

Jenna Lehto

ERIVARVOISUUS SOMAATTISTEN TERVEYSPALVELUJEN KÄYTÖSSÄ JA SAATAVUUDESSA

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Kandidaatin tutkielma
Toukokuu 2020

TIIVISTELMÄ

Jenna Lehto: Eriarvoisuus somaattisten terveyspalvelujen käytössä ja saatavuudessa
Kandidaatin tutkielma
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden tutkinto-ohjelma
Toukokuu 2020

Tämän kandidaatintutkielman tarkoituksena on tarkastella, miten somaattisten, eli fyysisten sairauksien hoitoon tarkoitettujen terveyspalvelujen käyttö ja saatavuus jakautuvat Suomessa sosioekonomisten ryhmien välillä. Suomessa kansallisen terveystieteiden pitkäaikaisina tavoitteina ovat olleet terveyden eriarvoisuuden kaventaminen ja yhdenvertaisten terveyspalvelujen takaaminen kaikille Suomessa asuville. Terveystieteiden sektorilla perustason terveyspalvelujen yhdenmukaista tarjoamista kaikille kansalaisille pidetään yleisesti ottaen oikeudenmukaisena. Oikeudenmukaisuudessa on kuitenkin kyse siitä, saako kukin sosioekonominen ryhmä tarpeeseensa nähden tarpeeksi terveyspalveluja.

Suomessa sosiaaliryhmien väliset systemaattiset terveyserot ovat kansainvälisesti tarkasteltuna suuret. Vaikka suomalaisten elinikä ja yleinen terveydentila ovat viime vuosikymmenien aikana parantuneet, kehityksestä ovat hyötynneet eniten hyväosaiset väestöryhmät. Tämä on vaikuttanut osaltaan terveyserojen kasvuun. Sosiaaliset ja taloudelliset ympäristötekijät sekä yksilöllinen terveyskäyttäytyminen vaikuttavat merkittävästi väestön terveydentilaan. Terveystieteiden merkitystä ei voida kuitenkaan väheksyä, sillä kliinisen hoidon merkityksen väestön kokonaisterveydentilaan arvioidaan olevan noin 20 prosenttia. Sosiaalisesti oikeudenmukainen terveyspalvelujärjestelmä edistää terveyden tasa-arvoa kohdentamalla palvelut niitä eniten tarvitseville. Terveystieteiden tarpeenmukainen käyttö on edellytys terveydenhuollon kustannusten kasvun hidastamiselle ja terveyserojen kaventamiselle.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa somaattisten terveyspalvelujen käyttöä ja saatavuutta tarkastellaan avohoidon lääkäripalvelujen, erikoissairaanhoidon sekä suun terveydenhuollon palvelujen osalta. Terveystieteiden saatavuutta tarkastellaan usein pelkän palvelujen käyttöasteen perusteella. Käyttöasteen avulla ei kuitenkaan voida arvioida terveyspalvelujen käyttöön ja saatavuuteen liittyvää eriarvoisuutta, sillä se ei huomioi terveyspalvelun tarvetta. Tästä syystä somaattisten terveyspalvelujen käyttöä ja saatavuutta tarkastellaan tässä työssä myös terveyspalvelujen tarpeenmukaisen kohdentumisen kautta.

Tulosten mukaan avohoidon lääkäripalveluissa, erikoissairaanhoidon toimenpiteissä sekä suun terveydenhuollon palveluissa ilmenee erityisesti hyvätulaisia ja korkeasti koulutettuja suosivaa eriarvoisuutta. Hyvätulaiset ja korkeasti koulutetut käyttävät palveluja tarpeeseen nähden muita sosioekonomisia ryhmiä enemmän. Tyydyttämätön terveyspalvelujen tarve painottuu etenkin alimpiin sosioekonomisiin ryhmiin. Lisäksi vältettävissä oleva kuolleisuus on matalatuloisilla selvästi korkeatuloisia suurempaa.

Tulotaso ja koulutusaste vaikuttavat lisäksi palvelusektorin valintaan, sillä hyvätulaiset ja korkeasti koulutetut käyttävät muita useammin yksityisiä lääkäripalveluja sekä työterveyshuollon palveluja. Matalasti koulutetut ja matalatuloiset käyttävät puolestaan muita useammin terveyskeskuslääkärin palveluja. Erikoissairaanhoidon kokonaiskäyttö jakautuu yleisen sairastavuuden mukaisesti, eli alemmat sosioekonomiset ryhmät ovat sairaalahoidossa muita useammin.

Avainsanat: terveysero, oikeudenmukaisuus, eriarvoisuus, somaattinen, terveyspalvelu, terveydenhuolto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

Sisällysluettelo

1	Johdanto	1
2	Sosioekonominen asema ja terveyserot.....	3
2.1	Sosioekonomisen aseman määrittäjät	3
2.2	Suomessa ilmenevät terveyserot.....	5
3	Terveyspalvelujen rooli terveyseroissa.....	8
3.1	Terveyspalvelujen vaikutus terveyteen ja terveyseroihin	8
3.2	Palvelujen oikeudenmukainen käyttö ja saatavuus.....	9
4	Somaattisten terveyspalvelujen käyttö ja saatavuus	12
4.1	Avohoidon lääkäripalvelut.....	12
4.2	Erikoissairaanhoido	15
4.3	Suun terveydenhuolto	16
5	Pohdinta	19
	Lähteet.....	24

1 Johdanto

Suomessa terveystalouden tavoitteena on ollut pitkään terveyden eriarvoisuuden kaventaminen ja yhdenvertaisten terveyspalvelujen takaaminen kaikille maassa asuville (Manderbacka & Keskimäki 2013, 261). Suomalaisen hyvinvointivaltion rakentaminen on perustunut tasa-arvoisen terveyspalvelujärjestelmän luomiselle ja kehittämiselle. Vuonna 1972 säädetty kansanterveystalouden laki takasi yhdenmukaiset terveyspalvelut koko väestölle. (Mattila 2011, 139, 150–152.)

Terveydenhuollon palvelujen tasa-arvoinen jakautuminen ei kuitenkaan tarkoita palvelujen oikeudenmukaista jakautumista. Terveydenhuollon sektorilla oikeudenmukaisuus ymmärretään usein perustason terveyspalvelujen yhdenmukaisena tarjoamisena kaikille kansalaisille. Oikeudenmukaisuudessa on kuitenkin kyse siitä, saako kukin sosioekonominen ryhmä tarpeeseensa nähden tarpeeksi terveyspalveluita. (Guinness & Wisemann 2011, 252–253.)

Suomessa terveyspalvelujen tarpeenmukaisessa käytössä ja saatavuudessa on todettu olevan eroja sosioekonomisten ryhmien välillä (Manderbacka & Keskimäki 2013, 265). Tyydyttämätön hoidontarve on Suomessa muita Euroopan unionin maita suurempi, ja se koskee erityisesti alempia sosioekonomisia ryhmiä (OECD 2017, 11–12). Kansanterveystieteellisestä näkökulmasta sosiaalisesti oikeudenmukaiset terveyspalvelut ovat oleellinen tekijä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisessa ja täten terveyspalvelujen kustannusten kasvun hillitsemisessä (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 238).

Terveyspalvelujärjestelmän rakenteilla on merkittävä vaikutus terveyserojen kaventamiseen, luomiseen ja ylläpitämiseen (Manderbacka, Aalto, Kestilä, Muuri & Häkkinen 2017, 1). Hyvin luotu terveydenhuoltojärjestelmä suojaa väestöä sairauden aiheuttamalta heikkoudelta, luo elämään turvallisuutta ja hyvinvointia sekä lisää sosiaalista yhteenkuuluvuutta. Hyvin suunniteltu ja hallinnoitu terveydenhuoltojärjestelmä edistää terveyden tasa-arvoa kiinnittämällä huomiota erityisesti sosiaalisesti vähäosaisempien väestöryhmien tarpeisiin. Terveydenhuoltojärjestelmää voidaankin pitää yhtenä sosiaalisen aseman määrittäjänä. (Gilson, Doherty, Loewenson & Francis 2007, 5, 8.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tarkastella, miten somaattisten terveyspalvelujen saatavuus ja käyttö jakautuvat Suomessa sosioekonomisten ryhmien

välillä. Somaattisilla terveystalvuluilla tarkoitetaan fyysisten sairauksien hoitoon kohdennettuja terveystalvuluja (Huttunen 2017). Tämän katsauksen osa-alueiksi on valittu avoterveydenhuollon lääkäripalvelut, erikoissairaanhoido sekä suun terveydenhuolto. Avohoidon lääkäripalveluilla tarkoitetaan tässä tutkielmassa avohoidossa tehtyjä lääkärin vastaanottokäyntejä. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan erikoissairaanhoidossa tehtäviä toimenpiteitä sekä erikoissairaanhoidon sairaalahoitoa. Tarkastelu on rajattu kyseisiin osa-alueisiin, koska niiden kustannukset muodostavat merkittävän osan vuosittaisista terveydenhuollon menoista (Matveinen 2019, 1). Lisäksi kyseisistä osa-alueista on löydettävissä Suomessa tehtyjä tutkimuksia. Suomessa terveystalvulujen saatavuutta tarkastellaan usein palvelujen käyttöasteen kautta. Sosioekonomiset tekijät saattavat kuitenkin rajoittaa palvelujen käytön ja hoitoon hakeutumisen mahdollisuuksia. (Manderbacka ym. 2017, 3.) Tämän vuoksi kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan somaattisten terveystalvulujen käyttöasteen lisäksi niiden tarpeenmukaista kohdentumista oikeudenmukaisuuden näkökulmasta.

Katsauksen aihe on ajankohtainen, sillä sosiaali- ja terveystalvulujärjestelmää on pyritty uudistamaan Suomessa jo 2000-luvun alusta lähtien. Valmisteluprosessi on kuitenkin edennyt hitaasti erilaisten poliittisten intressien ja perustuslaillisten ongelmien takia. (Kokko 2015, 40.) Sote-uudistuksen loppuun saattaminen on myös yksi pääministeri Sanna Marinin hallituksen tavoitteista. Uudistuksen päätavoitteina mainitaan kustannusten hillitsemisen ohella hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä palveluiden saatavuuden ja yhdenvertaisuuden parantaminen. (Valtioneuvosto 2020.)

2 Sosioekonominen asema ja terveyserot

Sosioekonomista asemaa tarkastellaan yleisesti koulutuksen, tulojen ja ammattiaseman kautta. Sosioekonominen ryhmittely kuvaa yhteiskunnan sosiaalista hierarkkisuutta, joka osaltaan määrittää yksilön alttiutta terveyttä heikentäville ja edistäville tekijöille. (Lynch & Kaplan 2000, 13–14, 21.) Näiden aineettomien ja aineellisten resurssien epätasainen jakautuminen vaikuttaa väestöryhmien välisten, epäoikeudenmukaisina pidettyjen terveyserojen syntyyn (Rotko & Manderbacka 2015, 118).

2.1 Sosioekonomisen aseman määrittäjät

Koulutus

Koulutus nähdään hyvänä osoittajana sosiaaliselle asemalle, sillä koulutustasoon ei liity vaihtelua tason saavuttamisen jälkeen. Sitä voidaan täten pitää yksilön pysyvänä ominaisuutena. (Kauhanen ym. 2013, 266.) Koulutus luo pohjan yhteiskunnan rakenteisiin kiinnittymiselle, sillä se vaikuttaa yksilön työmarkkina- ja ammattiasemaan. Työmarkkina- ja ammattiasema vaikuttavat edelleen yksilön taloudelliseen asemaan. (Lahelma, Rahkonen, Koskinen, Martelin & Palosuo 2007, 26.)

Korkean koulutuksen on todettu lisäävän myös terveyden lukutaitoa, jolla tarkoitetaan kykyä ymmärtää ja arvioida terveyteen liittyvää tietoa oman terveyden hoitoon, sairauksien ennaltaehkäisyyn ja terveyden edistämiseen liittyvissä asioissa (Eronen, Paakkari, Portegijs, Saajanaho & Rantanen 2019). Hyvä terveyden lukutaito on yhdistetty parempaan fyysiseen, psyykkiseen ja kognitiiviseen terveydentilaan.

Koulutustasoa voidaan mitata keskimääräisten koulutusvuosien määrällä tai korkeimmalla saavutetulla tutkinnolla (Lahelma & Rahkonen 2011, 47). Kansainvälisesti tarkasteltuna suomalaisen työikäisen väestön koulutustaso on maailman korkeimpia. Lisäksi OECD-maihin ja muihin eurooppalaisiin maihin verrattuna matalasti koulutetun väestön osuus on Suomessa alhainen. Korkeasti koulutettujen osuudessa ei myöskään ole suurta vaihtelua eri ikäryhmien välillä. (Kalenius 2014, 3–5.) Vuoden 2017 lopussa 15 vuotta täyttäneistä henkilöistä 72 prosenttia oli suorittanut perusasteen koulutuksen jälkeisen tutkinnon ja 31 prosenttia korkea-asteen tutkinnon. Naiset suorittavat korkea-asteen tutkinnon miehiä useammin. (Suomen virallinen tilasto 2017.)

Ammattiasema

Ammattiasema kuvaa selvimmin yksilön kiinnittymistä yhteiskuntarakenteisiin. Ammattiasema vaikuttaa yksilön terveyteen esimerkiksi työolojen ja työssä tapahtuvien altistumisten kautta. Lisäksi ammattiasema vaikuttaa yksilön palkka- ja tulotasoon, aineellisten resurssien ansaintamahdollisuuksiin ja täten elinoloihin. (Lahelma & Rahkonen 2011, 47–48.) Ammattiasema kuvaa myös yksilön vallan käytön mahdollisuuksia sekä sosiaalista statusta yhteiskunnassa. Se ilmentää tuloja ja koulutusta selkeämmin yksilön kokemaa sosiaalista arvostusta ja arvostuksen aikaansaamia positiivisia terveysvaikutuksia. Koetun terveyden on todettu olevan parempi henkilöillä, jotka työskentelevät korkeasti arvostetuissa ammateissa. (Fujishiro, Xu & Gong 2010.)

Ammattiaseman luokittelu perustuu yleisimmin ammattien luokitteluun. Tilastokeskuksen (2010) ammattiluokitus jakaa ammatit työn luonteen mukaisesti yhteentoista pääluokkaan, jotka jakautuvat edelleen yksityiskohtaisempiin ammattiluokkiin. Pääluokat jakautuvat esimerkiksi asiantuntija- ja toimistotehtäviin sekä suorittavaan työhön.

Tulot

Tulot ja taloudellinen asema kertovat yksilön aineellisen hyvinvoinnin tasosta, kulutusmahdollisuuksista sekä asumisolosta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Tulotasoa kuvataan kotitalouksien käytettävissä olevilla rahatuloilla (Karvonen, Kestilä & Mikkilä 2019, 47). Käytettävissä olevat rahatulot muodostuvat rahamääräisistä tuloeristä sekä työsuhteeseen liittyvistä luontoiseduista. Siinä huomioidaan palkkatulot, yrittäjätulot, omaisuustulot sekä saadut ja maksetut tulonsiirrot. (Tilastokeskus 2020.) Kotitalouksien toimeentuloeroja tarkasteltaessa kotitaloudet jaetaan usein tuloviidenneksiin tai tulokymmenyksiin kotitalouksien tulojen perusteella (Suomen virallinen tilasto 2011).

Yksilön tai kotitalouden tulotaso vaikuttaa terveyteen useiden tekijöiden kautta. Korkeampi tulotaso mahdollistaa asumisen terveellisissä elinolosuhteissa sekä terveellisempien ruokavalintojen tekemisen. (Laaksonen 2011, 190–193.) Lisäksi sen voidaan nähdä edesauttavan liikunnan harrastamisen mahdollisuuksia. Korkea tulotaso lisää myös mahdollisuutta hyödyntää yksityisiä terveyspalveluja julkisten palvelujen lisäksi. (Laaksonen 2011, 190–193.)

Suomessa pienituloiseksi luetaan henkilö, jonka kotitalouden käytettävissä olevat rahatulot ovat alle 60 prosenttia suomalaisesta mediaanitulosta (Suomen virallinen tilasto 2019).

Suomessa pienituloisimmat väestöryhmät ovat opiskelijat ja työttömät. Palkansaajilla pienituloisuus on puolestaan harvinaista.

2.2 Suomessa ilmenevät terveyserot

Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan sosioekonomisten väestöryhmien välillä ilmeneviä systemaattisia eroja sairastavuudessa, kuolleisuudessa ja koetussa terveydentilassa (Karvonen, Martelin, Kestilä & Junna 2017, 1–2). Terveyden eriarvoisuudella viitataan epäoikeudenmukaiseen ja vältettävissä olevaan terveyden vaihteluun, jonka taustalla vaikuttavat erityisesti yhteiskunnalliset tekijät. Suomalaisten elinikä ja yleinen terveydentila ovat viime vuosikymmenien aikana parantuneet. Tästä kehityksestä ovat kuitenkin hyötynneet enemmän hyväosaiset väestöryhmät, mikä on osaltaan vaikuttanut terveyserojen kasvuun. Suomessa terveyden vaihtelu on erityisen suurta koulutuksen, ammattiaseman ja tulojen mukaisesti määriteltujen sosioekonomisten ryhmien välillä. (Karvonen ym. 2017, 1–2.) Suomessa ilmenevät terveyserot ovat myös kansainvälisesti tarkasteltuna suuria, sillä ne ylittävät EU-maiden keskiarvon (OECD 2017, 4).

Sosiaalisen aseman vaikutusmekanismit terveyteen ja sairauteen ovat monimuotoisia ja mekanismien vaikutusta ei ole mahdollista selittää yksinkertaisilla selitysmalleilla. Terveyteen ja sairauteen sosiaalistutaan yksilöiden, ryhmien, yhteisöjen ja yhteiskuntien toiminnan tuottaman hyvin- ja pahoinvoinnin kautta. (Maunu 2014, 9–10.) Terveyden ja sosioekonomisen aseman välinen yhteys voidaan nähdä osittain myös kaksisuuntaisena. Alhainen sosioekonominen asema saattaa toimia riskitekijänä huonolle terveydentilalle. Toisaalta huono terveys voi heikentää yksilön tulokehitystä ja johtaa täten alhaisempaan sosioekonomiseen asemaan. (Karvonen ym. 2017, 9.) Sosioekonomiset terveyserot ilmenevät useilla terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueilla, kuten kuolleisuudessa, koetussa terveydessä, pitkäaikaissairastavuudessa, vakavissa mielenterveyden häiriöissä sekä suun terveydessä. (Koskinen, Martelin, Sainio, Heliövaara, Reunanen & Lahelma 2007, 74.)

Terveyskäyttäytyminen ja siihen liittyvät elintavat ovat tärkeimpiä terveyseroihin vaikuttavia tekijöitä. Alkoholin suurkulutukseen liittyvillä kuolemilla on ollut merkittävä vaikutus elinajanodotteen hitaaseen kasvuun alimmassa tuloryhmässä. (Tarkiainen, Martikainen, Laaksonen & Valkonen 2012.) Myös muissa elintavoissa, kuten alkoholin suurkulutuksessa, tupakoinnissa ja ruokatottumuksissa, on todettu sosioekonomisten väestöryhmien välisiä eroja erityisesti työikäisillä (Palosuo, Koskinen, Lahelma, Prättälä, Martelin, Ostamo ym.

2007, 3). Lisäksi suun omahoito on korkeasti koulutetuilla matalasti koulutettuja yleisempää (Pentala-Nikulainen, Koskela, Parikka, Kilpeläinen, Koskenniemi, Aalto ym. 2018).

Tuloryhmien välillä ilmenevä ero elinajanodotteessa on kasvanut Suomessa nopeasti (Tarkiainen ym. 2012). Alimman tuloviidenneksen elinajanodote on pysynyt melko stabiilina 1980-luvun lopusta lähtien. Muissa tuloryhmissä elinajanodotteen trendi on puolestaan ollut samalla ajanjaksolla nouseva. Alimman ja ylimmän tuloryhmän välinen ero elinajanodotteessa oli vuonna 1988 miehillä 7,4 vuotta ja naisilla 3,9 vuotta. Vuonna 2007 elinajanodotteen ero oli kasvanut miehillä 12,5 vuoteen ja naisilla 6,8 vuoteen. (Tarkiainen ym. 2012.)

Elinajanodotteeseen perustuvat kuolleisuuserot ovat kuitenkin hieman tasoittuneet 2010-luvulla. Miesten alimman ja ylimmän tuloryhmän välinen ero elinajanodotteessa kaventui 0,4 vuodella. Naisilla tuloryhmien välinen ero puolestaan kaventui 0,6 vuodella. (Tarkiainen, Martikainen, Peltonen & Remes 2017.) Yleisestä positiivisesta kehityksestä huolimatta, naisilla koulutusryhmien väliset kuolleisuuserot ovat kasvaneet 0,4 vuodella. Tärkeimmät syyt erojen kaventumiseen olivat alkoholikuolleisuuden, sekä tapaturmaisten ja väkivaltaisten kuolemien väheneminen alimmissa tuloryhmissä. (Tarkiainen ym. 2017.)

Ennenaikaista kuolleisuutta kuvaavan PYLL-indeksin (*Potential Years of Life Lost*) mukaan ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välinen ero on 11 532 vuotta 100 000 henkilöä kohti (Karvonen ym. 2017, 2–3). PYLL-indeksi kuvaa kuolemasta johtuvien, menetettyjen elinvuosien määrää elinajanodotteeseen nähden 100 000 asukasta kohti. Elinajanodotteeseen suhteutetut menetetyt elinvuodet ovat alimmassa tuloviidenneksessä yli kolmenkertaisia ylimpään tuloviidennekseen nähden. Ennenaikaisen kuolleisuuden eroista merkittävä osuus selittyy alkoholikuolemilla, verenkiertoelinsairauksilla, tapaturmaisilla kuolemilla sekä itsemurhilla. (Karvonen ym. 2017, 2–3, 12.)

Sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ilmenevät myös itse koetussa, subjektiivisessa terveydessä, joka ennustaa esimerkiksi kuolleisuutta ja laitoshoitoon päätymistä (Rahkonen, Talala, Sulander, Laaksonen, Lahelma, Uutela ym. 2007, 65–70). Työikäisten koettu terveys on yleisesti hieman kohentunut vuodesta 1980 lähtien, mutta koulutusryhmien välillä on havaittavissa eroja. Alhaisemman koulutuksen omaavat raportoivat terveytensä huonommaksi kuin ylemmän koulutuksen saaneet. Myös yksilön ammatti- ja työmarkkina-asemalla on vaikutus koettuun terveyteen, sillä työttömät kokevat terveytensä heikommaksi kuin työssäkäyvät. (Rahkonen ym. 2007, 65–70.) Matalasti

koulutetut kokevat myös suun terveytensä korkeasti koulutettuja harvemmin hyväksi tai melko hyväksi (Koponen, Borodulin, Lundqvist, Sääksjärvi & Koskinen 2018, 222). Alimmissa koulutusryhmissä pitkäaikaissairastavuus on muita ryhmiä yleisempää (Koskinen ym. 2007, 84), mutta yleisimpien vakavien kansantautien yleisyys ei eroa huomattavasti alimman ja ylimmän tuloviidenneksen välillä (Karvonen ym. 2017, 2–3).

3 Terveyspalvelujen rooli terveyseroissa

Terveyspalvelujen roolia ei voida rajata ainoastaan jo todettujen sairauksien hoitoon, sillä niiden avulla voidaan edistää väestön terveyttä myös ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä. Terveyspalveluilla voidaan lisäksi vaikuttaa terveyserojen suuruuteen kohdentamalla palvelujen käyttö ja saatavuus tarpeenmukaisesti. (Rotko & Manderbacka 2015, 120–121.)

3.1 Terveyspalvelujen vaikutus terveyteen ja terveyseroihin

Sosiaalisilla ja taloudellisilla ympäristötekijöillä on terveydenhuollon järjestelmää ja yksilöllistä terveyskäyttäytymistä suurempi vaikutus väestön terveydentilaan ja elinajanodotteeseen (Hood, Gennuso, Swain & Catlin 2016). Sosioekonomisten tekijöiden merkitys väestön terveyteen on keskimäärin 40 prosenttia. Terveydenhuollon merkitystä terveyteen ei voida kuitenkaan väheksyä, sillä kliinisen hoidon merkitys väestön kokonaisterveydentilaan on keskimäärin 20 prosenttia. (Hood ym. 2016.)

Suomessa ja useissa muissa kehittyneissä Euroopan maissa lapsikuolleisuutta sekä keski-ikäisten ja ikääntyneiden kuolleisuutta on onnistuttu vähentämään 1980-luvulta lähtien tehokkaan terveydenhuoltojärjestelmän avulla (Nolte & McKee 2004, 63–94). Lääketieteellisten hoitojen kehittyminen ja tehostuminen on vähentänyt merkittävästi muun muassa sydäninfarkteihin, aivohalvauksiin ja syöpiin liittyvää tapauskuolleisuutta (Kauhanen ym. 2003, 120). Elinajanodotteen kasvun ja tautikohtaisen tapauskuolleisuuden vähenemisen lisäksi terveydenhuoltojärjestelmällä ja sen rakenteilla voidaan edesauttaa sosioekonomisten ryhmien välisten terveyserojen kaventamista ja täten yleisen kansanterveyden kohenemistä (Manderbacka ym. 2017, 1).

Terveydenhuollon merkitystä terveyteen ja terveyseroihin voidaan tarkastella myös vältettävissä olevalla kuolleisuudella, joka kuvaa oikea-aikaisella, vaikuttavalla ja tehokkaalla lääketieteellisellä hoidolla vältettävien kuolemien määrää (Nolte & McKee 2004, 16). Suomessa vältettävissä oleva kuolleisuus on yleisesti ottaen vähentynyt vuosien 1992 ja 2008 välillä, mutta erot sosioekonomisten ryhmien välillä ovat kasvaneet sekä perus- että erikoissairaanhoidossa hoidettavien kuolemansyiden osalta (Lumme, Sund, Leyland & Keskimäki 2012). Matalatuloisilla vältettävissä oleva kuolleisuus on selvästi korkeatuloisia yleisempää. Suomessa matalatuloiset kuolevat täten korkeatuloisia useammin hoidettavissa olevaan sairauteen. (Lumme ym. 2012.) Tulojen lisäksi myös työttömyyden ja yksin asumisen on todettu lisäävän vältettävissä olevan kuoleman riskiä. Sosiaaliryhmien

välisiä terveyseroja on mahdollista kaventaa terveyspalvelujen hyvällä saatavuudella ja tarpeen mukaisella käytöllä. Täten perusterveyspalvelujen saatavuuden tulee olla erityisen hyvä niissä ryhmissä, joiden riski sosiaaliseen ja taloudelliseen köyhyyteen on suuri. (Manderbacka, Arffman, Sund & Karvonen 2014b.)

Terveyspalvelujen saatavuuteen vaikuttavat monet tekijät, jotka liittyvät sekä terveydenhuoltojärjestelmän rakenteisiin että potilaan yksilöllisiin ominaisuuksiin. Nämä tekijät saattavat vaikuttaa eri tavoin eri väestöryhmien mahdollisuuksiin hakeutua tarvitsemiensa palvelujen piiriin. (Allin & Masseria 2009.) Yksilön käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi potilaan ikä, sosioekonominen asema, aiemmat kokemukset terveyspalveluista sekä oma arvio hoidolla saavutettavista hyödyistä (Allin & Masseria 2009). Terveydenhuoltojärjestelmän rakenteelliset tekijät koostuvat puolestaan useista systeemi- ja hoitotason osatekijöistä. Systeemitason tekijät vaikuttavat yleisellä tasolla terveyspalvelujen saatavuuteen ja kattavuuteen. Hoitotason tekijät vaikuttavat diagnoosin ja hoidon saatavuuteen, oikea-aikaisuuteen ja sensitiivisyyteen. (Nolte & McKee 2004, 18.) Terveyspalvelujärjestelmän rakenteellisia saatavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi pakollisen sairausvakuutuksen kattavuus ja asiakasmaksut, hoitojonot, hoidon laatu ja potilaiden kohtelu järjestelmässä (Allin & Masseria 2009).

3.2 Palvelujen oikeudenmukainen käyttö ja saatavuus

Oikeudenmukaisessa terveyspalvelujärjestelmässä palvelujen käyttö ja saatavuus kohdentuvat todellisen hoidon tarpeen mukaisesti (Guinness & Wisemann 2011, 252–253). Terveyspalvelun tarvetta on mahdollista arvioida subjektiivisesta ja objektiivisesta näkökulmasta. Objektiivinen asiantuntijan arvioon perustuva, lääketieteellisesti todettu palvelun tarve pohjautuu diagnosoituun sairauteen ja sairauden vaikeusasteeseen. Ennaltaehkäisevissä terveyspalveluissa puolestaan painotetaan yksilön sairastumisriskin suuruutta. Subjektiivinen tarve tarkoittaa yksilön tai potilaan omaa kokemusta terveyspalvelun tarpeesta. Siinä painottuvat lääketieteellistä näkemystä voimakkaammin erityisesti yksilön arvomaailmaan liittyvät kokemukset. (Vuorenkoski & Saarni 2006, 38.)

Oikeudenmukaisuuden toteutumista terveyspalvelujen käytössä voidaan tarkastella horisontaalisen ja vertikaalisen oikeudenmukaisuuden käsitteiden kautta. Horisontaalisella oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan tilannetta, jossa samanlaisesta terveysongelmasta kärsivät ihmiset saavat samanlaista apua ja hoitoa. (Teperi 2006, 9.) Vertikaalisella oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan puolestaan erilaisten terveysongelmien

tarkoituksenmukaista erilaista kohtelua. Horisontaalisen oikeudenmukaisuuden perusajatuksen mukaisesti sosioekonomisen aseman ei tule vaikuttaa terveystalouden käyttöön tai laatuun, vaan jokainen hoitoa tarvitseva saa tuloista, koulutuksesta tai ammattiasemasta riippumatta samanlaisen terveysongelmaan samanlaista hoitoa. (Teperi 2006, 9.)

Terveystalouden oikeudenmukaisuudelle on luotu Suomessa vahva lainsäädännöllinen perusta. Suomen perustuslain (731/1999, 19 §) mukaisesti ”Julkinen valta on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudet ja edistettävä väestön terveyttä”. Terveydenhuoltolain (1326/2010, 2 §) tavoitteena on puolestaan ”kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja” ja ”toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta”.

Suomalaisessa terveystaloudenjärjestelmässä voidaan kuitenkin tunnistaa terveystalouden oikeudenmukaista käyttöä ja saatavuutta heikentäviä rakenteellisia tekijöitä (Manderbacka ym. 2017, 1–2). Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on perinteisesti jakautunut kolmeen kokonaisuuteen; julkiseen perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon, työterveyshuoltoon sekä yksityisiin terveystalouksiin (Kauhanen ym. 2013, 234). Sosioekonominen asema vaikuttaa yksilöiden mahdollisuuksiin hyödyntää eri palvelukanavia, sillä järjestelmissä voidaan tunnistaa erilaisia käytön mahdollisuuksia rajoittavia tekijöitä. Ainoastaan terveyskeskusten tarjoamat avoterveydenhuollon palvelut voidaan nähdä aidosti universaaleina, kaikille kansalaisille avoimina terveystalouksina. Terveystalouksien asiakasmaksut ovat pääsääntöisesti yksityisen sektorin asiakasmaksuja alhaisemmat, jolloin ne eivät rajoita pienituloisten palvelujen käyttöä yhtä voimakkaasti kuin yksityisen sektorin suuret asiakasmaksut. Oikeus terveystalouksiin ei myöskään ole riippuvainen henkilön työmarkkina-asemasta. (Manderbacka ym. 2017, 1–2.)

Terveystalouden saatavuutta mitataan usein pelkällä palvelujen käytön määrällä. Oikeudenmukaisuuden näkökulmasta tämänkaltainen mittaustapa on kuitenkin ongelmallinen, sillä käytön tarkastelu ei tuo esiin palvelurakenteista johtuvia käyttöä estäviä tai edistäviä tekijöitä. (Manderbacka, Muuri, Keskimäki, Kaikkonen & Elovainio 2012.) Kyseiset tekijät saattavat vaikuttaa yksilön halukkuuteen ja mahdollisuuteen hakeutua tarvitsemiinsa terveydenhuollon palveluihin. Tämän vuoksi sosioekonomisten ryhmien välisiä palvelujen käyttöeroja on toisinaan mielekkäämpää tarkastella tyydyttämättömällä

palvelutarpeella, joka kuvaa yksilön omakohtaista kokemusta tarvitsemansa terveyspalvelun riittävydestä. (Manderbacka ym. 2012.)

Terveyspalvelujen käytön horisontaalista oikeudenmukaisuutta voidaan arvioida konsentraatio- eli oikeudenmukaisuusindeksillä, joka kuvaa terveyspalvelujen käytössä ilmenevää tuloihin ja palvelutarpeeseen liittyvää eriarvoisuutta (van Doorslaer, Masseria & Koolman 2006). Indeksien arvo vaihtelee välillä -1 ja 1. Indeksien saadessa arvon 0, palvelujen käyttö vastaa tarvetta ja käyttö jakautuu tulojen suhteen tasavertaisesti. Tällöin voidaan puhua horisontaalisesta oikeudenmukaisuudesta. Kun indeksien arvo on positiivinen, palvelujen käyttö painottuu ylempiin tuloryhmiin hoidon tarpeeseen suhteutettuna. Vastaavasti arvon ollessa negatiivinen, palvelujen käyttö painottuu alempiin tuloryhmiin hoidon tarpeeseen suhteutettuna. (van Doorslaer ym. 2006.)

4 Somaattisten terveysten palvelujen käyttö ja saatavuus

Somaattisten terveysten palvelujen käytön ja saatavuuden jakautumista sosioekonomisten ryhmien välillä tarkastellaan tässä luvussa avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen, somaattisen erikoissairaanhoidon sekä suun terveydenhuollon palvelujen kautta. Tarkastelu aloitetaan avohoidon lääkäripalveluista, sillä niiden eriarvoisen jakautumisen on arvioitu johtavan lähetekäytäntöjen kautta eriarvoisuuteen myös erikoissairaanhoidossa tehtävissä toimenpiteissä sekä erikoissairaanhoidon sairaalapalveluissa (Keskimäki 2010).

4.1 Avohoidon lääkäripalvelut

Avohoidon lääkäripalveluilla tarkoitetaan avohoidon yksikköön tehtyjä lääkärikäyntejä, joihin lukeutuvat myös poliklinikkakäynnit (Martikainen & Järvelin 2019, 17). Avoterveydenhuollon palveluja tarjoavat terveyskeskukset, yksityiset palveluntarjoajat sekä työterveyshuolto (Manderbacka ym. 2017, 1). Vuonna 2018 Suomessa tehtiin 6,4 miljoonaa terveyskeskuslääkärikäyntiä. Terveyskeskusten palveluja käytti kaikkiaan 3,8 miljoonaa asiakasta, mikä tarkoittaa lähes 70 prosenttia koko väestöstä. (Mölläri, Saukkonen & Forsell 2019.) Vuonna 2017 yli 1,5 miljoonaa suomalaista sai Kelalta korvauksia yksityislääkärikäynneistä. Näistä käynneistä 80 prosenttia oli erikoislääkärikäyntejä. Työikäisillä yksityislääkäripalvelujen käyttö on kuitenkin vähentynyt koko 2010-luvun ajan. Työterveyshuollon piiriin kuului vuonna 2015 noin 88 prosenttia palkansaajista. (Mikkola 2018.)

FinTerveys 2017 -kyselytutkimuksen (Koponen ym. 2018, 223) mukaan vuoden aikana lääkärin vastaanotolla käyneiden osuudet vaihtelivat koulutustason mukaan. Korkeasti koulutetuista naisista 79,2 prosenttia ja perusasteen koulutuksen saaneista naisista 73,5 prosenttia ilmoitti käyneensä lääkärin vastaanotolla viimeisen vuoden aikana. Korkeakoulutetuilla miehillä osuus oli 71,9 prosenttia ja perusasteen koulutuksen saaneilla miehillä 69,8 prosenttia. Naisilla ero oli siis hieman miehiä suurempi. (Koponen ym. 2018, 223.)

Tuloviidenneksittäin tarkasteltuna avohoidon lääkäripalvelujen käyttö jakautuu miehillä ja naisilla melko tasaisesti tuloryhmien välillä, mikäli tarvetta ei oteta huomioon (Manderbacka ym. 2017, 2.) Tulot vaikuttavat kuitenkin palvelun tarjoajan valintaan, sillä tulojen kasvaessa terveyskeskuskäynnit vähenevät ja työterveyslääkärin käynnit lisääntyvät. Yksityisten lääkäripalvelujen käyttöaste on suurin ylimmässä tuloviidenneksessä. (Kajantie 2014.)

Palvelusektorin valintaan vaikuttaa tulotason lisäksi myös koulutustaso. FinTerveys 2017 -kyselytutkimuksen (Koponen ym. 2018, 223) mukaan korkeasti koulutetuista naisista 46,8 prosenttia ja perusasteen koulutuksen saaneista naisista 73,7 prosenttia ilmoitti ensisijaiseksi hoitopaikakseen terveyskeskuksen lääkäripalvelut. Korkeasti koulutetuilla miehillä osuus oli 40,2 prosenttia ja perusasteen koulutuksen saaneilla miehillä 67,5 prosenttia. Vastaavasti korkeasti koulutetut ilmoittivat perusasteen koulutuksen saaneita useammin ensisijaiseksi hoitopaikakseen yksityisen lääkäriaseman. Työssäkävivistä 18-69-vuotiaista työterveyshuollon ensisijaiseksi hoitopaikakseen ilmoitti korkeakoulutetuista naisista 61,3 prosenttia ja perusasteen koulutuksen saaneista naisista 45,4 prosenttia. Korkeakoulutetuilla miehillä vastaava osuus oli 63,9 prosenttia ja perusasteen koulutuksen saaneilla miehillä 47,5 prosenttia. (Koponen ym. 2018, 223.)

Sosiaaliryhmien välinen eriarvoisuus tulee näkyväksi, kun terveystalouden käyttöä tarkastellaan palvelun tarpeen näkökulmasta oikeudenmukaisuusindeksin avulla. Häkkisen ja Nguyenin (2010) mukaan yksityis- ja työterveyslääkäripalvelujen käyttö vaikuttaa merkittävästi lääkäripalvelujen käytössä ilmenevään hyvätuloinen suosivaan eriarvoisuuteen. Pienituloiset käyttävät tarpeeseen nähden suurituloisia enemmän terveyskeskuslääkäripalveluja. Suurituloiset käyttävät puolestaan tarpeeseen nähden muita enemmän työterveyslääkäripalveluja sekä yksityisiä lääkäripalveluja. Lääkäripalvelujen käytössä ilmenevä tuloryhmittäinen eriytyminen on pysynyt melko muuttumattomana 1980-luvulta lähtien. Kehitystä on kuitenkin tapahtunut, sillä työterveyshuollon lääkäripalvelujen käyttö on muuttunut tasa-arvoisemmaksi suuri- ja pienituloisten välillä. Kaikkien lääkärikäyntien osalta suurituloiset käyttävät kuitenkin edelleen tarpeeseen nähden muita enemmän palveluja. (Häkkinen & Nguyen 2010.)

Julkisen avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen osalta tyydyttämättömän palvelutarpeen on osoitettu olevan sitä yleisempää, mitä enemmän yksilöllä on vaikeuksia tulojen riittävydessä (Manderbacka ym. 2012). Yhteys todettiin sekä työikäisillä, että yli 60-vuotiailla henkilöillä. Yksilön koulutusasteella ei sen sijaan todettu olevan samankaltaista yhteyttä tyydyttämättömään palvelutarpeeseen. Tyydyttämätön palvelutarve kohdistui myös selkeimmin heihin, jotka kokivat terveydentilansa huonoksi tai melko huonoksi. (Manderbacka ym. 2012.)

Samankaltaisia tuloksia on saatu myös FinSote -tutkimuksessa (Pentala-Nikulainen ym. 2018), jonka mukaan matalan koulutustason omaavat miehet ja naiset kokivat saaneensa lääkärin vastaanottopalveluita riittämättömästi tarpeeseen nähden useammin kuin korkean

koulutustason omaavat henkilöt. Koko väestön tasolla matalan koulutustason omaavista 18,2 prosenttia ja korkean koulutustason omaavista 12,5 prosenttia ilmoitti saaneensa riittävästi lääkäripalveluja. (Pentala-Nikulainen ym. 2018.)

Häkkinen ja Nguyen (2010) ovat tarkastelleet sairaaloiden poliklinikkakäyntien oikeudenmukaisuutta konsentraatioindeksillä vuosien 1987 ja 2009 välillä. Tutkimuksen mukaan sairaaloiden poliklinikkakäynnit jakautuvat nykyisin hoidon tarpeeseen nähden melko tasaisesti tuloluokkien välillä. Vuonna 1987 poliklinikkakäynneissä oli nähtävissä selvää hyvätulaisia suosivaa eriarvoisuutta. Eriarvoisuus kuitenkin tasaantui selvästi vuosien 1987 ja 2000 välillä. Tulokset osoittavat, että vuodesta 2000 lähtien hyvätulaisia suosiva eriarvoisuus on tasaantumisen jälkeen hieman lisääntynyt. (Häkkinen & Nguyen 2010.)

Perusterveyspalvelujen käytössä ja saatavuudessa ilmenevä eriarvoisuus on Suomessa kansainvälisesti tarkasteltuna suurta (OECD 2019, 108–111). OECD-maissa perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen käytössä hyvätulaisia suosiva eriarvoisuus on suurinta Suomessa ja Yhdysvalloissa, joissa ylimmän ja alimman tulokvintiilin ero lääkärikäynnin tarvehuomioidussa todennäköisyydessä on yli 15 prosenttia. Suomi on 27 OECD-maista kaikista eriarvoisin perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen käytön osalta. Muissa Pohjoismaissa ylimmän ja alimman tulokvintiilin väliset erot ovat huomattavasti pienempiä, sillä ne jäävät alle viiden prosentin. Sosioekonomiset erot ovat Suomessa muihin OECD-maihin verrattuna suuria myös tyydyttämättömän terveystarpeen osalta. Tuloluokkien välinen eriarvoisuus terveystarpeen saatavuudessa on suurinta Suomessa, Italiassa ja Portugalissa. Ylimmän ja alimman tulokvintiilin ero on Suomessa noin 15 prosenttia. (OECD 2019, 108–111.)

EU-maiden välisessä tarkastelussa kustannuksista, hoitajanoista ja välimatkasta johtuva tyydyttämätön hoidon tarve on Suomessa selvästi yli EU-maiden keskitason (Keskimäki, Tynkkynen, Reissell, Koivusalo, Syrjä, Vuorenkoski ym. 2019, 142–143.). Tyydyttämätön hoidontarve on Suomessa suurempaa ainoastaan Virossa, Kreikassa, Latviassa ja Romaniassa. Parhaiten EU-maista sijoittuvat Itävalta, Alankomaat ja Espanja. Pitkät hoitojonot aiheuttavat Suomessa selvästi suurimman osan tyydyttämättömästä hoidon tarpeesta.

4.2 Erikoissairaanhoido

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan sairaaloissa tapahtuvaa erikoislääkärin suorittamaa tutkimusta ja hoitoa. Tällaiseksi luetaan esimerkiksi kirurgiset leikkaustoimenpiteet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.) Vuonna 2018 erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitojaksoja oli 723 000 ja potilaita 464 000 (Martikainen & Järvelin 2019, 1). Päiväkirurgisia hoitokäyntejä tehtiin 204 000. Vuodeosastohoidon hoitojaksojen ja potilaiden määrä on vähentynyt vuosien 2009-2018 välillä 7 prosenttia. Avohoidon käyntien määrä kasvoi samalla aikavälillä 37 prosenttia ja potilaiden määrä 21 prosenttia. Potilaita hoidetaan siis enenevässä määrin erikoissairaanhoidon avohoidossa. (Martikainen & Järvelin 2019, 1.)

Somaattisen erikoissairaanhoidon jakautumista on tutkittu myös vertaamalla kohorttitutkimuksessa sairaalahoidon riskiä eri tuloluokkien välillä. Rekisteriaineistoon perustuva data kerättiin vuosilta 1995–2010. (Manderbacka, Arffman & Keskimäki 2014a.) Erikoissairaanhoidon kokonaiskäyttö väheni tasaisesti koko tarkastelujakson ajan. Tuloluokkien välinen vertailu osoitti, että sairaalahoidon riski kasvoi systemaattisesti tulojen pienentyessä sekä miehillä että naisilla. Samankaltainen yhteys havaittiin myös ei-kirurgisessa hoidossa, jossa suhteellinen riski sisäänotolle oli alimmassa tulokvintiilissä kaksi kertaa suurempi kuin ylimmässä tulokvintiilissä. Ei-kirurgisessa hoidossa sosioekonomiset erot myös lisääntyivät koko tarkastelujakson ajan. Kirurgisissa hoitojaksoissa tuloryhmien välillä ei sen sijaan havaittu merkittäviä eroja. Miehillä kirurgisen hoidon osuus lisääntyi tarkastelujaksolla kahdessa ylimmässä tulokvintiilissä, vaikka muissa tulokvintiileissä osuudet säilyivät lähes ennallaan tai laskivat. Kokonaisuudessaan erikoissairaanhoidon käyttö jakautui kuitenkin sairastavuuden, eikä tulojen mukaisesti. Tutkimuksessa ei huomioitu hoidon tarvetta. (Manderbacka ym. 2014a.)

Erikoissairaanhoidon käytön jakaumista sosioekonomisten ryhmien välillä on mahdollista tarkastella myös yksittäisten toimenpiteiden kautta. Hetemaa (2014) on tutkinut tehtyjen sepelvaltimotoimenpiteiden sosioekonomisia eroja vuosien 1988-1996 ajalta. Tutkimuksessa havaittiin, että korkeassa sosioekonomisessa asemassa oleville tehtiin tarpeeseen nähden enemmän sydäntoimenpiteitä kuin matalassa sosioekonomisessa asemassa oleville. Erot todettiin sekä miehillä että naisilla kaikilla sosioekonomisen aseman indikaattoreilla, eli koulutustasolla, ammattiasemalla ja tulotasolla tarkasteltuna. Lisäksi korkeammassa sosiaalisessa asemassa olevat saivat hoitoa muita ryhmiä nopeammin.

Sydänperäinen kuolleisuus oli myös yleisempää matalissa sosioekonomisissa ryhmissä. (Hetemaa 2014.)

Suomalaiseen ja norjalaiseen rekisteritietoon perustuvassa tutkimuksessa (Hagen, Häkkinen, Iversen, Klitkou & Moger 2015) selvitettiin, johtaako sydäninfarktipotilaiden sydäntoimenpiteiden eriarvoinen saatavuus eriarvoisuuteen kuolleisuudessa. Tutkimuksessa todettiin, että Suomessa korkea tulo- ja koulutustaso lisäsivät hieman sydäninfarktipotilaiden todennäköisyyttä saada pallolaajennustoimenpide. Toimenpiteiden eriarvoisuus ei kuitenkaan selittänyt sydäninfarktipotilaiden kuolleisuudessa ilmeneviä sosioekonomisia eroja. (Hagen ym. 2015.)

Manderbacka, Arffman, Leyland, McCallum ja Keskimäki (2009) selvittivät vuosien 1992–2003 ajalta kerätyn sairaaladatan perusteella tiettyjen yleisten kirurgisten toimenpiteiden jakautumista sosioekonomisten ryhmien välillä. Tarkoituksena oli arvioida hoidon saatavuutta eri tuloryhmissä. Tarkasteltujen kirurgisten toimenpiteiden määrä kasvoi yleisesti tarkastelujaksolla. Erityisesti sepelvaltimoiden revaskularisaatiot, primaarit polven tekonivelleikkaukset ja kaihileikkaukset lisääntyivät sekä miehillä että naisilla. Tuloryhmien väliset erot tehdyissä toimenpiteissä olivat selvempiä miehillä kuin naisilla. Tutkimuksessa havaittiin, että konsentraatioindeksillä tarkasteltuna hyvätuloisia suosiva eriarvoisuus väheni tarkastelujaksolla miesten osalta sepelvaltimoiden revaskularisaatioissa, kaihileikkauksissa sekä polven tekonivelleikkauksissa. Välilevyleikkauksissa sekä kohdunpoistoleikkauksissa havaittiin selvää hyvätuloisia suosivaa eriarvoisuutta koko tarkastelujakson ajan. (Manderbacka ym. 2009.)

4.3 Suun terveydenhuolto

Vuonna 2018 Suomessa tehtiin 5,1 miljoonaa suun terveydenhuollon käyntiä. Suun terveydenhuollon asiakkaita oli kaiken kaikkiaan 1,9 miljoonaa ja käynneistä 35 prosenttia kohdistui terveyskeskusten suun terveydenhuollon palveluihin. 71,7 prosenttia käynneistä tehtiin hammaslääkärille ja 21,6 prosenttia suuhygienistille. (Mölläri ym. 2019.)

Suomalaisten hammaslääkäripalvelujen käyttö on yleisesti ottaen lisääntynyt 1970-luvulta lähtien kaikilla koulutusasteilla (Raittio, Kiiskinen, Helminen, Aromaa & Suominen 2014). FinTerveys 2017 -tutkimuksen (Koponen ym. 2018, 223) mukaan perusasteen koulutuksen saaneista miehistä 36,3 prosenttia ja korkea-asteen koulutuksen saaneista miehistä 61,3 prosenttia käy säännöllisesti hammaslääkärin tarkastuksessa. Naisilla säännöllisiin

tarkastuksiin osallistuvien osuus on perusasteen koulutuksen saaneilla 43,6 prosenttia ja korkea-asteen koulutuksen saaneilla 75,3 prosenttia. (Koponen ym. 2018, 223.) Terveyskeskuksen hammaslääkäripalvelujen käytössä ei ilmene merkittäviä koulutusasteen välisiä eroja (Koponen ym. 2018, 223). Yksityisten hammaslääkäripalvelujen käyttö on sen sijaan selvästi yleisempää korkea-asteen koulutuksen saaneilla miehillä ja naisilla. Perusasteen koulutuksen saaneet miehet ja naiset ilmoittavat korkean hinnan hammaslääkärikäynnin esteeksi selvästi korkeasti koulutettuja useammin. (Koponen ym. 2018, 223.)

Hammaslääkäripalvelujen käyttö on jakautunut melko pysyvästi julkiseen ja yksityiseen sektoriin (Nguyen 2011). Hyvätuloiset käyttävät enemmän yksityisiä hammashoidon palveluja ja matalatuloiset puolestaan julkisia palveluja. Hammaslääkärikäynneissä on havaittu vuosien 1987 ja 2009 välillä erityisesti hyvätulaisia suosivaa eriarvoisuutta. Hyvätuloiset siis käyttävät hammashoidon palveluja arvioituun tarpeeseen nähden matalatuloisia enemmän. (Nguyen 2011.)

Suomessa toteutettiin vuosina 2001–2002 hammashoitouudistus, jonka tavoitteena oli parantaa hammashoitopalvelujen tasa-arvoista ja oikeudenmukaista käyttöä ja saatavuutta. Uudistuksen seurauksena koko väestö sai oikeuden yksityishammaslääkärin antamasta hoidosta saatuun sairausvakuutuskorvaukseen, jolloin myös ennen vuotta 1957 syntyneet pääsivät julkisesti tuetun hammashoidon piiriin. Uudistuksella haluttiin lisätä ennen kaikkea palvelujen tarpeenmukaista käyttöä ja saatavuutta. (Widström & Mikkola 2008, 147–149.)

Uudistuksen on kuitenkin todettu lisänneen palvelujen käytön ja saatavuuden oikeudenmukaisuutta varsin vähän (Nguyen 2011). Hammashoitouudistuksen ja vuonna 2005 voimaan astuneen hoitotakuun seurauksena suun terveystalvelujen kokonaiskäyttö lisääntyi vain hieman vuosien 2000 ja 2011 välillä. Sen sijaan terveystalvelukeskushammaslääkärillä käyminen lisääntyi hammashoitouudistuksen myötä niissä ikäryhmissä, jotka pääsivät julkisesti tuetun hammashoidon piiriin. (Suominen, Helminen, Lahti, Vehkalahti, Knuuttila, Varsio ym. 2017.) Sosioekonomiset erot suun terveystalvelujen käytössä säilyivät lainsäädännöllisten uudistusten jälkeen lähes muuttumattomina (Suominen ym. 2017). Korkeatuloiset käyttävät muita enemmän ja säännöllisemmin suun terveystalveluja ja erityisesti yksityisiä hammaslääkäripalveluja. Korkeatuloisuus, korkea koulutustaso ja hoidon kustannus vähensivät täten todennäköisyyttä käyttää terveystalvelukeskushammaslääkäriä. Koettu hoidon tarve puolestaan vähensi

hammaslääkärikäynnin todennäköisyyttä molemmilla palvelusektoreilla. (Suominen ym. 2017.)

Raittio, Lahti, Kiiskinen, Helminen, Aromaa ja Suominen (2015b) ovat selvittäneet konsentraatioindeksin avulla hammashoitouudistuksen vaikutuksia hammashoitopalvelujen käyttöön Kansaneläkelaitoksen ja Kansanterveyslaitoksen vuosina 2001, 2004 ja 2007 keräämillä väestökyselyaineistoilla. Tutkimuksessa todettiin, että suun terveyteen liittyvä elämänlaatu parani yleisesti ottaen vuosien 2001 ja 2007 välillä. Suun terveystalvelujen käytön merkitys suun terveyden eriarvoisuuteen todettiin kuitenkin tarkastelujaksolla varsin pieneksi. Sen sijaan tulot, yleinen terveydentila ja puuttuvien hampaiden lukumäärä selittivät suurimman osan tuloihin liittyvästä suun terveyden eriarvoisuudesta. (Raittio ym. 2015b.)

Raittio, Kiiskinen, Helminen, Aromaa ja Suominen (2015a) selvittivät saman aineiston pohjalta suun terveystalvelujen käyttöä ja käytön oikeudenmukaisuutta konsentraatioindeksillä ja sen muunnoksilla. Vuosien 2001 ja 2007 välillä hammashoidon palvelujen käyttö lisääntyi yleisesti. Kasvua esiintyi erityisesti julkisen sektorin palvelujen käytössä. Palvelujen käyttö kasvoi merkittävästi alimmassa, toisessa ja neljännessä tulokvintiilissä. Tutkimuksessa havaittiin, että tarve huomioiden julkisen sektorin palveluja käyttivät enemmän matalatuloiset ja yksityisiä palveluja hyvätuloiset. Julkisen sektorin palvelujen käyttö muuttui hammashoidon uudistuksen seurauksena tarveperusteisemmaksi, mutta eriarvoisuus palvelujen käytössä säilyi. Suun terveystalvelujen kokonaiskäytössä havaittiin enemmän hyvätulaisia suosivaa eriarvoisuutta, mikä ei selittänyt hyvätuloisten hammashoidon suuremmalla tarpeella. (Raittio ym. 2015a.)

5 Pohdinta

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tarkastella, miten somaattisten terveyspalvelujen saatavuus ja käyttö jakautuvat Suomessa sosioekonomisten ryhmien välillä. Tarkasteltaviksi palvelukokonaisuuksiksi rajattiin avohoidon lääkäripalvelut, erikoissairaanhoidon sairaalahoito sekä suun terveydenhuolto. Työssä tarkasteltiin kyseisten palvelujen käyttöastetta sekä niiden tarpeenmukaista kohdentumista oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Tarpeenmukaista kohdentumista tarkasteltiin erityisesti siitä syystä, että pelkän käyttöasteen perusteella on mahdotonta arvioida palvelujen käytön ja saatavuuden oikeudenmukaista jakautumista sosioekonomisten ryhmien välillä. Eriarvoisuudesta on kyse silloin, kun palvelujen käyttö ja saatavuus eivät jakaudu tarpeenmukaisesti sosioekonomisten ryhmien välillä.

Tutkimustulosten mukaan avohoidon lääkäripalveluissa, tietyissä erikoissairaanhoidon toimenpiteissä sekä suun terveydenhuollon palveluissa ilmenee erityisesti hyvätuloisia ja korkeasti koulutettuja suosivaa eriarvoisuutta. Hyvätulaiset ja korkeasti koulutetut käyttävät palveluja tarpeeseen nähden muita sosioekonomisia ryhmiä enemmän. Tyydyttämätön terveyspalvelujen tarve painottuu etenkin alimpiin sosioekonomisiin ryhmiin.

Tulosten mukaan tulotaso ja koulutusaste vaikuttavat lisäksi palvelusektorin valintaan, sillä hyvätulaiset ja korkeasti koulutetut käyttävät muita useammin yksityisiä lääkäripalveluja sekä työterveyshuollon palveluja. Matalasti koulutetut ja matalatuloiset käyttävät puolestaan muita useammin terveyskeskuslääkärin palveluja. Erikoissairaanhoidon kokonaiskäyttö jakautuu yleisen sairastavuuden mukaisesti, eli alemmat sosioekonomiset ryhmät ovat sairaalahoidossa muita useammin. On kuitenkin huomattava, että erikoissairaanhoidon kokonaiskäytön jakautumista tarkasteltiin ainoastaan käyttöasteen perusteella, jolloin hoidon tarvetta ei otettu arviossa huomioon. Kyseinen tutkimus (Manderbacka ym. 2014a) ei välttämättä anna riittävää kuvaa erikoissairaanhoidon käytön oikeudenmukaisesta jakautumisesta. Kirjallisuuskatsaus vahvisti aiemmin esitettyjä näkemyksiä siitä, että pelkän käyttöasteen tarkastelu saattaa aliarvioida terveyspalvelujen käytössä ja saatavuudessa ilmenevää eriarvoisuutta.

Useissa terveyspalvelujen käyttöön ja saatavuuteen liittyvissä tutkimuksissa arvio terveyspalvelun ja hoidon tarpeesta perustuu tutkimukseen osallistuneiden subjektiiviseen mielipiteeseen omasta terveydentilasta tai hoidon tarpeesta (esim. Manderbacka ym. 2012; Pentala-Nikulainen ym. 2018). Itse koettu terveys nähdään yleisesti hyvänä indikaattorina

terveydentilalle ja täten terveystutkimuksen tarpeelle, minkä vuoksi se on yleisesti käytetty mittari terveystutkimuksissa (Rahkonen ym. 2007, 65). Subjekttiivisen arvion luotettavuus on kuitenkin usein kyseenalaistettu, sillä se kuvaa ainoastaan yksilön omaa kokemusta terveydentilastaan. Useat tutkimukset (esim. Benjamins, Hummer, Eberstein & Nam 2004; Jylhä 2009; Månsson & Råstam 2001) ovat kuitenkin osoittaneet, että koettua terveyttä voidaan pitää varsin luotettavana osoittimenä myös objektiiviselle, ulkopuolisen asiantuntijan määrittämälle terveydentilalle. Täten kirjallisuuskatsauksessa hyödynnettyjä kyselyaineistoihin perustuvia tutkimuksia voidaan pitää tältä osin varsin luotettavina. Pelkkään rekisteriaineistoon perustuvissa tutkimuksissa palvelun tarpeen arviointi saattaa sen sijaan jäädä joiltakin osin puutteelliseksi. Toisaalta kyselytutkimuksista saattaa jäädä uupumaan oleellista informaatiota, koska kaikki tutkimukseen kutsutut eivät osallistu tutkimukseen.

Tutkimustulokset tukevat aiemmin esitettyä näkemystä siitä, että suomalaisessa terveystaloudessa on useita palvelujen käyttöä ja saatavuutta estäviä ja edistäviä rakenteellisia tekijöitä (esim. Häkkinen & Nguyen 2010; Koponen ym. 2018; Nguyen 2011). Terveystalouden, työterveyshuollon ja yksityisten terveystalouden muodostama kolmikanavainen rakenne ei näytä takaavan kaikille yhtäläisiä mahdollisuuksia hoitoon hakeutumiselle. Tästä huolimatta, kolmikanavainen palvelurakenne aiotaan säilyttää sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutoksen yhteydessä, sillä uudistus kohdistuu ainoastaan julkisella rahoituksella tuotettuihin sosiaali- ja terveystalouteihin (Valtioneuvosto 2020). Näin ollen uudistus ei varsinaisesti muuta terveystaloudesarvostuksen rakennetta tasa-arvoisempaan ja oikeudenmukaisempaan suuntaan, sillä etenkin työssäkäyvillä on edelleen muita paremmat mahdollisuudet hakeutua perusterveydenhuollon palveluihin useamman palvelukanavan kautta.

Perusterveydenhuollon palvelujen tarpeenmukaista käyttöä on syytä tarkastella erityisesti siksi, että eriarvoisuus avohoidon lääkäripalveluissa saattaa johtaa eriarvoisuuteen myös erikoissairaanhoidossa lähetekäytäntöjen vuoksi. Esiteltyjen tutkimustulosten (Hagen ym. 2015; Hetemaa 2014.) valossa tämä näyttäisi toteutuvan ainakin tietyissä kirurgisissa toimenpiteissä, sillä esimerkiksi sepelvaltimotoimenpiteitä tehtiin erikoissairaanhoidossa tarpeeseen nähden enemmän ylemmässä sosioekonomisessa asemassa oleville. Toisaalta, tietyissä yleisissä kirurgisissa toimenpiteissä, kuten kaihi- ja kataraktioperatioissa sosioekonominen eriarvoisuus oli yleisesti ottaen vähentynyt. Tutkimustulosten pohjalta on kuitenkin mahdotonta arvioida, mistä tämän suuntainen kehitys johtuu. Koska avohoidon lääkäripalvelujen käytön eriarvoisuus on pysynyt lähes ennallaan 1980 -luvulta lähtien

(Häkkinen & Nguyen 2010), pelkät lähetekäytännöt eivät näytä selittävän myönteistä kehitystä. Muutoksen taustalla saattaa näin ollen vaikuttaa esimerkiksi potilaan kliinisen arvioinnin kehittyminen tai turhaan tehtyjen toimenpiteiden väheneminen.

Tästä syystä hoitoon pääsyn mahdollisuuksien lisäksi on oleellista arvioida terveystalvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Oikeudenmukaisuuden näkökulmasta tarkasteltuna on tärkeää, että kaikki sosiaaliryhmät saavat vaikuttavuudeltaan samantasoista hoitoa ja palvelua. Esimerkiksi eritasoiset perusterveydenhuollon palvelut voivat heijastua erikoissairaanhoidon eriarvoiseen käyttöön lähetekäytäntöjen kautta, mikäli potilaan terveydentilan kliininen arviointi ei ole kaikissa palvelukanavissa samantasoista. Perusterveydenhuollon ennaltaehkäisevän luonteen vuoksi terveystalvelujen vaikuttavuuden mittaaminen on haasteellista, minkä vuoksi perusterveydestalvelujen vaikuttavuutta on tutkittu Suomessa erikoissairaanhoidon verrattuna varsin vähän (Suomen Kuntaliitto 2019, 13). Täten on tärkeää, että vaikuttavuutta tutkitaan tulevaisuudessa myös perusterveydenhuollon osalta. Vain tällä tavoin voidaan selvittää, saavatko kaikki sosiaaliryhmät tarpeeseensa nähden yhtä vaikuttavaa hoitoa perusterveydenhuollossa, ja vaikuttaako tämä potilaan jatkohoitomahdollisuuksiin.

On myös syytä huomata, että kaikki terveystalvelujen käyttöön ja saatavuuteen liittyvä eriarvoisuus ei johdu ainoastaan terveystalvelujärjestelmän rakenteista. Taustalla vaikuttavat myös useat yksilöön liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat esimerkiksi hoitoon hakeutumiseen. Katsauksessa käsitellyissä tutkimuksissa tyydyttämätöntä palvelutarvetta oli usein selvitetty kysymällä tutkimukseen osallistuvilta, kokevatko he saaneensa tarpeeseen nähden riittävästi terveystalveluja. Tutkimuksissa ei kuitenkaan tiedusteltu, mistä syystä he eivät olleet saaneet palvelua. Tämän vuoksi on vaikea todeta, mikä osuus tyydyttämättömästä palvelutarpeesta johtuu varsinaisesti terveydenhuoltojärjestelmän rakenteellisista tekijöistä, ja mikä puolestaan yksilön halukkuudesta tai kyvystä hakeutua palvelujen piiriin. Tästä syystä on tärkeää, että terveystalvelujen käyttöä ja saatavuutta tutkitaan jatkossa enenevässä määrin myös laadullisen tutkimuksen avulla.

Kirjallisuuskatsauksessa käsitellyt tutkimukset muodostivat lähes yksimielisen käsityksen siitä, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmä ei pysty vastaamaan kansalaisten hoidon tarpeeseen tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti. Tästä huolimatta lähes 80 prosenttia suomalaisista luottaa terveystalvelujen tasavertaisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen (Pentala-Nikulainen ym. 2018). Mielipiteet kuitenkin jakautuvat voimakkaasti vastaajien koulutustason mukaan, sillä ero matalan ja korkean koulutuksen saaneiden välillä on noin

12 prosenttia. Korkeasti koulutetut luottavat terveystalvelujen oikeudenmukaisuuteen matalasti koulutettuja useammin. (Pentala-Nikulainen ym. 2018.) Täten voidaan todeta, että suomalaiset kokevat terveydenhuoltojärjestelmän puutteista huolimatta pääsääntöisesti tasavertaiseksi ja oikeudenmukaiseksi. Suurta tyytymättömyyttä terveystalvelujärjestelmän eriarvoisuuteen ei yleisesti ottaen ilmene käyttäjien taholta, mutta sosiaaliryhmien väliset mielipide-erot näyttävät tukevan katsauksen tutkimustuloksia eriarvoisuudesta.

Kansanterveyden näkökulmasta tutkielmassa esitellyt tutkimustulokset ovat kuitenkin merkittäviä. Yleisen kansanterveyden edistämiseksi ja parantamiseksi on syytä kiinnittää erityistä huomiota heikommassa asemassa olevien terveystalvelujen käytön ja saatavuuden edistämiseen, ja toisaalta hyväosaisten turhien toimenpiteiden ja lääkärikäyntien vähentämiseen. Perusterveydenhuollon talvelut tulisi nähdä investointina terveyserojen kaventamiseen ja yleisen hyvinvoinnin lisäämiseen. Positiivisena kehityskulkuna terveystalvelujärjestelmän rakenteen uudistuksessa voidaan täten nähdä se, että uudistuksella pyritään vahvistamaan etenkin perusterveydenhuollon talveluja (Valtioneuvosto 2020).

Suomessa somaattisten terveystalvelujen käytöstä ja saatavuudesta on saatavilla tutkimustuloksia 1980-luvulta lähtien. Tähän kirjallisuuskatsaukseen valittiin 2000-luvulla julkaistuja tutkimuksia, sillä tutkielman tarkoituksena oli kuvata mahdollisimman tarkasti terveydenhuollon talvelujen oikeudenmukaisen käytön ja saatavuuden nykytilaa. Osa tutkimuksista perustui kuitenkin 1990-luvulla kerättyyn aineistoon, mikä saattaa heikentää niiden yleistettävyyttä nykyiseen tilanteeseen. On kuitenkin huomattava, että Suomen terveystalvelujärjestelmän rakenteita ei ole olennaisesti muutettu viimeisten vuosikymmenien aikana. Täten voidaan olettaa, että hieman vanhempaan aineistoon perustuvia tutkimustuloksia voidaan ainakin osittain hyödyntää myös nykytilan arvioinnissa.

Suurin osa hyödynnetyistä tutkimustuloksista perustuu suomalaisten tutkijaryhmien tekemiin tutkimuksiin ja Suomessa kerättyyn aineistoon, sillä tarkoituksena on ollut tarkastella nimenomaan Suomessa ilmenevää terveystalvelujen käyttöön ja saatavuuteen liittyvää eriarvoisuutta. Katsauksessa on kuitenkin hyödynnetty myös kansainvälistä aineistoa. Useimmat tutkielmassa esitellyistä tutkimuksista ovat vertaisarvioituja, mikä lisää osaltaan tutkimustulosten validiteettia.

Katsauksessa esiteltyjen tutkimusten valinnassa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä ja ne on pyritty valitsemaan mahdollisimman objektiivisesti. Tiedonhakua ei kuitenkaan ole

toteutettu systemaattisesti, minkä takia kaikkia aiheeseen liittyviä tutkimuksia ei välttämättä ole onnistuttu hyödyntämään katsauksessa. Käytetty kirjallisuus koostuu vertaisarvioituista artikkeleista, oppikirjoista, virallisista raporteista sekä aiheeseen perehtyneiden arvostettujen tutkijoiden kirjoituksista. Lähteiden käytössä on noudatettu huolellisuutta käyttämällä asianmukaisia lähdeviittauksia.

Lähteet

- Allin, S. & Masseria, C. 2009. Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth* 15 (3), 7–9.
- Benjamins, M., Hummer, R., Eberstein, I. & Nam, C. 2004. Self-Reported Health and Adult Mortality Risk: An Analysis of Cause-Specific Mortality. *Social Science & Medicine* 59 (6), 1297–1306.
- Eronen, J., Paakkari, L., Portegijs, E., Saajanaho, M. & Rantanen, T. 2019. Assessment of health literacy among older Finns. *Aging Clinical and Experimental Research* 31 (4), 549–556.
- Fujishiro, K., Xu, J. & Gong, F. 2010. What does “occupation” represent as an indicator of socioeconomic status?: Exploring occupational prestige and health. *Social Science & Medicine* 71 (12), 2100–2107.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R. & Francis, V. 2007. Challenging inequity through health systems. WHO Commission on the Social Determinants of Health. Final report knowledge network. Haettu 13.3.2020 osoitteesta: https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf
- Guinness, L. & Wisemann, V. 2011. Introduction to health economics. Maidenhead, England. Open University Press.
- Hagen, T., Häkkinen, U., Iversen, T., Klitkou, S. & Moger, TA. 2015. Socio-economic inequality in the use of procedures and mortality among ami patients: Quantifying the effects along different paths. *Health Economics* 24 (2), 102–115.
- Hetemaa, T. 2014. Socioeconomic differences in the use and outcomes of hospital treatment for ischaemic heart diseases. *Research* 142. Helsinki: THL.
- Hood, C., Gennuso, K., Swain, G. & Catlin, B. 2016. County Health Rankings. Relationships Between Determinant Factors and health Outcomes. *American Journal of Preventive Medicine* 50 (2), 129–135.
- Huttunen, M. 2017. Lääkkeet mielen hoidossa. Somaattiset sairaudet psyykkisesti sairaalla. *Duodecim Terveyskirjasto*. www.terveyskirjasto.fi. Artikkelin lam00007 (001.006).
- Häkkinen, U. & Nguyen, L. 2010. Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää enemmän. *Optimi, Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje*: 2010:2.
- Jylhä, M. 2009. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine* 2009: 69 (3), 307–316.
- Kajantie, M. 2014. Lääkäripalveluiden käyttö jakaa väestöä. *Hyvinvointikatsaus* 4/2014. Teemana kulutus. Tilastokeskus. Haettu 13.4.2020 osoitteesta: [//tilastokeskus.fi/artikkelit/2014/art_2014-12-08_002.html?s=0](http://tilastokeskus.fi/artikkelit/2014/art_2014-12-08_002.html?s=0)
- Kalenius, A. 2014. Suomalaisten koulutus rakenne ja sen kehittyminen kansainvälisessä vertailussa. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisu 2014:17. Haettu 28.4.2020 osoitteesta:

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75217/okm17.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Karvonen, S., Kestilä, L & Munkkila, S. 2019. Väestön elinolot ja sairastavuus. Teoksessa: Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) 2019. Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: PunaMusta Oy, 46–62.

Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä, L. & Junna, L. 2017. Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Suomen sosiaalinen tila 3/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. 2013. Kansanterveystiede. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Keskimäki, I. 2010. Sosioekonomiset erot ja oikeudenmukaisuus Suomen terveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 47 (3), 201–207.

Keskimäki, I., Tynkkynen, L.K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., Rechel, B. & Karanikolos, M. 2019. Finland: Health system review. Health Systems in Transition 21 (2), 1–166.

Kokko, S. 2015. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Teoksessa: Niemelä, M., Kokkinen, L., Pulkki, J., Saarinen, A. & Tynkkynen, L-K. (toim.) 2015. Terveydenhuollon muutokset. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy, 27–42.

Koponen P., Borodulin K., Lundqvist A., Sääksjärvi K. & Koskinen S. toim. 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa - FinTerveys 2017-tutkimus. Raportti 4/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Koskinen, S., Martelin, T., Sainio, P., Heliövaara, M., Reunanen, A. & Lahelma, E. 2007. Pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa: Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) 2007. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: Yliopistopaino, 74–86.

Laaksonen, M. 2011. Aineelliset ja taloudelliset tekijät. Teoksessa: Laaksonen, M. & Silventoinen, K. 2011. Sosiaalierpidemiologia. Gaudeamus. Helsinki University Press, 177–194.

Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2011. Sosioekonominen asema. Teoksessa: Laaksonen, M. & Silventoinen, K. 2011. Sosiaalierpidemiologia. Gaudeamus. Helsinki University Press, 41–59.

Lahelma, E., Rahkonen, O., Koskinen, S., Martelin, T. & Palosuo, H. 2007. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa: Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) 2007. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: Yliopistopaino, 25–41.

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.

- Lynch, JW. & Kaplan, GA. 2000. Socioeconomic Position. Teoksessa: Berkman, LF. & Kawachi I. 2000. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 13–35.
- Manderbacka, K., Aalto, A-M., Kestilä, L., Muuri, A. & Häkkinen, U. 2017. Eriarvoisuus somaattisissa terveystalveissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Manderbacka, K., Arffman, M. & Keskimäki, I. 2014a. Has socioeconomic equity increased in somatic specialist care: a register-based cohort study from Finland in 1995–2010. *BMC Health Services Research* 14:430. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-430>
- Manderbacka, K., Arffman, M., Leyland, A., McCallum, A. & Keskimäki, I. 2009. Change and persistence in healthcare inequities: Access to elective surgery in Finland in 1992–2003. *Scandinavian Journal of Public Health* 37 (2), 131–138.
- Manderbacka, K., Arffman, M., Sund, R. & Karvonen, S. 2014b. Multiple social disadvantage does it have an effect on amenable mortality: a brief report. *International Journal for Equity in Health* 13 (67). <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0067-5>
- Manderbacka, K. & Keskimäki, I. 2013. Terveystalvet ja terveyserot. Teoksessa: Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) *Terveystalveittien perusta ja käytännöt*. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy, 261–266.
- Manderbacka, K., Muuri, A., Keskimäki, I., Kaikkonen, R. & Elovainio, M. 2012. Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveystalveittien saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49 (1), 4–12.
- Martikainen, V. & Järvelin, J. 2019. Somaattinen erikoissairaanhoido 2018. Tilastoraportti 51/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 25.4.2020 osoitteesta: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139004/Tr51_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mattila, Y. 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. *Sosiaali- ja terveystalveittien tutkimuksia* 116. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy.
- Matveinen, P. 2019. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2017. Tilastoraportti 15/2019. Suomen virallinen tilasto, Terveydenhuollon menot ja rahoitus. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 25.4.2020 osoitteesta: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138110/Tr15_19.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Maunu, A. 2014. Kuinka terveyttä tehdään? Sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset oppilaitokset niiden kaventajina. *EHYT Katsauksia* 1/2014.
- Mikkola, H. 2018. Korvaako chattipalvelu perinteisen vastaanottokäynnin? Yksityislääkärikäynnit laskussa. Kelan tutkimusblogi. Haettu 13.4.2020 osoitteesta: <http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4435>
- Månsson, N-O. & Råstam, L. 2001. Self-rated health as a predictor of disability pension and death – A prospective study of middle-aged men. *Scandinavian Journal of Public Health* 29 (2), 151–158.

Mölläri, K., Saukkonen, S-M. & Forsell, M. 2019. Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2018. Tilastoraportti 8/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 25.4.2020 osoitteesta:
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138014/Tr08_19.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Nguyen, L. 2011. Hammashoitouudistus on lisännyt vain vähän oikeudenmukaisuutta. *Optimi, Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje*: 1/2011.

Nolte, E. & McKee, M. 2004. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust; 2004.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. 2017. Finland: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU. OECD Publishing. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264283367-en>

OECD. 2019. Health at a Glance 2019. OECD indicators. OECD Publishing Paris.
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) 2007. Tiivistelmä. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisen terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki 2007, 3–4.

Pentala-Nikulainen, O., Koskela, T., Parikka, S., Kilpeläinen, H., Koskenniemi, T., Aalto, A-M., Muuri, A., Koskinen, S. & Lounamaa, A. 2018. Kansallisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Haettu 13.4.2020 osoitteesta: <http://www.terveytemme.fi/finsote/2017-2018/index.html>

Rahkonen, O., Talala, K., Sulander, T., Laaksonen, M., Lahelma, E., Uutela, A. & Prättälä, R. 2007. Teoksessa: Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) 2007. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisen terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki 2007, 65–73.

Raittio, E., Kiiskinen, U., Helminen, S., Aromaa, A. & Suominen, AL. 2014. Dental attendance among adult Finns after a major oral health care reform. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 42 (6), 591–602.

Raittio, E., Kiiskinen, U., Helminen, S., Aromaa, A. & Suominen, AL. 2015a. Income-related inequality and inequity in the use of dental services in Finland after a major subsidization reform. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 43 (3), 240–254.

Raittio, E., Lahti, S., Kiiskinen, U., Helminen, S., Aromaa, A. & Suominen, AL. 2015b. Inequality in oral health-related quality of life before and after a major subsidization reform. *European Journal of Oral Sciences* 123 (4), 267–275.

Rotko, T. & Manderbacka, K. 2015. Sosioekonomiset erot terveydessä ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen käytössä. Teoksessa: Niemelä, M., Kokkinen, L., Pulkki, J., Saarinen, A. & Tynkkynen, L-K. (toim.) 2015. Terveydenhuollon muutokset. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy, 115–129.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Sairaalat ja erikoissairaanhoido. Haettu 27.4.2020 osoitteesta: <https://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoido>

Suomen Kuntaliitto. 2019. Terveystieteiden laatuopas. Helsinki 2019. Haettu 27.4.2020 osoitteesta: http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=3584

Suomen perustuslaki 731/1999. Haettu 13.4.2020 osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2011. Tulonjakotilasto. Väestöryhmittäiset tuloerot 2011. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu 17.11.2019 osoitteesta: http://www.stat.fi/til/tjt/2011/03/tjt_2011_03_2013-04-10_kat_001_fi.html

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2017. Väestön koulutus rakenne. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu 17.11.2019 osoitteesta: http://www.stat.fi/til/vkour/2017/vkour_2017_2018-11-02_tie_001_fi.html

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2019. Pienituloisuus on yleisintä työttömillä ja opiskelijoilla. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu 17.11.2019 osoitteesta: https://www.stat.fi/til/tjt/2017/01/tjt_2017_01_2019-03-01_tie_001_fi.html

Suominen, A., Helminen, S., Lahti, S., Vehkalahti, M., Knuuttila, M., Varsio, S. & Nordblad, A. 2017. Use of oral health care services in Finnish adults – results from the cross-sectional Health 2000 and 2011 Surveys. *BMC Oral Health* 17 (78). <https://doi.org/10.1186/s12903-017-0364-7>

Tarkiainen L., Martikainen P., Laaksonen M. & Valkonen T. 2012. Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66 (7), 573–578.

Tarkiainen, L., Martikainen, P., Peltonen, R. & Remes, H. 2017. Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. *Suomen lääkäri* 72 (9), 588–593.

Teperi, J. 2006. Johdanto. Teoksessa: Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka, K., Ollila, E., Keskimäki, I. & Stakes. 2006. Hyvinvointivaltion rajat. Riittävät palvelut jokaiselle. Helsinki: Edita Prima Oy, 9–11.

Terveystieteiden laatuopas 1326/2010. Haettu 13.4.2020 osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Eriarvoisuus. Haettu 17.11.2019 osoitteesta: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus>

Tilastokeskus. 2010. Ammattiluokitus 2010. Haettu 13.3.2020 osoitteesta: <https://www.tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/ammatti/001-2010/index.html>

Tilastokeskus. 2020. Käsitteet: käytettävissä olevat rahatulot. Haettu 28.4.2020 osoitteesta: http://www.stat.fi/meta/kas/kaytettavissa_o.html

Valtioneuvosto. 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden palveluiden rakenneuudistus. Haettu 13.4.2020 osoitteesta: <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveystieteiden-palveluiden-rakenneuudistus>

van Doorslaer, E., Masseria, K. & Koolman, X. 2006. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal* 174 (2), 177–183.

Vuorenkoski, L. & Saarni, S. 2006. Priorisointi ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus. Teoksessa: Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka, K., Ollila, E., Keskimäki, I. & Stakes. 2006. Hyvinvointivaltion rajat. Riittävät palvelut jokaiselle. Helsinki: Edita Prima Oy, 35–40.

Widström, E. & Mikkola, H. 2008. Mitä kertoo hammashoitouudistuksen arviointi? Teoksessa: Ashorn, U. & Lehto, J. (toim.) 2008. Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 146–165.