa terveydenhuollossa sekä 1 331:llä yksityisen terveydenhuollon toimijalla. Sähköinen lääkemääräys tuli pakolliseksi vuoden 2017 alusta, ja kaikki (100 %) apteekeissa tehdyt lääkeostot Suomessa perustuvat nykyään sähköisiin lääkemääräyksiin.

Pohdintaa

Suomalainen terveystalouden järjestelmä on ollut pitkään vireillä olleen sote-uudistuksen myötä tarkastelun ja kritiikin kohteena. Mediaa seuraamalla syntyy helposti mielikuva romahtamassa olevasta järjestelmästä ja tyytymättömistä, hoitoa jonottavista kansalaisista. Kansainvälinen ja kotimainen tutkimus antaa tilanteesta toisenlaisen kuvan. Suomalaisista neljä viidestä luottaa terveystalouden toimivuuteen. Luottamus vaihtelee väestöryhmittäin: nuorimmat (20–54-vuotiaat) suhtautuvat kriittisemmin sosiaali- ja terveystalouden toimivuuteen kuin vanhemmat ikäryhmät.

Suomen terveydenhuoltomenot ovat asukasta kohti hieman EU:n keskiarvoa korkeammat, mutta osuutena bruttokansantuotteesta hieman keskiarvoa matalammat. Syynä on se, että Suomen bruttokansantuote on muita EU-maita korkeampi. Sosiaali- ja terveystalouden nettokäyttökustannusten jakauma osoittaa, että erikoissairaanhoido vie suurimman osuuden käyttökustannuksista, ikääntyneiden palvelut toiseksi ja perustervey-

denhuollon avohoito kolmanneksi eniten (Rissanen 2019). Kustannusten alueelliset erot ovat kuitenkin erittäin suuret, 2 855–4 013 euroa asukasta kohden.

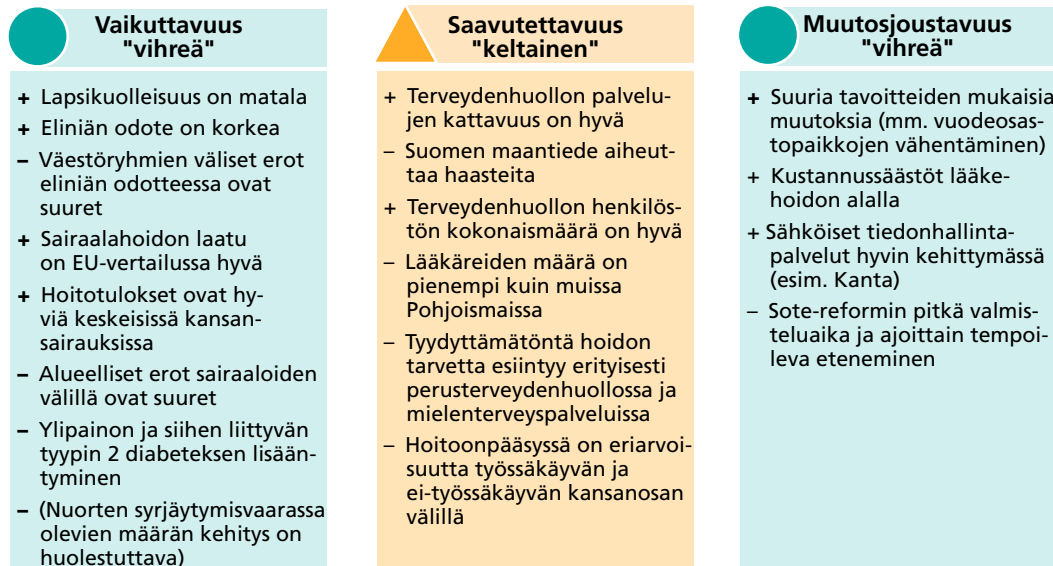
Erityisen hyvin toimii erikoissairaanhoido. Hoidon saatavuus on pääosin hyvä ja päivystyspalvelujen keskittäminen lisää toimintavarmuutta järjestelmään. Kansainvälisessä vertailussa monen keskeisen sairauden hoidon laatu on hyvää tai erinomaista. Erityisesti sydäninfarktien ja iskeemisten aivohalvausten sekä astman hoidossa on saavutettu merkittäviä tuloksia (Haahtela ym. 2006), joiden säilyminen on turvattava. Alueelliset erot ja väestötiheys aiheuttavat vaikeasti ratkaistavia ongelmia. Kysynnän ja saatavuuden välille jää joissain osissa Suomea kuilu, jota on vaikea ratkoa ja etäisyydet esimerkiksi lääkäripalveluihin muodostuvat suureksi.

Telelääketieteessä on tehty monia läpimurtoja, mutta lopulliset toimintavarmat käytännöt ovat vielä kehitteillä (Reponen ym. 2018). Suomalainen innovaatio Kanta on saavuttanut useita läpimurtoja (Jormanainen 2018). Terveydenhuollon ammattilaiset tuntevat järjestelmän mukanaan tuomat mahdollisuudet kuitenkin vielä huonosti, ja ajoittaista turhautumista aiheuttavat liian hitaat tai keskenään toimimattomat sähköiset potilaskertomukset.

Järjestelmässämme on myös ongelmia. Vaikka palvelujen kattavuus on hyvä, palvelut eivät edelleenkaan kohdistu oikeudenmukaisesti. Alueellisissa terveys- ja hyvinvointitutkimuksissa kaikkien lääkärikäyntien aineistossa suurituloiset käyttivät palveluja vuosina 1987–2014 koko tarkastelujakson ajan suhteessa tarpeeseen jonkin verran muita enemmän (Manderbacka ym. 2019). Erot terveydenhuollon avohoidon palveluissa näyttäisivät muodostuvan pääosin eroista yksityisten ja työterveyshuollon palvelujen käytössä. Terveyskeskusten ja sairaalan poliklinikan palvelut jakautuivat tarve huomioon ottaen alemmille tuloryhmille.

Elinajanodotteessa näkyvät, sukupuolen ja sosioekonomisen aseman mukaiset huomattavat erot synkistävät kuvaa suomalaisten elinajanodotteen jatkuvasta kasvusta. Vaikka päivystyspalveluja on uudistettu ja erikoissairaanhoidon tuottavuuskehitys on ollut positiivista, eivät niiden tuomat uudet ratkaisut vastaa elintapaongelmien, syrjäytymisen, päihteiden ja mielenterveysongelmien haasteisiin.

Suomessa asuvien keskeiset terveyshaasteet liittyvät sellaisiin riskitekijöihin (vähäinen liikunta,



Kuvio 1. Suomen terveystalouden tila.

ruokailu, alkoholin käyttö), joihin voidaan vaikuttaa valtaosin terveydenhuollon ulkopuolella perheiden, varhaiskasvatuksen, koulujen ja maankäytön suunnittelun avulla.

Terveydenhuollon keskeisin pulma liittyy perusterveydenhuollon saatavuuteen, etenkin avosairaanhoidon vastaanottoon. Kun 45 prosenttia kiireettömäksi arvioituista lääkärikäynneistä toteutuu viikon sisällä ja 95 prosenttia vasta kuuden kuukauden kuluessa, herää kysymys, voidaanko ylipäätään pitää perusteltuna, että perusterveydenhuollossa lääkärille pääsyä on odotettava useita viikkoja tai kuukausia. Perusterveydenhuollon tasoisen avosairaanhoidon painottuminen työterveyshuoltoon herättää huolta voimavarojen tarkoituksen- ja tarpeenmukaisesta kohdentumisesta. Erityisesti lääkäreiden sijoittuminen palvelujärjestelmän eri osioihin vaikuttaa järjestelmän eri osien suorituskykyyn, minkä takia työterveyshuoltoa ei voida tarkastella pelkästään sen kustannusten kannalta. Voiko jatkossakin olla niin, että työssä käyvä väestö on etuoikeutetumpi kuin muu väestö lääkärille pääsyssä?

Kun tarkastellaan suomalaista terveystaloutta OECD:n kolmen eri arviointipilarin (vaikuttavuus, saavutettavuus, muutosjoustavuus) kautta ja suhteutetaan arvio väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaan, voidaan helposti todeta järjestelmämme olevan edelleen hyvä, jopa erinomainen. Väestön nopea ikääntyminen ja syntyvyyden lasku sekä näiden aiheuttama huoltosuhteen muutos edellyttää järjestelmän muutosjoustavuuden pysymistä hyvänä. Muutosjoustavuuden ja muutospaineen välinen suhde ratkaisee palvelujärjestelmämme toimintakyvyn jatkuvuuden. Arvioimme, että kolmesta pilarista kaksi näyttää selkeästi ”vihreää”, yksi (palveluiden saavutettavuus) ”keltaista” (kuvio 1).

Kompleksisessa maailmassa ei ole mahdollista ratkaista terveyden ja hyvinvointiin liittyviä ongelmia yksittäisillä tekijöillä tai tekemisillä. Ratkaisuksi ei riitä, että hoitojonot lyhenevät ja lääkäriin pääsee. Terveydenhuollon tuottavuutta voidaan lisätä, mutta muut kuin terveydenhuollon keinot vaikuttavat enemmän ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. (Marmot 2005.)

KIRJALLISUUS

- Allemani, Claudia & Matsuda, Tomohiro & Di Carlo, Veronica, ym. (2018) Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* 391, 1023–1075.
- Castaneda, Anu E (2019) Etnisyyden ja syntyperän mukaiset hyvinvointierot ja syrjintä niiden taustalla. Teoksessa Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisen hyvinvointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 159–171.
- Erhola, Marina & Vasankari, Tuula & Jormanainen, Vesa & Toppila-Salmi, Sanna & Herrala, Jaakko & Haahtela, Tari (2019) Twenty-five years of systematic work for respiratory health in Finland. *Lancet Respir Med* 7 (5), e16.
- GBD Healthcare Access and Quality Collaborators (2018) Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 391, 2236–2271.
- Haahtela, Tari & Tuomisto, Leena & Pietinalho, Anne & Klaukka, Timo & Erhola, Marina & Kaila, Minna, ym. (2006) A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better. *Thorax* 61 (8), 663–670.
- Hakkarainen, Pekka & Karjalainen, Karoliina (2017) Pilvee, pilvee: kannabiksen käyttötavat, käyttäjät ja poliittiset mielipiteet. *Yhteiskuntapolitiikka* 82 (1), 19–32.
- Helliwell, John F & Layard, Richard & Sachs, Jeffrey D (2018) Global happiness report 2019. New York: Sustainable Development Solutions Network, 2018.
- Hilli, Petri & Ståhl, Timo & Merikukka, Marko & Ristikari, Tiina (2017) Syrjäytymisen hinta: case investoinnin kannattavuuslaskemasta. *Yhteiskuntapolitiikka* 82 (6), 663–675.
- Hyvönen, Ari-Elmeri & Juntunen, Tapio & Mikko-la, Harri & Käpylä, Juha & Gustafsberg, Harri & Nyman, Markku & Rättälä, Tiina & Virta, Sirpa & Liljeroos, Johanna (2019) Kokonaisresilienssi ja turvallisuus: tasot, prosessit ja arviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 17/2019. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2019.
- Häkkinen, Pirjo & Vuorio, Satu (2018) Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.8.2018. Tilastoraportti 34/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Jormanainen, Vesa (2018) Large-scale implementation and adoption of the Finnish national Kanta services in 2010–2017: a prospective, longitudinal, indicator-based study. *Fin JeHeW* 10 (4), 381–395.
- Kankaanpää, Aino & Ariniemi, Kari & Heinonen, Mari & Kuoppasalmi, Kimmo & Gunnar, Teemu (2016) Current trends in Finnish drug abuse: wastewater based epidemiology combined with other national indicators. *Sci Total Environ* 568, 864–874.
- Karjalainen, Karoliina & Hakkarainen, Pekka & Salo, Mikko (2019) Suomalaisen huumeiden käyttö ja huumeaseenteet 2018. Tilastoraportti 2/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Mikkilä, Susanna (2019) Väestön elinolot ja sairastavuus. Teoksessa Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 46–62.
- Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura (2014) Nuorten aikuisten syrjäytymisvaaraan liittyvä huono-osaisuus. Teoksessa Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Moisio, Pasi & Muuri, Anu (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karvonen, Sakari (2019) Koetun hyvinvoinnin erot maakuntien välillä. Teoksessa Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisen hyvinvointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 172–186.
- Keskimäki, Ilmo & Sinervo, Timo & Koivisto, Juha (2018) Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. *J WHO Regional Office Europe (Public Health Panorama)* 4 (4), 679–687.
- Keskimäki, Ilmo (2003) How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? *Soc Sci Med* 56, 1517–1530.
- Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari & Parikka, Suvu (2019) Nuorten hyvinvoinnin erot. Teoksessa Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisen hyvinvointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 120–142.
- Kestilä, Laura & Martelin, Tuija (2019) Suomen väestörakenne ja sen kehitys. Teoksessa Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 26–45.
- Koponen, Päivikki & Borodulin, Katja & Lundqvist, Annamari & Sääksjärvi, Katri & Koskinen, Seppo (toim.) (2018) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laatikainen, Tiina & Härkönen, Tommi & Borodulin, Katja & Harald, K & Koskinen, Seppo & Mänistö, S & Peltonen, M & Sundvall, J & Valsta, L & Vartiainen, Erkki & Jousilahti, Pekka (2019) Sydän- ja verisuonitautien riskitekijät 1992–2017: laskusuunta jatkunut, mutta hidastunut. *Suomen Lääkärilehti* 74 (39), 1886–1890d.
- Lim, Stephen S & Updike, Rachel L & Kaldjian, Alexander S., ym. (2018) Measuring human capital: a systematic analysis of 195 countries and territories, 1990–2016. *Lancet* 392, 1217–1234.
- Lumme, Sonja & Manderbacka, Kristiina & Karvonen, Sakari & Keskimäki, Ilmo (2018) Trends of socioeconomic equality in mortality amenable to healthcare and health policy in 1992–2013 in Finland: a population-based register study. *BMJ Open* 8:e023680.
- Manderbacka, Kristiina & Arffman, Martti & Aal-

- to, Anna-Mari & Muuri, Anu & Kestilä, Laura & Häkkinen, Unto (2019) Eriarvoisuus somaattisten terveyspalvelujen saatavuudessa. Teoksessa Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisen hyvinvointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 207–215.
- Manderbacka, Kristiina & Arffman, Martti & Lumme, Sonja & Lehikoinen, Markku & Ruuth, Iiris & Keskimäki, Ilmo (2015) Vältettävissä olevat sairaalahoitajaksot Suomessa 1996–2010: perusterveydenhuollon mittatikkua? Suomen Lääkärilehti 70 (48), 3298–3304.
- Marmot, Michael (2005) Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365, 1099–1104.
- Määttä, Kalle (2018) Sähköinen asiointi: selvitys sääntelyn nykytilasta sekä kehittämistarpeista ja -vaihtoehdoista. Valtiovarainministeriön julkaisu 22/2018. Helsinki.
- Mölläri, Kaisa & Kovanen, Leena (2018) Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa lokakuussa 2018. Tilastoraportti 42/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- OECD/EU (2018) Health at a glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2018.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017) Suomi: maan terveysprofiili 2017. State of Health in the EU. Paris & Brussels: OECD Publishing & European Observatory on Health Systems and Policies, 2017.
- OECD (2015) Health at a glance 2015. How does Finland compare? <https://www.oecd.org/finland/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-FINLAND.pdf>
- Oksanen, Kaisa (2017) Valtioneuvoston tulevaisuusselonteon 1. osa: jaettu ymmärrys työn murroksesta. Vn kanslian julkaisusarja 13a/2017. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Papanicolas, Irene & Smith, Peter C (2013) Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead: Open University Press, 2013.
- Reissell, Eeva & Kokko, Simo & Milen, Anneli & Pekurinen, Markku & Pitkänen, Niina & Blomgren, Sanna & Erhola, Marina (2012) Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. Raportti 30/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Reponen, Jarmo & Kangas, Maarit & Hämäläinen, Päivi & Keränen, Niina & Haverinen, Jari (2018) Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2017: tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 5/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rissanen, Pekka (toim.) (2019) Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa: asiantuntija-arvio, syksy 2018. Päätösten tueksi 2/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ristikari, Tiina & Törmäkangas, Liisa & Lappi, Aino & Haapakorva, Pasi & Kiilakoski, Tomi & Merikukka, Marko & Hautakoski, Ari & Pekkarinen, Elina & Gissler, Miika (2016) Suomi nuorten kasvuympäristönä: 25 vuoden seuranta vuonna 1987 Suomessa syntyneistä nuorista aikuisista. Raportti 9/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saikkku, Peppi & Hannikainen, Katri (2019) Työttömien ja työllisten koettu työkyky ja toimeentulo. Teoksessa Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisen hyvinvointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 143–142.
- Tilastokeskus. https://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_kat_007_fi.html
- Tyrkkö, Ari (2017) Suomella hyvä lähtötilanne kestävä kehityksen mittareilla. Tietotrendit, 5.12.2017. <http://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2017/suomella-tyva-lahtotilanne-kestavan-kehityksen-mittareilla/>
- Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170582>

TIIVISTELMÄ

Marina Erhola & Vesa Jormanainen & Merja Kovasin & Pekka Rissanen & Ilmo Keskimäki: Suomen terveydenhuolto muuttuvassa toimintaympäristössä

Suomen väestön profiilin muutokset ja muut toimintaympäristöämme haastavat seikat edellyttävät palvelujärjestelmältä muutosturvallisuutta (resilienssi). Suomen terveyspalvelujärjestelmän tämän hetken suurimpia suoriutumisen haasteita ovat eriarvoisuus hoitoon pää-

syssä, erityisesti perusterveydenhuollossa, sekä alueellinen vaihtelu sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa. Väestön terveyttä ja hyvinvointia eniten uhkaaviin tekijöihin, kuten ylipainoon, unettomuuteen sekä alkoholiin ja päihteiden käyttöön, pystytään kuitenkin vaikuttamaan parhaiten varsinaisen terveyspalvelujärjestelmän ulkopuolella.