

Julkinen vai yksityinen?

Lääkäripalvelujen käytön jakautuminen eri sektoreille, siihen vaikuttavat tekijät ja palvelujen yhdenvertaisen käytön toteutuminen

KOTRO HELENA

Tampereen yliopisto

Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma

Maaliskuu 2006

TUTKIELMAN SISÄLTÖ

1. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	7
1.1. Tutkimuksen tausta ja tavoitteet	7
1.1.1. Pekka Kuusen jalanjäljissä 2000-luvun terveystaloudellisiin tasa-arvotavoitteisiin	7
1.1.2. Lähtökohtana Ronald Andersenin terveystaloudellisten kysyntämalli	10
1.1.3. Tutkimustehtävä ja tutkielman sisältö	14
1.2. Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirteet.....	16
1.2.1. Suomalaisen terveystalouden keskeiset tavoitteet ja perusta	16
1.2.2. Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän toimintamalli	20
1.2.3. Julkisten ja yksityisten terveystaloudellisten rahoitusperusta	25
1.3. Tutkimuksen keskeiset käsitteet: terveys, sairaus ja terveystaloudellisen käytön tasainen jakautuminen väestössä	30
1.4. Miten terveystaloudellisen käyttöä on tutkimuksissa selitetty	38
1.4.1. Tulot ja asuinalue korostuvat palvelujen käytön tasa-arvotarkasteluissa.....	38
1.4.2. Terveystaloudellisten kysyntään vaikuttavat monet tekijä; usein ratkaisee palvelujen laatu	41
1.4.3. Ketkä käyttävät julkista, ketkä yksityistä sektoria?	43
2. TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT	46
2.1. Tutkimusaineisto	46
2.2. Aineiston muuttujat	47
2.3. Terveydenhuollon palvelusektoreiden määrittely ja tarkastelun rajaus.....	53
2.4. Tutkimusaineiston tilastollinen käsittely: tunnusluvut ja monimuuttujamenetelmä.....	54
3. SEKTOREIDEN EROT JA NIIDEN VALINTAA OHJAAVAT TEKIJÄT	58
3.1. Eniten eroja sosioekonomisessa asemassa, palvelujen saatavuudessa ja terveydentilassa	58
3.1.1. Koulutustaustassa ja työmarkkina-asemassa suuria eroja	58
3.1.2. Tulot, yksityinen vakuutus ja tuttu lääkärisuhde vaihtelivat sektoreittain	60
3.1.3. Julkisia ja rinnakkain eri sektoreita käyttäneillä eniten terveysongelmia.....	65
3.2. Lääkärisektoreiden käytön monimuuttuja-analyysi vahvasti saatua yleiskuvaa.....	68
3.2.1. Analyysien toteutus sairastavuusindeksin kolmella aluetasolla	68
3.2.2. Työttömyys, sairastavuus ja maaseutu korostuivat julkisen sektorin käytössä.....	70
3.2.3. Hyvä taloudellinen asema ja palvelutarjonta selittivät yksityisen sektorin valintaa	73
3.2.4. Työterveyshuollon palvelut työssäkäyvien oikeus.....	75
3.2.5. Hyvä sosioekonominen asema, riittävä palvelutarjonta ja monipuolisten lääkäripalvelujen tarve ennustivat sektoreiden rinnakkaiskäyttöä.....	78
4. TULOSTEN YHTEENVETO	82
5. POHDINTA.....	86
TUTKIELMAN LÄHTEET	90

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Tutkimusaineiston jakautuminen sen mukaan, mitä lääkäri-sektoria haastatellut olivat haastatteluvuo-den aikana pääasiallisesti käyttäneet.....	53
Taulukko 2. Lääkäri-sektoreiden käyttöön altistavia tekijöitä; vastausjakaumat sektoreittain.....	57
Taulukko 3. Lääkäri-palveluiden käyttöä mahdollistavia tekijöitä; vastausjakaumat sektoreittain.....	60
Taulukko 4. Palvelujen tarvetta osoittavia tekijöitä; vastausjakaumat sektoreittain.....	65
Taulukko 5. Julkisen sektorin käyttöä selittäviä tekijöitä.....	71
Taulukko 6. Yksityisen sektorin käyttöä selittäviä tekijöitä.....	74
Taulukko 7. Työterveyshuollon sektorin käyttöä selittäviä tekijöitä.....	76
Taulukko 8. Sektoreiden rinnakkaiskäyttöä selittäviä tekijöitä, kun vertailuryhmänä olivat julkisen sektorin asiakkaat	78
Taulukko 9. Sektoreiden rinnakkaiskäyttöä selittäviä tekijöitä, kun vertailuryhmänä olivat yksityissektorin asiakkaat.....	80
LIITE: Aineiston kuntakohtaiset sairastavuusindeksit.....	100

1. Tutkimuksen lähtökohdat

1.1. Tutkimuksen tausta ja tavoitteet

1.1.1. Pekka Kuusen jalanjäljissä 2000-luvun terveystavoitteisiin

Pekka Kuusi kirjasi ”1960-luvun sosiaalipolitiikka” -teoksessaan nykyisen sosiaali- ja terveystavoitteiden peruspilarit. Hän nimesi terveydenhuollon tehtäväksi väestön terveydentilan kohottamisen ja asetti terveystavoitteiksi ”lääkintäpalvelusten tasaisen jakautumisen terveydenhoidollisen tarpeen mukaan” (Kuusi 1968, 275–276). 1960-luvulla sosiaalipolitiikan reformistien mielestä keskeisin väestön hyvinvoinnin este oli yhteiskunnan epäoikeudenmukaisuus. Uskottiin, että resursseja riittävästi lisäämällä ja jakamalla tasaisemmin eri väestöryhmien ja alueiden kesken, köyhyys ja huono-osaisuus vähenisivät. (Rauhala 2000, 61–69.) Näistä lähtökohdista voidaan tarkastella myös nykyistä suomalaista terveystavoitteita. Sen keskeiset päämäärät ovat väestön terveyden ja toimintakyvyn lisääminen, väestöryhmittäisten terveystavoitteiden kaventaminen ja palvelujen saatavuuden parantaminen (Sosiaali- ja terveystavoitteet 2004b, 5). Neljän vuosikymmenen aikana suomalaisten terveydentila on kohentunut, mutta väestöryhmien väliset erot ovat edelleen suuret: 1960-luvun terveystavoitteet ovat yhä ajankohtaisia.

Terveystavoitteiden käyttöä koskeva tutkimusperinne perustuu niin ikään 1960-luvulle, yleisen sairausvakuutuksen voimaantulon (1964) yhteyteen. Sairausvakuutuslain yksi keskeinen tavoite oli avohoitopalvelujen käytön taloudellisten esteiden poistaminen. Kansalaisia lähellä olevien avohuollon palvelujen ja niitä tukevien hoitomuotojen lisääminen kalliin laitoshoidon supistamiseksi käynnistyi kansanterveyslain (1972) avulla. Kansanterveyslaki vaikutti palvelujen tarjontaan määrittäessään avohoitopalvelujen tuottamisen kuntien tehtäväksi. Vuonna 1978 säädetty työterveyshuoltolaki korosti erityisesti työpaikoil-

la tapahtuvaa ehkäisevää terveydenhuoltoa. Suomen perustuslain (731/1999) ohella näiden lakien, kansainvälisten terveyssäädösten ja ammattihenkilöstön eettisten ohjeiden avulla on pyritty vastaamaan suomalaisväestön terveyshaasteisiin. Sosiaali- ja terveystieteiden perustan muodostavat kuntien järjestämät verorahoitteiset toiminnot. Yksityinen palvelutarjonta täydentää, paikkaa ja tuo vaihtoehtoja kunnallisille palveluille.

Merkittävä kansalaisten tasa-arvoon liittyvä kysymys on julkisen ja yksityisen palvelutarjonnan vaihtelu paikkakunnittain. Vuoden 2001 julkisen sektorin lääkäri lakon virittämä tiedotusvälineissä käyty keskustelu yksityisen ja julkisen terveydenhuollon työnjaosta, terveydenhuollon rahoitusongelmista, henkilöstökysymyksistä ja kansalaisten hoitoon pääsyn oikeudesta on jatkunut vilkkaana näihin päiviin saakka. Tutkimukseni liittyy tähän terveydenhuollon julkisen ja yksityisen sektorin tematiikkaan. Väestötutkimusaineistoa hyväksi käyttäen tarkastelen, onko julkisia, yksityisiä tai työterveyshuollon lääkäripalveluja käyttäneiden ihmisryhmien välillä löydettävissä eroja, ja voidaanko eri sektoreiden lääkäripalvelujen valintaa selittää joillakin yhteisillä tekijöillä. Toteutuneen palvelujen käytön perusteella pyrin myös arvioimaan, ovatko lääkäripalvelut kaikkien saatavissa, kuten terveystieteelliset tavoitteet edellyttävät.

Tutkimukseni perustuu Kansaneläkelaitoksen ja Stakesin toteuttamaan, vuonna 1996 kerättyyn haastatteluaineistoon ja valottaa siten tilannetta noin vuosikymmenen jälkeen. 1990-luvun puolivälissä Suomi oli nousussa jaloilleen laman kurimuksesta. 2000-luvulle tultaessa tilanne on kohentunut: valtion talous on kehittynyt myönteisesti ja työttömyysluvut alentuneet. 1990-luvulla alkanut tuloerojen kasvu on silti jatkunut edelleen. Moni putosi kelkasta, jäi pysyvästi työttömäksi, ylivelkaiseksi ja köyhäksi (esim. Iivari 2000).

Terveydenhuoltojärjestelmä on kuluneen kymmenen vuoden aikana kokenut joitakin muutoksia. Huhtikuussa 2003 tuli voimaan Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkevaihdoista (210/2003), jonka mu-

kaan apteekkien on tarjottava asiakkailleen edullisinta tai lähes edullisinta rinnakkaislääkettä ja asiakas itse päättää, haluaako vaihtaa lääkkeensä edullisempaan. Kaksi vuotta myöhemmin voimaan astuivat lakimuutokset hoitoon pääsyn turvaamisesta (855–858/2004), joissa määritellään, missä ajassa asiakkaan on päästävä lääketieteellisesti tarpeelliseen hoitoon. Uusista terveydenhuollon linjavedoista huolimatta Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on pääpiirteissään pysynyt vakaana. Myös terveystalouden valinta ja käyttötottumukset ovat melko vakiintuneita, eikä esimerkiksi hinnan muuntelu vaikuta niihin (Aaltonen 1996). Tulokset ovatkin siten pääosin yleistettävissä myös tämänhetkistä terveystalouden järjestelmää arvioitaessa. Terveys on keskeinen hyvinvointitekijä (Karisto 1984), ja tätä kautta tutkimus liittyy vahvasti hyvinvointitutkimuksen perinteeseen.

Terveystalouden käyttöä ja hoitoon hakeutumista on sosiaalitutkimuksissa lähestytty viime vuosina muun muassa palvelujen kysynnän taloudellisesta näkökulmasta (Häkkinen ym. 1995; 1996), palvelujen laadun lähtökohdista (Mäntyselkä ym. 2006; Tuorila 2000) ja perinteisten terveystalouden kysyntämallien sovelluksista (Arinen 1992; Viinamäki 1997). Terveystalouden tarpeen osoittimina on käytetty tietoja kuolleisuudesta ja sairastavuudesta ja terveystalouden käytöstä (Luoto ym. 1999). Hoidon tarvetta on arvioitu myös erilaisilla sosiaalisii indikaattoreihin perustuvilla laskennallisilla mittareilla (Häkkinen ym. 1995; Häkkinen ym. 1996; Klaukka 2002). Useissa tutkimuksissa tietolähteinä on käytetty rinnan tilasto-, rekisteri- ja väestötutkimustietoja (Kalimo ym. 1997; Klaukka ja Maljanen 2001).

Omassa tutkimuksessani palvelujen käytön luokittelukriteerinä on Ronald Andersenin (1968) kehittämä makrososiologinen käsitelmä, jonka mukaan lääkäripalveluiden käyttöön vaikuttavat toisaalta asiakaslähtöiset tekijät, toisaalta palvelujen saatavuus. Julkisten ja yksityisten lääkäripalveluiden ohella tutkimuskohteenani ovat työterveyshuollon lääkäripalvelut, joista toistaiseksi on vastaavaa tietoa koottu varsin vähän. Työikäisen väestön ikääntyminen ja työmarkkinoiden nopeat muutokset ovat viime vuosina

nostaneet työterveyshuollon merkittäväksi yhteiskunnalliseksi toimijaksi. Näiden kolmen lääkärisektorin lisäksi arvioin suomalaisille tyypillistä eri lääkäripalvelujen rinnakkaista käyttöä.

1.1.2. Lähtökohtana Ronald Andersenin terveyspalvelujen kysyntämalli

Suomessa terveys nähdään osaksi yhteiskuntapolitiikkaa. Terveysnäkökohdat ovat jossain määrin mukana lähes kaikessa poliittisessa ja yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Terveyspolitiikan keinoin pyritään takaamaan ihmisille mahdollisimman hyvä terveys, turvaamaan palvelujen saanti oikeudenmukaisesti ja huolehtimaan etenkin huono-osaisten tarpeista. (esim. Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b). Terveyspalvelujen käytön teoreettiset lähtökohdat vaihtelevat, mutta viime kädessä hoidon tarpeen subjektiivinen kokeminen on se tekijä, joka johtaa palvelujen kysyntään ja niiden käyttöön (Telles ja Pollack 1981). Usein terveyspalvelujen tarvetta onkin arvioitu joko väestön ilmoittaman pitkäaikaissairastavuuden tai koetun terveydentilan perusteella. Näiden mittareiden on osoitettu ennustavan hyvin palvelujen käyttöä, kuolleisuutta ja sairastavuutta (esim. Carr-Hill ym. 1994; Klavus ja Häkkinen 2000, 128–129).

Terveyspalvelujen kysynnän ja käytön tarkastelun taustalla on yleensä jokin teoria tai teoriaa hyödyntävä mallinnus, jonka avulla pelkistetään palvelujen käyttöön liittyvää todellisuutta ja etsitään ilmiöön vaikuttavia keskeisiä tekijöitä. Arinen (1992) jakaa nämä empiiriset sovellukset kolmeen päätyyppiin: taloustieteellisiin, sosiaalipsykologisiin ja sosiologisiin malleihin (mt., 10). Taloustieteellisten kysyntäteorioiden mukaan ihmiset pyrkivät maksimoimaan hyvinvointiaan. Terveys nähdään hyödykkeenä, jonka saavuttamiseksi tai ylläpitämiseksi yksilöt käyttävät erilaisia terveyspanoksia kuten terveyspalveluja. Terveyspalvelujen kysyntä riippuu näiden panosten hinnasta: taloudellisista ja ajallisista uhrauksista sekä palvelujen tuottajan, yleensä lääkärin, päätöksistä. (Sintonen ym. 1997.) Sosiaalipsykologisissa malleissa tarkastellaan terveyspalvelujen käytön määräytymistä yksilön terveys- ja sairauskäyttäytymisen pohjalta. Tärkeimmät palvelujen käyttöön johtavat tekijät ovat yksilön näkemys omasta terveydenti-

lastaan ja koetut oireet. Yksilön käyttäytymiseen vaikuttavat sosiaalinen ympäristö, aiemmat kokemukset terveystalvveluista ja terveystasenteet. Sosiologisissa malleissa selvitetään terveystalvvelujen käyttöä useiden erilaisten yhteiskuntaan ja talvvelujärjestelmään liittyvien tekijöiden, talvvelujen saatavuuden sekä yksilön ominaisuuksien tai elämäntilanteen avulla. (Arinen 1992, 9-11.)

Ronald Andersenin tutkimusten (Andersen 1968; 1975) taustalla vaikuttivat 1960–70 -luvuilla Yhdysvalloissa terveydenhuollon huikeaksi kohonneista kustannuksista, resurssien niukkuudesta ja talvvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta kirvonneet yhteiskunnalliset ja poliittiset väittelyt. Valottamalla terveystalvvelujen käytön syitä haluttiin löytää ratkaisuja rahoitusongelmiin. Tutkimuksen keinoin etsittiin myös yhteistä poliittista linjaa terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden määrittämiseksi ja yhdenmukaisten käytäntöjen luomiseksi (Andersen 1968; 5).

Andersenin kehittämä käyttäytymisteoreettinen malli terveystalvvelujen käytöstä on eräänlainen yleinen systeeminen käsitelmä, joka sisältää piirteitä epidemiologiasta, sosiologiasta ja taloustieteestä (vrt. Häkkinen 1992, 32–34). Andersenin mielestä joillakin yksilöillä on taipumus käyttää talvveluja enemmän kuin toisilla. Tätä taipumusta Andersen nimitti altistavaksi (predisposing) ulottuvuudeksi. Alttius talvvelujen käyttöön on ennustettavissa yksilön demografisista, sosiaaliseen rakenteeseen liittyvistä ja asenteellis-uskomuksellisista ominaispiirteistä. Demografisia tekijöitä Andersenin tutkimushankkeissa olivat perheen päämiehen ikä, sukupuoli ja siviilisääty. Esimerkiksi ikä heijastuu talvvelujen käyttöön voimakkaasti siksi, että eri-ikäisillä on erityyppisiä sairauksia ja iän myötä sairastavuus yleensä lisääntyy.

Sosiaalisen rakenteen ominaispiirteet, kuten koulutus, ammatti tai etninen tausta, kertovat perheen elämäntavoista ja liittyvät yksilön sosiaaliseen yhteisöön ja käyttäytymismalleihin ja ovat sitä kautta yh-

teydessä myös terveyspalvelujen käyttöön. Terveystenhoitoon, lääkäreihin ja sairauksiin liittyvät uskomukset puolestaan vaikuttavat paljon siihen, miten nopeasti tai usein hoitoon hakeudutaan.

Riittävien valmiuksien lisäksi palvelujen käyttö edellyttää olosuhteita, jotka mahdollistavat hoitoon pääsyn. Näitä Andersen nimitti palvelujen käyttöä mahdollistavaksi (enabling) ulottuvuudeksi. Sen Andersen katsoi muodostuvan sekä perheen omista resursseista että yhteiskunnan panostuksista. Perheen sisäisiä palvelujen käyttöä mahdollistavia ominaisuuksia ovat perheen tulot, säästöt, sairauskuluja kattava yksityinen vakuutus ja säännöllinen hoitosuhde. Yhteiskunnallinen komponentti liittyy perheen asuinalueeseen: mitä enemmän alueella on tarjolla terveydenhuoltopalveluja ja hoitohenkilökuntaa, sitä vaihtomampaa on päästä hoitoon. Runsaasta palvelutarjonnasta seuraa tervettä kilpailua, mikä alentaa asiakkaiden kustannuspaineita. Andersenin mielestä vaihtoehtoisia palveluja tarjoavalla asuinalueella suhtaudutaan myös myönteisemmin palvelujen hyödyntämiseen kuin sellaisilla paikkakunnilla, joissa palvelutarjonta on niukkaa ja yksipuolista.

Altistavan ja mahdollistavan ulottuvuuden lisäksi yksilöllä on oltava terveysongelmia tai ainakin jonkinlainen epäily sellaisista käyttäköseen palveluja. Tarve on siten välttämätön ärsyke, välitön syy hoitoon hakeutumiselle. Tämä tarve voi olla joko terveydenhuollon ammattilaisten määrittämää tai se voi perustua yksilön omiin aikaisempiin kokemuksiin tai subjektiivisiin tuntemukseen terveydestään. Perheiden välillä on suuria eroja siinä, miten oireisiin suhtaudutaan. Mitä harjaantuneempia yksilöt ovat palvelujen käytössä ja mitä paremmin omaa terveydentilaa kyetään arvioimaan, sitä enemmän palvelujen käytössä korostuvat altistavat ja mahdollistavat komponentit. (Andersen 1968; 1975.)

Andersenin tutkimusten keskeisin havainto oli palvelujen käytön taustalla vaikuttavien tekijöiden suuri vaihtelu perherakenteen mukaan. Perheet, joissa on kasvavia lapsia tai ikääntyneitä perheenjäseniä sekä suuret perheet käyttivät palveluja eniten. Perhetyypin ohella vain sairastavuus ja säännöllinen hoitosuhde

de ennustivat hyvin palvelujen käyttöä. Tutun lääkärin luo menttiin helposti, kun vaivoja ilmaantui. Terveysuskomukset sen sijaan vaikuttivat vain vähän lääkäriiskäynteihin. (Andersen 1968, 59–64.)

Andersenin tutkimuksissa tarkasteluperiodi oli vuoden mittainen. Norjalaiset Arne S. Andersen ja Petter Laake kokeilivat Andersenin mallin toimivuutta kahden viikon aikana tapahtuvien lääkäriiskäyntien syiden selvittämiseen. Eniten lääkäriiskäyntien määrää lisäsivät palvelujen tarpeeseen liittyvät tekijät. Käyntien taustalla vaikuttavat tekijät vaihtelivat sen mukaan, oliko kyseessä ensi- vai uusintakäynti lääkärin vastaanotolla. Sukupuolen merkitys korostui jatkokäyntien yhteydessä: naiset olivat tässä suhteessa miehiä selvästi aktiivisempia. Tämän Andersen ja Laake olettivat johtuvan siitä, että naiset suhtautuvat miehiä vakavammin omaan terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Alueelliset vaihtelut ja palvelujen tarjonta vaikuttivat myös paljon enemmän jatkokäynteihin kuin ensimmäiseen yhteydenottoon palveluja tarjoavaan organisaatioon. Tätä Andersen ja Laake perustelivat sillä, että lääkäriillä on merkittävä osuus sairautta ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Ensi- ja jatkokäyntien erilaisten käyttäytymis- ja valintaprosessien vuoksi niitä tulisi tarkastella erilaisilla menetelmillä. (Andersen ja Laake 1987.)

Häkkinen on arvioinut systeemisiä malleja väitöskirjassaan (1992). Hänen mielestään niiden avulla ei ole mahdollista tarkastella kovin syvällisesti palvelujen käyttöä suhteessa muihin yhteiskuntapoliittisiin ja väestön terveydentilaan vaikuttaviin tekijöihin. Ne eivät myöskään automaattisesti ota huomioon muuttujien välisiä vuorovaikutussuhteita. Systeemisten mallien käyttäminen onkin Häkkisen mukaan kyseenalaista, mikäli niillä pyritään ilmiöiden yksityiskohtaiseen ja analyttiseen selvittämiseen. (mt., 33.)

Omassa työssäni Andersenin systeeminen kysyntämalli toimii lähinnä viitteellisenä luokittelun apuvälineenä pyrkiessäni selvittämään, kuinka suuri osa sektoreiden käytöstä selittyy eri tekijöillä. Tämänkaltaisissa yhteyksissä malleja on käytetty runsaasti, ja niihin ne sopivat riittävän hyvin (vrt. Häkkinen 1992, 34).

1.1.3. Tutkimustehtävä ja tutkielman sisältö

Tutkimuksessa selvitetään, mitkä tekijät vaikuttavat suomalaisten, 25–64 -vuotiaiden lääkäripalvelujen valintaan. Lähtöolettamukseni on, että ihmisten valintaa säätelevät useat erityyppiset tekijät. Hoitoon hakeutumisen taustalla voivat vaikuttaa henkilön elämäntilanne, kuten ikä, sukupuoli, tietyt hankitut valmiudet tai kiinnostus omasta terveydestä (käyttöön altistavat tekijät). Toisaalta palvelujen käyttöä ohjaavat henkilön sosioekonominen asema, asuinalue ja muut mahdollisuudet ylipäättään saavuttaa palvelut (käyttöä mahdollistavat tekijät). Hoidon tarpeen kimmokkeena on oltava myös jonkinlaisia terveydellisiä syitä, esimerkiksi runsaasti lääkinnällistä tai muuta hoitoa vaativat sairaudet (tarpeisiin liittyvät tekijät). Näistä lähtökohdista palvelujen käyttö on yhteydessä paitsi ihmisten yksilöllisiin ominaisuuksiin myös yhteiskunnan kansalaisiinsa kohdistamiin terveyspanoksiin.

Terveyteen liittyvä ulottuvuus on "suuri tuntematon", meitä jokaista yhtä sattumanvaraisesti kohtaava ennalta arvaamaton tekijä. Joillakin henkilökohtaisilla (itse hankituilla tai perityillä) ominaisuuksilla, kuten hyvä koulutus ja korkea sosioekonominen asema, tai terveystalouden saatavuus- ja tarjontatekijöillä on ihmisten terveyttä uusintava tai sitä heikentävä vaikutus (Lahelma ja Koskinen 2002). Mahdollisuus käyttää terveystaloutta on niin ikään vahvasti sidoksissa myös terveyttä ja palvelujärjestelmää koskevaan tietoon, taloudellisiin voimavaroihin ja akuutin tarpeen vakavuuteen (Keskimäki ym. 2002). Rajanveto erityyppisten indikaattoreiden välillä on usein vaikeaa. Lisäksi hyvillä kuten huonoillakin tekijöillä on taipumus kasautua (Lahelma ja Koskinen 2002). Onko niin, että terveystalouden käytössä suotuisat resurssit kasautuvat joillekin väestöryhmille samalla kun jotkut muut jäävät selvästi vähemmälle? Vai ovatko vuosikymmenten ponnistelut terveystalouden hyvästä ja yhdenvertaisesta saatavuudesta vihdoin toteutuneet? Ja voiko näihin kysymyksiin ylipäättään vastata vain tarkastelemalla väestökyselyllä kerättyjä tietoja?

Nämä kysymykset mielessäni tarkastelen vuonna 1996 kerätyn laajan valtakunnallisen haastatteluaineiston valossa kunnallisten, yksityisten ja työterveyshuollon lääkäri- ja lääkärissäkäyntejä sekä eri palveluntuottajien rinnakkaista käyttöä. Tutkimusaineiston mahdollisen "ikäntymisen" olen ottanut huomioon arvioimalla suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää sekä 1990-luvun puolivälissä että sen jälkeen. Tutkielmassani pyrin vastaamaan kysymyksiin, millaiset tekijät selittävät eri lääkäri- ja lääkärisektoreiden käyttöä, ja missä määrin palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen tähtäävät tavoitteet ovat toteutuneet tämän tutkimusaineiston perusteella.

Tutkielman sisältö

Terveyspalvelujen tarjonta, muun muassa etäisyys palveluista, hinta ja kattavuus vaikuttavat niiden käyttöön (Nyman 1993; Teperi 2005). Palvelujen järjestämisen taustalla on aina ideologioita ja toimintasääntöjä. Tutkielmani ongelmanasettelun kannalta tällaisia keskeisiä tekijöitä ovat terveyden- ja sairaanhoitoa ja terveyspalvelujärjestelmää ohjaavat tavoitteet, rahoitus sekä vastuu- ja työnjakokysymykset. Näitä asioita käsittelemän luvussa 1.2. Terveyden ja sairauden merkityssisällöt vaihtelevat niin kulttuurisesti, ajallisesti kuin yksilöittäinkin. Terveyden tutkimus on tästä syystä usein osoittautunut ongelmalliseksi ja näkökulmasta riippuu, millaisiin käsitteisiin päädytään (vrt. Blaxter 1990; Bowling 1991; Manderbacka 1995). Terveyspalvelujen käytön tutkimuksissa terveys- ja sairauskäsitteet korostuvat erityisesti siksi, että häiriöt terveydentilassa ovat syy palvelujen käytölle. Tapoja, joilla terveystieteistä on operationalisoitu käytännön tutkimuksissa, esittelen luvussa 1.3. Samassa luvussa kuvaan näkemyksiä siitä, miten yhdenmukaisilla palveluilla voidaan edistää terveyden tasaista jakautumista väestötasolla. Luku 1.4. sisältää koosteen keskeisimmistä terveyspalvelujen käyttöä koskevista tutkimuksista ja niiden löydöksistä. Luvussa 2 esittelen tutkimusaineiston muuttujat ja käyttämäni menetelmät sekä rajaan tutkimusongelman. Luku 3 paljastaa tutkimuksen tulokset; eri sektoreita yhdistävät ja erottavat tekijät. Mo-

nimuuttuja-analyysit syventävät alustavia löytöjä. Luvussa 4 esitän yhteenvedon havainnoistani. Päätän tarkastelun lukuun 5, jossa pohdin tulosten merkitystä ja niiden terveystaloudellista vaikutusta. Lopussa esitän myös arvioni tutkimuksen luotettavuudesta ja virhelähteistä.

1.2. Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirteet

1.2.1. Suomalaisen terveystalouden keskeiset tavoitteet ja perusta

Suomalaisen terveystalouden keskeinen päämäärä on niin sanottu tasotavoite eli väestön keskimääräisen terveydentilan parantaminen ja odotettavissa olevan elinajan pidentäminen. Tähän tavoitteeseen on pyritty esimerkiksi ennaltaehkäisemällä keskeisiä kansantauteja ja niiden vaaratekijöitä, vähentämällä sairauksien ja tapaturmien aiheuttamia toimintakyvyn rajoituksia ja edistämällä väestön yleistä hyvinvointia erilaisten terveysohjelmien avulla. (esim. Kangas 2002; Melkas ym. 2005; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b.)

Toinen terveystaloudemme päätavoite on alueellisten, sosioekonomisten ja muiden väestöryhmittäisten terveyserojen kaventaminen eli jakaumatavoite. Käytännön toimintalinjauksissa jakaumatavoite näkyy muun muassa pyrkimyksissä tasoittaa sairaudesta aiheutuvia kustannuksia sairausvakuutuskorvausjärjestelmän avulla ja järjestää kaikille kansalaisille riittävästi laadukkaita ja vaikuttavia palveluja kohtuuhintaan tai maksutta asuinpaikasta tai asemasta riippumatta. (Kangas ym. 2002, 12; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b.)

Hyvä terveydentila ja sen tasainen jakautuminen väestössä julkisen vallan vastuulla on kirjattu jo Kansanterveyslakiin vuonna 1972. Terveystalouden tasainen jakautuminen edellyttää, että tavoitteisiin pyrittäessä otetaan huomioon erityisesti kaikkein sairaimmat väestöryhmät (Melkas ym. 2005, 32).

otetaan huomioon erityisesti kaikkein sairaimmat väestöryhmät (Melkas ym. 2005, 32). Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen ja poistaminen ja toimenpiteiden kohdentaminen riskiryhmiin vahvistettiin vuonna 1986 hallituksen terveystoimintasuunnitelmana eduskunnalle hyväksytyssä Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelmassa. Terveyspalvelujärjestelmässä huomiota kiinnitettiin palvelujen laadun parantamiseen, alueellisten erojen tasoittamiseen sekä palvelujen inhimillisyyden, joustavuuden ja jatkuvuuden turvaamiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 1988, 105–108).

1990-luvun alkuvuosien laman, suurtyöttömyyden, julkisen talouden vaikeuksien ja kansainvälisten muutosten seurauksena kansalliset terveystavoitteet arvioitiin uudelleen. Siinä yhteydessä myös Terveyttä kaikille -ohjelma uudistettiin. Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen mainittiin ensimmäisenä kahdeksasta ratkaisevan tärkeiksi luonnehdituista ohjelman osa-alueista. Sen mukaan ”koko väestön terveyteen vaikuttavien keinojen lisäksi tulee toteuttaa toimenpiteitä, joista erityisesti huonoimassa asemassa olevat voivat hyötyä”. Terveyspalvelujärjestelmän osalta tämä tarkoitti väestövastuuperiaatteen korostumista palvelujen tarjonnassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1993, 25.)

Kansanterveyslakiin vuonna 1978 tehtyjen muutosten avulla työterveyshuolto liitettiin osaksi perusterveydenhuoltoa. Vuonna 1991 lain sisältöä uudistettiin työmarkkinajärjestöjen sopimuksella työkykyä ylläpitävästä toiminnasta työpaikoilla. Keskeiset työterveyshuollon järjestämisen ja sisällön periaatteet otettiin käyttöön 1990-luvun puolivälissä. Työterveyshuoltolain tavoitteena on ehkäistä terveysvaaroja ja parantaa työoloja, työntekijöiden terveyttä ja toimintakykyä. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö korostaa yhteistyötä, tarvelähtöisyyttä ja laatua. (Kauppinen 2003; Räsänen 2005.) Vuoden 2002 alusta voimaantulleessa työterveyshuoltolain uudistuksessa (21.12.2001/1383) on kiinnitetty huomioita työntekijöiden terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen koko työuran ajan.

Keväällä 2001 julkistettu valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelma on tuorein kansallinen terveystoimintapolitiittinen ohjelma. Strategiassa esitetään kahdeksan kansanterveyttä koskevaa tavoitetta ja 36 toimintaa linjaavaa kannanottoa. Ohjelmassa tuodaan esille sekä sosiaalisen että alueellisen syrjäytymiskehityksen voimistumisen riski. Terveystoimintapolitiikan onnistumisen edellytyksenä ohjelmassa nähdään sosioekonomisten ryhmien ja eri alueiden väestöjen terveyserojen kasvamisen ehkäisy ja aiempaa tehokkaampi toiminta väestöllisten erojen pienentämiseksi (Valtioneuvosto 2001, 13). Lammavuodet näkyivät ohjelman sisällössä: strategian pääpaino on terveyden edistämässä, ei niinkään terveyspalvelujärjestelmän kehittämisessä. Palvelujärjestelmän perustan muodostavat edelleen verorahoitettiset kunnalliset palvelut. Niiden tehokkuuteen, laatuun, vaikuttavuuteen ja tasapuolisuuteen kiinnitetään kuitenkin entistä enemmän huomiota. Tiedon saanti terveydestä ja palveluista tulee taata sosioekonomisesta asemasta ja syntyperästä riippumatta. Terveyden edistämiseksi voidaan tarvittaessa turvautua ostopalveluihin. (Valtioneuvosto 2001.)

Työterveyshuollon palvelujärjestelmää koskevat strategian ydinalueet liittyvät palvelujen järjestämiseen kaikille yhdenvertaisesti. Huomiota kiinnitetään epätyypillisiin työsuhteisiin, pieniin työpaikkoihin, yrittäjiin ja muihin omaa työtä tekevien palvelujen turvaamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a.)

Terveyden asema ja julkisen vallan vastuu väestön terveydestä vahvistettiin perustuslain uudistuksessa vuonna 2000. Paavo Lipposen toisen hallituskauden ohjelmassa terveyspalvelujen turvaaminen ja terveyden edistäminen säädettiin julkisen vallan velvollisuudeksi. Ohjelmassa väestön terveyden ja toimintakyvyn edistäminen asetettiin julkista ja yleistä päätöksentekoa ja toimintaa ohjaavaksi ja siihen vaikuttavaksi tekijäksi. Toimintalinjojen vahvistamisen taustalla oli muun muassa terveyttä koskevan vastuun korostuminen Euroopan yhteisön perustamissopimuksessa. (Valtioneuvosto 2001, 8–9.) Palvelujärjestelmää koskevat keskeiset kannanotot koskivat lasten ja nuorten psykiatrian hoidon kehittämistä, lääkkeiden vaihtoa edullisimpaan eli niin sanottua generistä substituutiota sekä kuntien tulopohjan vahvis-

tamista ja valtionosuuksien korotuksia. Lisärahoitusta järjestettiin syntyneiden jonojen purkuun. Palvelujärjestelmien kehittämishankkeissa painopiste oli hoidon laatusuosituksissa.

Matti Vanhasen hallitusohjelma vuodelta 2003 jatkoi samojen linjauksen mukaan, mutta korosti edeltäjänsä enemmän perusterveydenhuollon aseman vahvistamista tietoteknologiaa hyödyntämällä, seudullisella yhteistyöllä, toimivalla työnjaolla ja hoitoketjuilla. Erikoissairaanhoidon kalliita hoitoja esitettiin siirrettäväksi valtion rahoitusvastuulle. Vanhasen hallitusohjelmassa kiinnitettiin erityistä huomiota hoitohenkilöstön aseman parantamiseen muun muassa työolosuhteita kohentamalla, järjestämällä täydennyskoulutusta ja palkkapolitiikan tarkistuksella. (www.valtioneuvosto.fi/tiedostot/pdf/fi/33278.pdf; www.valtioneuvosto.fi/tiedostot/pdf/fi/39357.pdf)

Vuoden 2003 hallitusohjelman tueksi talvella 2002 laaditussa Kansallisessa projektissa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi esitettiin kahdeksankohtainen kehittämisohjelma, jossa käsiteltiin muun muassa terveyden edistämistä, palvelujärjestelmää, asiakasmaksuja ja terveydenhuollon rahoitusta. Yhtenä, ja eniten julkisuutta saaneena kehittämiskohteena esitettiin hoidon saatavuuden määrittäminen. Esityksen mukaan kiireellinen hoito on saatava viiveettä. Muissa tilanteissa potilaan tulee saada perusterveydenhuollon ammattilaisen ensiarvio kolmen päivän kuluessa ensimmäisestä yhteenotosta. Erikoissairaanhoidon lääkärin ensiarvioon on päästävä kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta ja lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon kolmessa, viimeistään kuudessa kuukaudessa. Hoitoon pääsyn toteutumisen aikarajaksi asetettiin joulukuu 2005. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2002.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön vuoden 2006 alun tiedotteiden mukaan (ks. www.stm.fi/Resource-phx/vastt/tervh/thindex.htm) erikoissairaanhoidon tilanne yli kuusi kuukautta jonottaneilla on helpottanut merkittävästi kaikissa sairaanhoitopiireissä. Pitkiä jonotusaikoja on edelleen lähinnä ortopediassa ja psykiatriassa. Perusterveydenhuollossa 92 prosenttia terveyskeskuksista voi taata hoidon tarpeen arvioin-

nin kolmen päivän sisällä. 25 prosenttia asiakkaista asuu alueilla, joilla ongelmia hoitoon pääsyssä aikarajojen puitteissa on ajoittain. Kahdella prosentilla ongelmia esiintyy jatkuvasti. Hoitoon pääsyä haittaavat useimmiten terveyskeskuslääkäri- tai muun henkilökunnan vaje sekä tekniset, muun muassa tietojärjestelmiin ja puhelinkeskustoimintaan liittyvät ongelmat.

Useiden arvioiden mukaan Suomen terveystalouden on viime vuosikymmenten aikana pääpiirteissään edennyt valittujen toimintalinjojen mukaisesti. Väestön terveydentila on parantunut, mitä osoittavat keskimääräisen elinajan pidentyminen, yleisimpien verenkiertoelinsairauksien sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien esiintyvyyden väheneminen ja subjektiivisesti koetun terveydentilan tason koheneminen. (esim. Arinen ym. 1998; Aromaa ja Koskinen 2002.) Tämä on ollut osaksi seurausta elinolojen jatkuvasta paranemisesta, mutta myös elintapamuutokset, sairauksien ehkäisy ja hoitomuotojen kehittyminen ovat edesauttaneet myönteistä kehitystä. Terveys- ja yhteiskuntapolitiittisin toimin kavennettavissa olevia tai ehkäistäviä suuria terveyseroja eri väestöryhmien, kuten sukupuolten, alueiden, koulutus-, sosiaali- ja tuloryhmien välillä on edelleen, ja joiltakin osin erot ovat viime vuosina jopa kasvaneet (Karvonen ja Rintala 2004; Martelin ym. 2005). Väestön ikääntyminen, huoli hoitohenkilöstön riittävydestä ja kustannusrasitteiden siirtyminen yhä enemmän asiakkaiden vastuulle tuovat lähitulevaisuudessa uusia paineita sosiaaliturvajärjestelmälle, erityisesti terveydenhuoltopalveluille.

1.2.2. Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän toimintamalli

Julkinen sektori vastaa palvelutuotannosta

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa terveydenhuollon toiminnasta ja sen periaatteellista luonteesta ja linjauksista, mutta ei määrittele yksityiskohtaisesti palvelujen laajuutta tai järjestämistapaa. Vastuu terveydenhuollon palveluista kuuluu julkiselle sektorille, erityisesti kunnille. Niiden tehtävänä on huolehtia

siitä, että sekä perus- että erikoissairaanhoitopalvelut ovat kaikkien kansalaisten saatavilla. Perusterveydenhuollon palveluita annetaan kuntien terveyskeskuksissa, työterveydenhuollossa ja yksityisillä lääkäriasemilla. Kuntien perusterveydenhuoltopalvelut voidaan tuottaa yksittäisen kunnan tai kuntaryhmien toimintana tai hankkimalla ne ostopalveluina yksityissektorilta. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on kuntien muodostamalla 21 sairaanhoitopiirillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b.) Erikoissairaanhoito on porrastetun terveydenhuollon toinen kerros, toisin sanoen päästäkseen palveluihin, tulee asiakkaalla olla lääkärin lähete, ellei kyse ole äkillisestä hoitoa vaativasta tilanteesta (Teperi 2005, 356).

Päävastuun terveydenhuollon palvelujen tuotannosta kantaa siis julkinen sektori. Tämä näkyy selvästi palvelujen käytössä: vuonna 1996 perusterveydenhuollon lääkärikäyntejä tehtiin terveyskeskuksissa 10,65 miljoonaa kappaletta. Yksityisiä yleislääkärikäyntejä tehtiin samaan aikaan 1,8 ja yksityisiä työterveyshuollon käyntejä 1,2 miljoonaa kappaletta. 2000-luvulla käyntimäärät ovat pysyneet julkisella sektorilla suunnilleen samoina, muissa käyntimäärissä on tapahtunut hieman muutoksia. Vuonna 2003 terveyskeskuskäyntejä oli 9,44, yksityisiä yleislääkärikäyntejä 1,0 ja työterveyshuollon käyntejä 1,9. (Sosiaali- ja terveydenhuollon...2001; 2004).

Terveyskeskusten palvelutarjonta on laaja: kansanterveyslain mukaan terveyskeskukset vastaavat sairaan- ja kotisairaanhoidon palveluista, sairaankuljetuksista, neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydestä, hammashuollosta, terveysneuvonnasta, terveystarkastuksista sekä kuntoutus- ja mielenterveyspalveluista. Kunnan terveyskeskuksen on järjestettävä myös työterveyshuollon palvelut niitä haluaville yrityksille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b.)

Perinteisen terveyskeskusjärjestelmän rinnalle Suomessa on vuodesta 1986 alkaen vakiinnuttanut asemansa väestövastuun toimintamalli. Tämän, niin kutsutun omalääkärijärjestelmän perusajatus on, että yksittäinen lääkäri on vastuussa hänelle sovituista henkilöistä. Perinteisen hoitojärjestelmän ja omalää-

kärikäytännön lisäksi vastuu nimetyistä väestöstä voidaan jakaa terveydenhuollon ammattilaisista koostuville ryhmille. Kunnilla on mahdollisuus valita mieleisensä hoitofilosofia. Omalääkärijärjestelmään on alun perin kuulunut mahdollisuus päästä kolmen päivän sisällä oman lääkärinsä vastaanotolle. 1990-luvun puolivälissä alle puolet ja vuonna 2003 kaksi kolmasosaa väestöstä kuului järjestelmän piiriin. Tutkimusaineistossani omalääkärijärjestelmän vakiintumattomuus näkyi vielä jossain määrin: noin 40 prosenttia kaikista haastatelluista ja 45 prosenttia sairauden vuoksi lääkärissä käyneistä tiesi terveyskeskuksen nimenneen heille oman lääkärin (vrt. Arinen ym. 1998, 51). Pienissä kunnissa väestövastuu on toteutunut suuria kuntia nopeammin. Väestövastuun myötä päivystyspotilaiden määrä on vähentynyt, palvelujen saatavuus, hoidon jatkuvuus ja suhteet erikoissairaanhoidon ovat parantuneet. Omalääkärijärjestelmä ei ole kasvattanut kunnan kokonaisterveydenhuollon menoja. (Mattila 2005; Paunio 1997, 33–34.)

Yksityinen sektori täydentää julkisia palveluja

Yksityisten terveyspalvelujen tuottajat ovat itsenäisiä ammatinharjoittajia. Toiminta rahoitetaan asiakasmaksuilla, joista sairausvakuutus korvaa käyttäjille tietyn osan. Kun julkinen terveydenhuolto lähtee yhteishyvän perusajatuksesta, yksityisessä terveydenhuollossa korostuu palvelujen tuottaminen elinkeinona (Tuorila 2000, 28). Terveyspalvelujen markkinaperuste sisältää merkityksiä, jotka tuottavat yhteiskunnallisia valtarakenteita. Siihen kuuluu se, että palvelujen tuottajat pyrkivät maksimoimaan etunsa, ja että he voivat valita haluavatko käydä kauppaa vai eivät (vrt. Niiranen 2000, 16). Suomalaisessa yksityisessä terveydenhuollossa ei kuitenkaan voida puhua puhtaasta kaupallisesta toiminnasta, sillä sairausvakuutusjärjestelmän ansiosta toiminta on käytännössä osittain julkista. Puhtaasti yksityisiä palveluja ovat ainoastaan kosmeettisista syistä tehtävät tutkimus- ja hoitotoimenpiteet. Eniten yksityisiä terveyspalveluja tuotetaan fysioterapiassa, lääkärin vastaanotto- ja laboratoriotuotinnassa sekä työterveyshuollossa

(Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004b, 17). Voimakkaimmin kasvaneet yksityisen terveydenhuollon alat ovat lääkärin vastaanotto- ja työterveyshuollon palvelut (Kauppinen ym. 2004, 97).

Laskennallisesti noin joka kolmannella kerralla terveydenhuoltopalveluja tarvitsevat henkilöt asioivat yksityisellä sektorilla (esim. Mattila 2005, 354). Yksityisten lääkäripalvelujen tarjonta jakautuu alueittain osittain käänteisesti terveyskeskuspalveluihin nähden. Yksityissektorin palvelut ovat kuitenkin keskittyneet paikkoihin, joissa on riittävästi maksukykyisiä asiakkaita eli Etelä-Suomeen ja kaupunkialueille, joten haja-asutusalueet jäävät usein kokonaan vaille yksityisiä palveluja (Kokko ja Niskanen 1995; Tuorila 2000, 30). Eniten käytetyt yksityislääkäripalvelut ovat pääasiassa erikoislääkäripalveluja, joiden tarjonta julkisessa terveydenhuollossa on usein riittämätöntä tai joiden jonotusajat ovat pitkiä (Kalimo ym. 1997). Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutusilaston (2004) mukaan erikoisaloista eniten käytetyt ovat silmätaudit, gynekologia ja kirurgia. Seuraavaksi eniten käyntejä tehdään psykiatriassa sekä korva-, nenä- ja kurkkutauoissa.

Yksityiset terveydenhuoltopalvelut eivät pelkästään paikkaa julkisten palvelujen riittämättömyyttä, vaan Tuorilan sanoin ne ”myös löytävät markkinansa sellaisista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä, joita julkinen sektori ei tarjoa lainkaan” (Tuorila 2000, 23). Esimerkkeinä tällaisista monopolituotteista Tuorila mainitsee sairaansijojen sisältävät hoitolaitokset, kuntoutuslaitokset sekä kylpylät ja vaihtoehtoisia hoitoja antavat hoitopaikat.

1990-luvulla yksityisten palvelujen käyttämisestä aiheutuvat kulut kasvoivat julkisen sektorin palveluja selvästi suuremmiksi. Tämä johtuu siitä, että lamavuosien seurauksena terveydenhuollon palvelumaksut nousivat ja samanaikaisesti korotettiin sairausvakuutuksen omavastuuosuuksia (Keskimäki ym. 2002, 284). Taloudellisen laskusuhdanteen aikana yksityisen sektorin käyttö väheni, mutta 2000-luvun alkuvuosina käyntimäärät ovat jälleen hieman nousseet (Klaukka ja Maljanen 2001, 911; Mattila 2005, 354).

Työterveyshuolto työympäristön ja työntekijän asialla

Parhaimmillaan työ antaa elämään sisältöä, ylläpitää ja edistää ihmisen hyvinvointia ja terveyttä. Työssä jaksaminen ja työhyvinvointi perustuvat yhteensopivuuteen, tasapainoon ja joustoon työn, työntekijän ja työyhteisön suhteessa (Ahola 2001). Hyvinvoiva henkilöstö ja yrityksen menestyminen liitetään nykyisin myös kiinteästi toisiinsa. Kattavat työterveyshuollon palvelut nähdäänkin useissa yrityksissä järkevinä ja taloudellisina investointeina (Ojala ja Ahonen 2003; Tuomi 2000; vrt. myös Kankaanpää ja Suhonen 2006).

Työterveyshuoltolaki (1383/2001) velvoittaa työnantajat järjestämään palveluksessaan oleville työntekijöille työterveyspalvelut. Ehkäisevien terveyspalvelujen lisäksi työntekijöille voidaan antaa myös sairaanhoito- ja muita terveydenhoitopalveluja. Suomessa työterveyshuolto kattaa nykyisin yli 90 prosenttia toisen palveluksessa olevista työntekijöistä. Maatalousyrittäjistä palvelujen piiriin kuuluu noin puolet ja muista omaa työtä tekevästä yrittäjistä joka kolmas (Piirainen ym. 2003, 31). Työnantaja voi järjestää työterveyspalvelut itse tai ostaa ne kunnallisilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Kuntien terveyskeskukset ovat avainasemassa työterveyspalvelujen järjestämisessä etenkin maaseudulla, jossa ei ole vaihtoehtoisia palveluntuottajia. Niiden piiriin kuuluu yli kolmannes kaikista yritysten henkilöasiakkaista ja yli puolet kaikista yritysasiakkaista (Kauppinen ym. 2003, 297).

Kuten yllä olevat luvut osoittavat, kasvu työterveyshuollon sektorilla on ollut huomattava. Työterveyshuollosta on viimeisen kymmenen vuoden aikana tullut merkittävä liiketoiminta-alue, ja uutena toimintamuotona markkinaosuuttaan ovat kasvattaneet yritysten ja yhdistysten paikalliset liittoutumat. Työntekijän kannalta miellyttävää on se, että työpaikkaterveydenhuollon palvelut, sairaanhoito mukaan lukien,

ovat toisen palveluksessa oleville maksuttomia riippumatta siitä, miten työnantaja on nämä palvelut järjestänyt.

Työelämän nopeat muutokset, kansainvälistyminen ja monimuotoiset työsuhteet, työväestön ikääntymisen ja uudet kuormitustekijät asettavat jatkuvasti paineita ja kehittämisvaatimuksia työterveyshuollon palveluille. Yksilösuuntautuneen toiminnan rinnalla on alettu korostaa työyhteisöjen toimivuuden ja hyvien johtamistapojen merkitystä työssä jaksamiselle (Ojala ja Ahonen 2003, 122).

1.2.3. Julkisten ja yksityisten terveystalvelujen rahoitusperusta

Terveystalvelua rahoittavat Suomen valtio, kunnat, Kansaneläkelaitos, työnantajat ja kotitaloudet. Julkiset terveystalvelut perustuvat verovaroihin, yksityiset kotitalouksien ja Kansaneläkelaitoksen maksusuuksiin. Tämä roolijako on viime aikoina jossain määrin hämärtynt, kun kunnissa on verovaroin alettu ostaa yksityisiä terveystalveluja paikkaamaan niukkaa julkista palvelutarjontaa.

Terveystalvelun resursointiin vaikuttavat muun muassa kansantalouden kehitys, sisäinen muuttoliike, henkilöstön palkkakustannukset ja väestön ikärakenteessa tapahtuvat muutokset (Huttunen 2002). Kuntien ja Kansaneläkelaitoksen suhteellinen osuus palvelujen rahoittajana on viime vuosina kasvanut samalla kun valtion osuus on pienentynyt. Terveystalvelun kokonaismenot ovat kasvaneet vuoden 1996 7,5 miljardista eurosta 10,7 miljardiin euroon vuonna 2003. Vuonna 1996 valtion rahoitti menoista 24 prosenttia, kunnat 38, Kansaneläkelaitos 14 ja kotitaloudet 20 prosenttia. Jälkimmäisenä vuotena valtion osuus oli pudonnut 18:aan ja kuntien nousut 43 prosenttiin. Kansaneläkelaitoksen osuus oli 16 ja kotitalouksien 19 prosenttia. (Kansaneläkelaitoksen...2005; Terveystalvelujen kustannukset...2001.) Kotitalouksien vastuu terveystalvelujen rahoituksesta on kasvanut yhdeksi EU-maiden korkeimmista (Teperi 2005, 339).

Valtio, kunnat ja asiakkaat kunnallisten terveystalouden maksajina

Julkisen terveydenhuollon palveluista vähän yli puolet rahoitetaan kunnallisveroilla ja noin kuudesosa valtionosuuksilla. Loppuosuus katetaan erilaisilla maksutuloilla, muun muassa asiakasmaksuilla. Julkisen terveydenhuollon menot olivat vuonna 1996 6,5 ja vuonna 2003 8,2 miljardia euroa. Lähes puolet menoista muodostui vuodeosastohoidosta ja vajaa kolmannes avohoidosta. Lääkkeiden osuus nettomenoista oli noin 10 prosenttia. (Kansaneläkelaitoksen... 2005.)

Lamavuosien julkistalouden vaikeudet näkyivät terveydenhuollon poliittisessa kontekstissa valtion rahoituksen jakoperusteiden uudistamisena, rahoitusosuuden pienenemisenä ja palvelutuotantoa säätelevien normien määrän minimoimisena (Lehto 2003, 237). Merkittävin palvelujärjestelmään heijastuva muutos oli vuonna 1993 toteutettu valtionapulainsäädäntöuudistus. Tehtäväkohtaisesta, asukasperusteisesta, kuntien kantokykyluokan mukaan myönnettyistä valtionavuista siirryttiin laskennallisiin avustuksiin, joissa avustukset määräytyvät kunnan pinta-alan ja asukastiheyden, työttömyysasteen sekä asukkaiden ikäryhmien koon ja sairastavuuden perusteella (Helin ja Oulasvirta 2000, 110–111). Valtionapujärjestelmän tarkistuksen yhteydessä vuonna 1997 sen laskennallisiin perusteisiin otettiin käyttöön myös kuntien omarahoituskäytäntö.

Valtionosuusuudistuksella pyrittiin kunnallisen itsehallinnon vahvistamiseen sekä toimintojen taloudellisuuden ja tehokkuuden edistämiseen. Uusi järjestelmä antoi kunnille mahdollisuuden järjestää keskeiset terveys- ja sosiaalipalvelut haluamallaan tavalla. (Huttunen 2002, 8.) 1990-luvun hallinnolliset muutokset siirsivät myös ohjausvaltaa valtiolta kunnille. Palvelujen käytön alueellisten erojen on tämän vuoksi sanottu heijastavan ainakin osittain eroja paikallisen tason toimintapolitiikassa (Klavus ja Häkkinen 2000, 126). Muutosten voi kuitenkin myös tulkita hajaannuttavan aiemmin lujasti keskitettyä ohja-

usta eri tahojen kesken. Lehto (2003) on todennut, että kuntien näkökulmasta lukuisten normien, suositusten, palvelujen myynti- ja yhteistyötarjousten myötä kuntiin kohdistuvat uudet pakkotilanteet ovat pikemminkin fragmentoineet kuin heikentäneet ohjausvaltaa (mt., 240).

Valtionosuusuudistus merkitsi myös askelta valtakunnallisesta suunnitelmataloudesta terveyspalvelujen ainakin osittaisen markkinatalouden suuntaan. Kunnan tehtävänä on kilpailuttaa terveydenhuoltopalvelujen tarjoajia voidakseen valita parhaiten tarpeitaan vastaava vaihtoehto. Kilpailun uskotaan parantavan kustannustietoisuutta ja tehokkuutta, kannustavan arvioimaan tarkemmin palvelujen hinta-laatu suhdetta, lisäävän hoitokäytäntöjen kriittistä arviointia, tuovan kustannussäästöjä ja viime kädessä laskevan palvelujen hintoja (Pekurinen 1994, 11). Kilpailu luo myös edellytyksiä palvelutuotannon joustoille, jolloin voidaan nopeasti reagoida kysynnässä tapahtuviin muutoksiin (Melin ja Paunio 2002, 18–21). Kuntien ja kuntayhtymien yksityisiltä ja kolmannelta sektorilta ostamien terveydenhoitopalvelujen määrä on toistaiseksi ollut Suomessa vähäinen. Erikoissairaanhoidon palveluista vajaa prosentti ja perusterveydenhuollon palveluista vajaa kaksi prosenttia ostetaan yksityisiltä palveluntuottajilta tai kolmannelta sektorilta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 110). Toistaiseksi vaisun markkinaehtoisen palvelutuotannon osuuden arvellaan kasvavan nopeasti tulevaisuudessa (esim. Melin ja Paunio 2002, 19).

Ostopalveluja on kiihdyttänyt pula ammattitaitoisen henkilöstön saatavuudesta. Uutena ilmiönä 2000-luvun alussa Suomeen on syntynyt yrityksiä, jotka vuokraavat lääkäri- ja hoitohenkilökuntaa terveyskeskuksille. Suurin osa terveyskeskuksista on käyttänyt näitä palveluja ainakin yöpäivystyksissä. Vuokratyöt ovat synnyttäneet tervettä kilpailua terveydenhuollossa. Pienissä, syrjäisissä kunnissa, joissa kilpailevia yrityksiä ei ole saatavilla, vuokrahenkilöstön käyttö voi kuitenkin kasvattaa kunnan avoterveydenhuollon menoja. Suurimpana epäkohtana vuokrahenkilöstökäytännölle on nähty pitkäaikaisten hoitosuhteiden puuttuminen, mikä on myös ristiriidassa kunnallisen väestövastuuperiaatteen kanssa. (Mikkola ym. 2004, 15–19.)

Yhtenä vaihtoehtoisena hyvinvointipalvelujen organisointi- ja rahoitusmuotona on useissa EU-maissa kokeiltu palvelusetelisovellusten käyttöä, jolla tarkoitetaan palvelurahaa tai rajattua käyttösummaa johonkin ennalta määrättyyn käyttökohteeseen. Myös Suomessa kunnat ovat voineet järjestää palveluja palvelusetelin avulla. Lasten päivähoidosta ja omaishoidon vapaasta järjestetyistä palvelusetelikokeiluisista saadut kokemukset ovat olleet Stakesin mukaan myönteisiä (Mikkola 2003, 55–56). Palveluseteli voi olla yksi keino taata kuntalaisten hoitotakuun edellyttämä pikainen hoitoon pääsy lääkäripulaa potevilla paikkakunnilla (vrt. Kokko 2004, 15).

Leikkauksista huolimatta valtionosuusjärjestelmä tasaa kuntien välisiä eroja tulopohjassa. Pienissä kunnissa terveydenhuoltomenojen satunnainen vaihtelu lisää epävarmuutta, ja suuret vaihtelut voivat horjuttaa pienen kunnan taloutta voimakkaasti. Lisäksi kuntien tulopohjaa heikentävät työikäisen väestön muuttoliike ja korkeana pysyvä työttömyys. Kuntien väliset erot ovat näistä syistä suuria. Ratkaisukeinoina on ehdotettu pienten kuntien yhdistämistä ja kuntien välisten yhteistyömuotojen tehostamista. (esim. Huttunen 2002; Mikkola ym. 2002; Valtonen ja Rissanen 2003.)

Sairausvakuutuslaki tasoittaa kulukorvauksia yksityissektorin palveluista

Suomessa asuva henkilö on vakuutettu sairauden varalta sairausvakuutuslain mukaisesti. Vakuutetulla on oikeus saada korvausta tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksista. Kansaneläkelaitoksen hallinnoima sairausvakuutus rahoitetaan työnantajien ja vakuutettujen maksuosuuksilla. Vakuutusrahaston riittävydestä vastaa valtio. (Niemelä ja Salminen 2002, 33; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2004a, 21.)

Sairaanhoitovakuutuksen painopisteet ovat lääkehoidon, matkakorvauksista aiheutuvien kustannusten, yksityissektorin tuottamien erikoislääkäripalvelujen sekä työnantajien järjestämän työterveyshuollon kustannusten korvaamisessa. Julkisen sairaanhoitovakuutuksen keskeisiä tavoitteita ovat terveystieteiden

jen tarpeellisen käytön edistäminen, valinnanvapauden lisääminen terveystalouden käytössä, sairaiden henkilöiden turvallisuuden parantaminen ja yleisten terveystaloudellisten päämäärien tukeminen (Morri 1997, 13; Niemelä ja Salminen 2002, 33).

Vuonna 2004 sairausvakuutus korvasi lääkäripalveluja kaikkiaan 64,6¹ miljoonaa euroa. Vuodesta 1996 lähtien on ollut 7,6 miljoonaa euroa. Vuonna 1996 korvausten saajia oli 1,3 ja vuonna 2003 1,5 miljoonaa henkilöä. Alimmillaan korvausten saajien määrä oli vuonna 1994, jolloin heitä oli 1,26 miljoonaa. Yksityissektorin lääkäripalvelujen käytöstä sairausvakuutus korvaa käyttäjälle vajaan kolmannesosan; kaksi kolmasosaa kustannuksista jää asiakkaan itse maksettaviksi. Viimeisen kymmenen vuoden aikana omavastuuosuus on kasvanut liki 10 prosenttia. (Kansaneläkelaitoksen... 2005) Kansaneläkelaitoksen maksamien korvausten tason lasku ja terveydenhuollon asiakasmaksujen hintojen korotukset ovat johtaneet siihen, että tällä hetkellä pienituloiset käyttävät käytettävissä olevista tuloistaan suurituloisia suuremman osan terveydenhuoltopalveluihinsa (Teperi 2005, 339). Sairausvakuutustaksat ovat jääneet siinä määrin jälkeen niiden todellisista kustannuksista, että Kansaneläkelaitoksen johdossa on toisinaan viritelty keskustelua omavastuuosuuksien tarkistuksesta. Ehdotukseen on suhtauduttu myös kriittisesti: korvaustason nostaminen saattaisi korottaa yksityisten palvelujen hintoja entisestään (esim. Helsingin Sanomat 6.3.2006).

Työnantajalla on sairausvakuutuslain nojalla oikeus saada korvausta työterveyshuollon järjestämisen aiheuttamista kuluista. Korvaus määräytyy työntekijäkohtaisen laskennallisen enimmäismäärän mukaan ja on tällä hetkellä enintään 60 prosenttia Kansaneläkelaitoksen hyväksymistä kustannuksista. Enimmäismäärät määritellään hyvän työterveyshuoltokäytännön edellyttämien voimavarojen perusteella ja määrät tarkistetaan vuosittain. Myös yrittäjillä ja muilla omaa työtään tekevillä on oikeus saada korvaus-

¹ Työnantajan järjestämän työpaikkaterveydenhuollon korvaamat lääkärisäkäynnit eivät sisälly tässä kuvattuihin lääkärisäkäynteihin. Työterveyshuollosta maksetaan työnantajalle työterveyshuollon korvauksia hakemusten perusteella erillään muista sairausvakuutuskorvauksista. Luvut eivät myöskään sisällä muita asiakkaalle yksityissektorin käytöstä koituvia tutkimus- tai hoitokustannuksia, kuten laboratorio- tai kuvantamispalveluja.

ta oman työterveyshuoltonsa kustannuksista. Viimeisimmät työterveyshuollon rekisteritiedot ovat vuodelta 2002: työterveyshuollon kustannukset olivat tuolloin 341 miljoonaa euroa ja niistä maksettiin korvauksia 153 miljoonaa euroa. (Kansaneläkelaitoksen...2005.)

Yksityiset palveluntuottajat saavat tukea toimintansa ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi muun muassa kunnilta, Kauppa- ja teollisuusministeriöltä sekä Maa- ja metsätalousministeriöltä. Merkittävin tukimuoto on Raha-automaattiyhdistyksen sosiaali- ja terveystyöjärjestöille myöntämät avustukset. (Kauppinen ym. 2004, 102).

1.3. Tutkimuksen keskeiset käsitteet: terveys, sairaus ja terveyspalvelujen käytön tasainen jakautuminen väestössä

Terveyden ja sairauden monet ulottuvuudet

Hyvinvointitutkimuksessa terveys liitetään usein tarpeentyydytykseen tai sitä pidetään toimintaresurssina. Tämä ajatus heijastuu myös WHO:n määrittelylinjassa terveydestä, ei vain sairauden puuttumisena vaan täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana. Terveyslähtöistä, positiivista terveyskäsitystä on luonnehdittu siinä määrin idealistiseksi ja vaikeasti operationalisoitavaksi, että käytännön tutkimustoiminnassa terveyttä on lähestytty sen negaation, sairauskäsitteen kautta (esim. Karisto 1984, 57–61; Manderbacka 1995, 12). Näin on tehty esimerkiksi von Wrightin analyyseissa, joissa määrittelyä on perusteltu sillä, että elimistön epätyytyttävälle toiminnalle on aina löydettävissä jokin syy, kun sen sijaan elimistön normaalitilalla ei syytä samassa mielessä ole (von Wright 1972, 56). Sairauslähtöinen näkökulma tarkoittaa, että tarkastelun kohteeksi valitaan terveyden sijaan vaivat, taudit, voimava-

rojen puutteet, heikentyneet kyvyt suoriutua arkielämässä, epämiellyttävät tuntemukset, oireet tai häiriöt (Ahola 1992; Bowling 1991; Jylhä 1985; Twaddle 1974).

Terveyden teoreettisissa määrittelyissä viitataan yleensä lääketieteelliseen, subjektiiviseen tai sosiaaliseen lähestymistapaan. Lääketieteellisessä terveysmallissa huonolla terveydellä tarkoitetaan tautia eli yleensä lääkärin toteamaa patologiaa tai poikkeamista fysiologisista tai psyykkisistä normeista (Manderbacka 1995, 13). Useat tutkijat ovat korostaneet sairaus- ja tautikäsitteiden merkityseroja (esim. Engeström 2003; Karisto 1984; Manderbacka 1995). Tauti on tietty sairauden lääketieteellisesti täsmennetty osa. Tautien voidaan sanoa olevan myös sellaisia elinten ja aistimien toimintakyvyn tai sen uusintamisprosessin häiriöitä, jotka ovat lääketieteellisesti tunnistettavissa (Rimpelä 1980). Sairaus sen sijaan on tulosta elinten tai aistimien epätydyttävästä toiminnasta eli taudista. Sairaus on siis se varsinainen signaali, jonka ihminen kokee hyvinvoinnin vajeena ja johon hän pyrkii vaikuttamaan toimintansa kautta esimerkiksi hakeutumalla hoitoon. Tautia laajemman sairauden käsitteen avulla terveydelliset haitat voidaan liittää myös muiden sosiaalisten ilmiöiden yhteyteen. Taudin objektiiviset merkit näyttäytyvät kuitenkin vain lääketieteen asiantuntijoille (Engeström 2003, 320).

Subjektiivisessa terveysmallissa terveydellä tarkoitetaan yksilön omia tuntemuksia tilastaan (Manderbacka 1995, 13). Subjektiivisesti koetulla terveydellä viitataan usein tautitilojen ja niihin liittyvien käyttäytymismuutosten kognitiivisiin heijastumiin, joiden perusteella ihminen tietää sairastavansa jotakin tautia. Karisto (1984) korostaa, että kyse on paljolti asioiden merkityksistä ja merkityssisällöistä ihmiselle eli siitä, miten sairaus heijastuu yksilön koettuun hyvinvointiin (mt., 68–72). Myös Engeström huomauttaa, että ihmiset rakentavat kuvaa omasta hyvinvoinnistaan sekä lääketieteellisen että ei-lääketieteellisen tiedon perusteella. Lääketieteen kuva itsestä muodostuu omista aikaisemmista sairaus- ja hoitokokemuksista ja sairaustietämyksestä. Ei-lääketieteellinen tieto perustuu arkielämän tapahtumiin ja olosuhteisiin. (Engeström 2003, 313.)

Blaxterin (1990) mukaan sairautta voidaan perustellusti lähestyä koettujen epämiellyttävien tuntemusten ja oireiden näkökulmasta. Vaikka koettujen oireiden ja lääketieteellisen diagnoosin välillä ei välttämättä olisikaan suoraviivaista yhteyttä, yksilö saa niistä oman käyttäytymisensä kannalta tärkeää tietoa (mt., 32). Myös Jylhä (1985) sekä Kinnunen ja Rasku (1994) korostavat, että ihmisen ajatukset ja tulkinnat omasta terveydestä ovat relevantteja lähestymistapoja ihmisen kokemusmaailmaan. Terveyspalvelujen käytön yhteydessä terveydentilassa havaitut epämiellyttävät tuntemukset ja oireet ovat ratkaisevassa asemassa, sillä pitkälti niiden perusteella ihmiset arvioivat, milloin on syytä hakeutua palvelujen piiriin (Telles ja Pollack 1981).

Oireiden merkitys korostuu mielenterveyden häiriöissä. Mielenterveyden heikkeneminen ja psyykkisten oireiden esiintyminen on yleistynyt Suomessa viime vuosien aikana. Vaikeista mielenterveyden ongelmista varsinkin depressio on johtanut 1990-luvulta lähtien entistä useammin työkyvyttömyyseläkkeelle (Kansaneläkelaitoksen...2005). Mielenterveys on aina vuorovaikutuksellista: se on suhteessa olemista jonkun kanssa ja heijastaa yhteisön kulttuurisia ja sosiaalisia arvostuksia. Klockars (1994) korostaa psyykkisten sairauksien tutkimuksessa subjektiivisten kokemusten merkitystä siksi, että ihmiset arvioivat oireensa, terveytensä ja työkykynsä pitkälti suhteessa muiden ikäistensä ihmisten ja työtovereidensa hyvinvointiin (mt., 234–235). Mielenterveys ymmärretään usein myös niin abstraktina käsitteenä, ettei sitä sellaisenaan voida määritellä tai tutkia samalla lailla spesifisti kuin tauteja ja sairauksia, joilla on jokin tietty biologinen perusta ja selkeä tutkimusmenetelmä häiriön havaitsemiseksi (Viinamäki 1997, 21–23).

Sairauden ihmisen hyvinvoinnille aiheuttama haitta liittyy olennaisesti sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemiseen. Purola (1972) on erottanut lääketieteellisen ja subjektiivisen ulottuvuuden lisäksi terveyden sosiaalisen osa-alueen, jossa terveys korostuu voimavarana. Terveiden resurssimerkitykseen viitattaessa

puhutaan myös sen funktionaalisesta ulottuvuudesta (Manderbacka 1995; Parsons 1958). Näkökulma korostaa ihmisen itsensä arvioimaa kykyä selviytyä normaaleista tehtävistä ja odotuksista. Toimintakyvyn aleneminen on merkki sairaudesta. Terveyden ydintehtävä on työn tekeminen, tuottaminen ja toiminta. Terveys on tällöin Parsonsien sanoin: ”yksilön kykyä suoriutua tehokkaasti niistä rooleista ja tehtävistä, joihin hänet on sosiaalistettu” (Parsons 1958, 176). Parsons tähdensi, että sosiaalinen sairaudentila on luonteeltaan yleinen ja samanlainen kaikille sairaille, ja lääketieteellisestä sairaudesta sen erottaa sairaan rooliin asettuminen. Sairaus antaa ihmiselle oikeuden vetäytyä tavanomaisista velvoitteista etenkin, jos kyse on väliaikaisesta ja akuutista olotilan muutoksesta (Parsons 1951, 436–437). Funktionaalinen ajattelumalli korostaa siis terveyden yhteiskunnallista käyttötarkoitusta. Tämänkaltaisilla ajatuksilla onkin perusteltu esimerkiksi työvoiman saatavuutta ja väestöllistä uusiutumista (Karisto 1984, 81). Funktionaalinen ajattelu on vaikuttanut merkittävästi myös työterveyshuoltopalvelujen kehittämiseen; lainsäädännössä se on nähtävissä esimerkiksi ammatillisen työkyvyttömyyden määrittelyssä.

Erilaisissa elämänvaiheissa ja jopa eri puhetilanteissa terveys rakennetaan ja määritellään eri tavoin. Nuoret kytkevät terveyden hyväkuntoisuuteen, fyysiseen voimaan ja energisyyteen. Vanhemmiten terveys määrittyy ensisijaisesti suhteessa toimintakykyyn ja selviytymiseen. Myös sukupuolten välillä terveys ymmärretään eri tavoin. Naiset määrittelevät terveyden miehiä laaja-alaisemmin ja liittävät sen miehiä useammin sosiaalisiin suhteisiin. Naisten ja miesten erilaisten ajatusmallien taustalla vaikuttavat erot sairastavuudessa ja terveyskäyttäytymisessä sekä sukupuolten erilaiset tehtävät ja asema yhteiskunnassa. Sukupuolittain muotoutunut identiteetti ja käyttäytymismallit heijastuvat myös suhtautumisessa terveyteen ja sairauksiin. Viime aikoina on kiinnitetty huomiota siihen, että molemmilla sukupuolilla esiintyvät sairaudet ilmenevät eri tavoin naisilla ja miehillä, mikä luo paineita etenkin kliinisen lääketieteen käytäntöihin. Naiset ja miehet eivät myöskään ryhminä ole sisäisesti homogeenisia. (Luoto ym. 2003.)

Paitsi ikä ja sukupuoli, myös oma koettu terveydentila, koulutus ja sosiaalinen asema vaikuttavat tapaan, jolla terveyttä määritellään (esim. Blaxter 1990; Manderbacka 1995). Silti vain harvoin sairaus merkitsee täydellistä toimintakyvyttömyyttä. Kyse on pikemminkin toimintakyvyn asteittaisesta vaihtelusta. Puhtaasti lääketieteellisissä hoitokäytännöissä jako terveisiin ja sairaisiin on pitkälti sopimuksenvaraista (Karisto 1984, 66).

Perinteisessä terveystutkimuksessa ja erityisesti terveyspalvelujärjestelmää käsittelevissä hankkeissa lääketieteellinen terveysnäkökulma ja kvantitatiivinen tutkimusote ovat olleet vallitsevia. Lääketieteen asiantuntemus ja lääketiedeinstituution rooli on ollut keskeinen. Viime aikoina lääketieteellisten ja niille vaihtoehtoisten hoitomuotojen runsas esilläolo on lisännyt ihmisten terveystietoutta. Myös Suomessa on tuotu esiin potilaan ja lääkärin vuorovaikutussuhdetta, erilaisia sairauden kokemuksista puhumisen tapoja ja eri merkitysisältöjen tulkintoja terveydenhuollon rajapinnassa (esim. Honkasalo ja Hinkkanen 2003; Sorjonen ym. 2001). Laadullisen tutkimusotteen, erilaisten tapaus selvitysten ja omakohtaisten kokemusten julkiset tarinat ovat avanneet uusia näkökulmia terveyden ja sairauksien merkitysten ymmärtämiselle myös maallikkojen keskuudessa. Perinteisen sairaan roolin tilalle, jossa sairastunut on vain passiivinen vastaanottaja, on modernissa potilaskehityksessä noussut potilaan itsemääräämisoikeutta korostava asiakkaan rooli. Potilaan ja lääkärin välillä vallitseva selvä hierarkia on kyseenalaistunut. Yhä useammin potilaat astuvat refleksiivisistä vastaanottajista tietoisien ja valistuneiden asiakas-kuluttajan asemaan ja valitsevat itse haluamansa hoidon, lääkärin ja hoitomuodot. Myös pitkäaikaissairaiden omien kokemusten huomioon ottaminen sairauksien hoitoprosessissa on lisääntynyt. Tällainen yksilökohtainen, arjen elämää helpottava tieto ei kilpaile lääkärikunnan asiantuntijuuden kanssa, mutta sen merkitys on oleellinen ihmisten toiminnan ja terveystietämisen muokkaajana. Myös passiiviseen sairaan rooliin heittäytyminen on hankaloitunut kulttuurissa, joka korostaa sairauden haltuunottoa ja terveyden ylläpitämisen velvollisuutta. (vrt. Kangas 2003.)

Tämä näkökulma on tärkeä myös omassa terveystutkimusten käyttöä ja niiden taustoja selvittävässä analyysissäni, vaikka tutkimusmetodini noudattaakin perinteistä lääketieteen paradigmaa. Tutkimusaineistoni on koottu etukäteen formuloidulla kyselylomakkeella, terveys- ja sairauskäsitteitä ei haastattelutilanteessa määritelty, eikä haastateltavien näkemyksiä käsitteiden merkityksistä tiedusteltu. Subjektiiiviset kokemukset ja uskomukset heijastuvat työssäni selvimmin tuloksiin, jotka käsittelevät haastateltujen omia arvioita terveydentilastaan ja sairauksien aiheuttamaa haittaa elämässään. Haastatellut myös itsemäärittivät sairautensa ja oireensa, jotka myöhemmin koodattiin lääketieteen tautiluokkiin asiantuntijaraadin voimin. Tämän aineiston tuloksia tulkitessani lähtökohtanani on, etteivät ihmiset sattumanvaraisesti ajautu joihinkin palveluihin, vaan valitsevat lääkärinsä ja hoitonsa harkitsevina, hyötyjä ja haittoja puntaoivina toimijoina.

Mitä terveystutkimus mittaa?

Käytännön terveystutkimuksissa lääketieteen terveystutkimuksen on osoitettu ihmisten itse ilmoittamien terveystietojen vastaavan varsin hyvin lääkärin arvioita etenkin, jos kyse on konkreettisista ja yksiselitteisistä vaivoista. Esimerkiksi Mini-Suomi -tutkimuksessa oman ilmoituksen todettiin aliarvioivan mielenterveyden häiriöitä, mutta antavan terveystarkastusten kanssa yhdenmukaisen kuvan pitkäaikaisesta sairastavuudesta ja sen suhteellisesta vaihtelusta väestöryhmittäin (Aromaa ym. 1989).

Ihmiset ottavat omissa tulkinnoissaan huomioon paitsi taudin myös sen aiheuttaman koetun haitan. Todettujen tautien raportointivirheet liittyvät yleensä joko haluttomuuteen kertoa omista vaivoista, muistivirheisiin tai siihen, ettei taudeista aiheudu oireita eikä haittaa. Toteamattomien tautien aliraportointia tapahtuu muun muassa siksi, että osa taudeista on vaikea tunnistaa itse. Lisäksi sairaudet voidaan tulkita myös normaaleina ikääntymis- tai kulumisprosesseina. (Manderbacka 1995, 23) Eräs rajoittava tekijä itsearviointissa on myös se, kykeneekö ihminen ilmaisemaan itsellään esiintyviä oireita. Lääketieteellis-

tä sanastoa sisältäviin kysymyksiin ei osata vastata, elleivät niissä esiintyvät käsitteet ole tuttuja (Karisto 1984, 111).

Yhdenvertaiset palvelut edistävät terveyden tasaista jakautumista väestössä

Kaikki Suomessa asuvat ovat oikeutettuja käyttämään asuinkuntansa ylläpitämiä terveyspalveluja; suomalainen julkinen palvelujärjestelmä on myös alueellisesti kattava. Terveys- ja muiden yhteiskuntapolitiittisten toimenpiteiden ansiosta alueelliset ja sukupuolten väliset erot sairastavuudessa ja kuolleisuudessa ovat viime vuosikymmenien aikana kaventuneet. Myös terveyskäyttäytymisessä esiintyneet suuret itä-länsi-erot ovat aiempaa pienemmät. Myönteinen kehitys on näyttänyt, että väestöryhmien välisiin terveyseroihin on mahdollista vaikuttaa. Se on osoittanut myös, että palvelujärjestelmä liittyy vahvasti kansalaisten yhdenvertaisuuden tukemiseen. (esim. Aromaa ja Koskinen 2002; Kangas ym. 2002.)

Yleisesti väestön terveydentila on Suomessa kehittynyt monessa suhteessa hyvään suuntaan: miesten ja naisten elinaika on jatkuvasti pidentynyt, terveiden elinvuosien odote on kasvanut, sydän- ja verisuonitautien, tapaturmien ja itsemurhien aiheuttama työikäisten kuolleisuus on pienentynyt ja ihmisten oma arvio terveydentilastaan on aikaisempaa myönteisempi (Aromaa ja Koskinen 2002). Terveysteen vaikuttavista elintavoista tupakointi ja ravitsemus sekä vapaa-ajan liikunta ovat kehittyneet toivottuun suuntaan (Koponen ja Aromaa 2005, 277–279). Myönteisestä kehityksestä huolimatta terveydentilan kohentuminen ei ole tapahtunut tasaisesti koko väestössä. Sosioekonomiset terveyserot ovat edelleen suuret, huono-osaisten terveys on selvästi muita heikompi ja osittain nämä erot ovat jopa kärjistyneet (Aromaa ym. 2005; Kangas ym. 2002).

Palvelujärjestelmän rakenteelliset tekijät ylläpitävät kansalaisten eriarvoisuutta

Palvelujen tarpeenmukaisen käytön ja terveyserojen kaventumisen kannalta on tärkeää, että kaikilla väestöryhmillä on yhdenvertaiset mahdollisuudet käyttää tarvitsemaansa palveluja ja siten edistää ja ylläpitää hyvinvointiaan. Erot palvelujen saatavuudessa, käytössä tai laadussa voivat jopa suurentaa terveyseroja. Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä rakenteellisia, epätasa-arvoa ylläpitäviä tekijöitä ovat esimerkiksi joidenkin palvelujen korkeat asiakasmaksut, lisämaksut tiettyjen palvelujen saamiseksi sekä työterveyspalvelujen laadun ja kattavuuden vaihtelut toimialoittain (Keskimäki 2005, 404). Suomessa varsin laaja yksityissektorin käyttö kuvaa julkisten palvelujen vähäistä tarjontaa. Yksityissektorin kautta potilaiden ohjaus jatkohoitoon on usein helpompaa ja nopeampaa kuin julkisella sektorilla. Yksityisten palvelujen kautta saadut hoidot voivat olla myös julkisia tehokkaampia (vrt. Keskimäki 2005, 405–409).

Vuoden 1993 alusta lähtien kunnat ovat voineet periä maksua terveyskeskusten yleislääkäripalveluista (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992/734). Terveyskeskusmaksun käyttöönoton tavoitteena oli niin kutsuttu hyvinvointitappion pienentäminen. Hyvinvointitappiolla tarkoitetaan tilannetta, joka syntyy kun terveydenhuollon rajallisia voimavaroja käytetään tai kohdennetaan epätarkoituksenmukaisesti. Sintosen ym. (1997) mukaan perimmältään hyvinvointitappiossa on kyse palvelujen käyttäjien asenteiden höltymisestä, koska ei itse tarvitse vastata hoitokustannuksista. (mt., 59.)

Julkisten terveystalvelujen hinnoittelua on myös arvosteltu. Ahlmaa-Tuompo ym. (1997) ovat korostaneet, että hinta on julkisten palvelujen rahoitusmuoto, joka rasittaa enemmän pieni- kuin suurituloisia eli muuttaa rahoitusrakennetta regressiivisen suuntaan. Asiakasmaksut koetaan eri tuloryhmissä eri tavoin, minkä vuoksi ne voivat osaltaan pahentaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Hinnoittelu voi leikata paitsi tarpeetonta, myös tarpeellista palvelukysyntää. Selvimmin tämä kohdistuu juuri vähäosaisiin asi-

akkaisiin. (mt., 63.) Keskimäen ym. (2002) mielestä korkeat asiakasmaksut ja omavastuuosuudet ovat ongelmallisia ylipäättään terveystalouden tavoitteiden kannalta. Vaikka kustannustekijät eivät ehkä suoranaisesti estä palvelujen käyttöä, niiden vuoksi voidaan lykätä hoitoon hakeutumista tai käyttää hoitoon määrättyjä lääkkeitä annettuja ohjeita vähemmän. (mt., 285–286.)

Palvelujen saatavuuteen ja kansalaisten yhdenvertaisuuteen liittyy myös riippumattomuus palvelujen käyttöä koskevasta tiedosta. Kuntien erilainen palvelutarjonta ja ihmisten erilaiset valmiudet palvelujen käytössä asettavat kansalaiset eriarvoisiin rooleihin: koulutetuilla, aktiivisilla, varakkailta ja oikeuksistaan tietoisilla asiakkailta on runsaasti mahdollisuuksia vertailla ja valita itselleen sopivia palveluja. (vrt. Niiranen 2000, 17.) Asiakkaiden tausta, olosuhteet ja mahdollisuudet ymmärtää hoito-ohjeita ja terveystaloudesta tulisi ottaa huomioon kaikessa palvelutarjonnassa (Keskimäki ym. 2002, 283). Merkityksetöntä ei ole myöskään se, miten palveluista tiedotetaan ja miten niitä markkinoidaan (ks. esim. Tuorila 2000), 74–76).

1.4. Miten terveystalouden palvelujen käyttöä on tutkimuksissa selitetty

1.4.1. Tulot ja asuinalue korostuvat palvelujen käytön tasa-arvotarkasteluissa

Sairastavuuden tuloihin liittyvä eriarvoisuus oli 1990-luvun vaihteessa Suomessa huomattavaa. Tämä ilmeni Häkkisen (1992) väitöskirjatutkimuksesta, jossa hän selvitti tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden toteutumista terveystalouden palvelujen käytössä. Häkkisen havainnot perustuivat Kansaneläkelaitoksen vuonna 1987 keräämään Terveystalouden väestötutkimusaineistoon. Eriarvoisuus oli suurta pitkäaikaissairastavuudessa, koetussa terveydentilassa, psyykkisessä oireilussa ja sairauspäivien määrässä. Psyykinen

oireilu vaihteli tuloryhmittäin siten, että masentuneisuus, unettomuus ja huonomuistisuus olivat tyypillisiä vähävaraisilla henkilöillä. Ylirasittuneisuutta esiintyi eniten suurituloisilla. Tautiluokittain sairastavuuden eriarvoisuus korostui verenkiertoelinten sairauksissa, tuki- ja liikuntaelinsairauksissa sekä tapaturmissa. Pienituloiset käyttivät eniten sairaaloiden vuodeosastohoitoja, ylempiin tuloluokkiin kohdistuivat yksityislääkäritoiminta, yksityinen tutkimus ja hoito. Tulojen ja koulutuksen lisääntyminen ja ammattiin liittyvien terveystarpeiden väheneminen vaikuttivat myönteisesti terveydentilaan. Terveyspalveluiden kokonaiskäyttö määräytyi silti enemmän tarpeen kuin maksukyvyn perusteella, ja terveydenhuoltojärjestelmä onnistui tasaamaan tuloerojen vaikutusta palvelujen käytössä. Tämän perusteella Häkkinen katsoi, että terveyspalveluihin liittyvät tasa-arvotavoitteet toteutuivat ainakin määrällisesti melko hyvin (mt., 293).

Kansaneläkelaitoksen Terveysturvan väestötutkimukset olivat myös Nymanin lähdeaineistoina terveyspalvelujen käytön tasa-arvotavoitteiden toteutumista käsittelevässä tutkimushankkeessa vuonna 1993. Terveyspalvelujen käytössä esiintyi väestöryhmittäisiä eroja ikäryhmien, sukupuolten, perheen tulojen, päämiehen koulutuksen, asuinpaikan syrjäisyyden ja kunnan kantokykyluokan välillä. Naiset käyttivät miehiä enemmän niin lääkkeitä, vitamiinivalmisteita kuin julkisia ja yksityisiä lääkäripalvelujakin. Lääkäripalvelujen käytön lisääntyminen iän myötä johtui pitkäaikaissairastavuuden yleistymisestä. Sairastavuudesta riippumatta ylemmissä tuloluokissa lääkkeitä ja palveluja käytettiin enemmän kuin alimmissa tuloviidenneksissä, mutta lääkärisäkäyntien tuloluokittainen kokonaisvaihtelu ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Mitä korkeampi oli perheen päämiehen koulutusaste, sitä enemmän perheessä asioitiin yksityis- ja työpaikkalääkäreiden vastaanotolla. Selvästi eniten eroja oli perheiden asuinkuntien välillä: lähellä palveluja ja varakkaissa kunnissa asuvat käyttivät eniten avoterveydenhuollon palveluja. Alueerojen taustalla vaikuttivat Nymanin mukaan yksityis- ja työterveyshuollon sektoreiden keskittyminen väestörikkaisiin ja varakkaisiin asutuskeskuksiin; suuren sairastavuuden alueilla sen sijaan palveluja ei ollut riittävästi tarjolla. Suomalaisten jakautuminen tulotason ja asuinalueen mukaan jyrkästi kunnallis-

ten tai yksityisten lääkäripalvelujen käyttäjiksi ei Nymanin mielestä voi olla terveys- ja sosiaalipoliittisten tasa-arvotavoitteiden mukaista. Nyman piti pienituloisten kannalta huolestuttavana myös 1990-luvun alussa toteutettuja hoitomaksujen korotuksia ja taloudellisen laman aiheuttamaa tulotason alenemista. Muilta osin Nyman katsoi tulosten osoittavan terveyspolitiikan tasa-arvotavoitteiden toteutuneen melko hyvin suomalaisessa perusterveydenhuollossa.

Terveyspalvelujen käytön sosiaaliryhmittäisiä eroja ja niissä tapahtuneita muutoksia on viime vuosina selvitetty useissa Stakesin tutkimuksissa (esim. Häkkinen 2003; Keskimäki ym. 2002; Keskimäki 1997; ym. Palosuo 2004). Avosairaanhoidon käytön sosiaaliryhmäerot ovat pitkällä aikavälillä selvästi kaventuneet, mutta 2000-luvullakin eriarvoisuus palvelujen käytössä on ilmeinen. Suhteutettuna sosiaaliryhmittäisiin sairastavuuseroihin alempiin tuloluokkiin kuuluneet käyttävät ylempiä tuloluokkia vähemmän avohoidon lääkäripalveluja. Alemmissä tuloryhmissä terveyspalvelut haetaan terveyskeskuksista ja sairaaloiden poliklinikoilta, mutta kirurgisia hoitajaksoja on sairaaloiden hoitoilmoitusrekisteritietojen mukaan ylemmissä tuloryhmissä viisi kertaa enemmän kuin alimmassa tuloviidenneksessä. Sepelvaltimotaudin kirurgisissa toimenpiteissä sosiaaliryhmittäiset erot ovat kaventuneet, mutta esimerkiksi harmaakaihileikkauksissa kehitys on ollut päinvastainen. (Keskimäki 2005, 406–407.)

Sairaaloiden hoitokäytäntöjen erojen taustalla on löydettävissä ainakin kaksi syytä: kunnallisten sairaaloiden erikoismaksuluokkajärjestelmä ja yksityissektorin tehokas jatkohoitoon ohjaus. Erikoismaksuluokan jonotusajat ovat kirurgisissa toimenpiteissä yleistä maksuluokkaa lyhyempiä, ja usein erikoismaksuluokan potilas saa sairaalalähetteen suoraan sairaalassa häntä hoitavalta lääkäriltä (Keskimäki 1997, 13). Avoterveydenhuollon sosioekonomisten terveyserojen syiksi nähdään ainakin osittain yksityisten ja työterveyshuollon palveluiden erilainen alueellinen kattavuus ja palveluiden sisällölliset erot. Puutteita on erityisesti syrjäseuduilla ja ammattialoilla, joissa työntekijöiden työmarkkina-asema on epävarma ja sosiaalinen asema huono (Keskimäki ym. 2002, 287). Universalistisen hyvinvointipolitiikan rinnalla tulisi

heikommassa asemassa oleville kohdistaa suhteellisesti suurempaa tukea yhteiskuntapoliittisin toimenpitein (Palosuo 2004, 27). Työterveyspalveluja korvaavia palveluja voisi järjestää myös työttömille ja lyhytaikaisissa työsuhteissa työskenteleville ja ennaltaehkäisevien palvelujen tulisi kattaa laajasti koko väestö (Keskimäki ym. 2002, 292).

1.4.2. Terveyspalveluiden kysyntään vaikuttavat monet tekijä; usein ratkaisee palvelujen laatu

Kliinisesti merkittävien oireiden määrä, terveyspalvelujen saatavuus ja saavutettavuus sekä koulutustausta ja terveysasenteet selittivät parhaiten ensikäyntejä Stollerin (1982) vanhusten terveyspalvelujen käyttöön liittyvässä tutkimuksessa. Lääkärikäyntien määrää säätelivät huoli omasta terveydentilasta ja sen heikentymisen vaikutuksesta fyysisiin toimintoihin sekä henkilön taloudellinen tilanne. Myös Andersen ja Laake (1987) sekä Hulka ja Wheat (1985) päätyivät analyysinsä perusteella siihen, että potilaan terveydentila on tärkein palvelujen kysyntää ohjaava tekijä. Potilaslähtöisyys on tyypillistä ensikäynneille, lääkärin vaikutus sen sijaan on merkittävä uusintatarkastusten, jatkotutkimusten ja sairaalahoitopäivien määräytymisessä. Sekä ensi- että seurantakäyntien määrää lisäsivät eniten henkilön aiemmat krooniset sairaudet, sairauspäivien määrä ja uudet sairastumiset.

Turussa vuonna 1990 tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin, mitkä ominaisuudet tekevät asiakkaasta terveyskeskuspalvelujen suurkuluttajan (Karlsson ym. 1994). Tulosten mukaan palveluiden suurkäyttäjillä oli matala koulutustaso, ja he kuuluivat alempaan sosiaaliluokkaan kuin muut terveyskeskusasiakkaat. Heillä oli myös keskimääräistä enemmän fyysisiä ja psykosomaattisia sairauksia ja he olivat usein työkyvyttömyyseläkkeellä. Hyypiän (1997) helsinkiläisistä suurkäyttäjistä tehdyssä selvityksessä kaksi kolmesta yli 20 kertaa terveyspalveluja käyttäneistä oli naisia. Miesten aiheuttamasta suurkäytöstä kaupungille koituneet menot olivat kuitenkin selvästi suuremmat kuin naisten menot. Palvelujen suurkäyttäjillä

käyntikohtaiset kustannukset jäivät kaiken kaikkiaan muita pienemmiksi, mikä viittasi siihen, että osa suurkäytöstä on rutiiniluonteisia tarkastuskäyntejä (mt., 40). Kaikkiaan avohoidon käyttäjistä vajaa neljä prosenttia oli palvelujen suurkäyttäjiä.

Terveyspalvelujen käytön vaihtelun yhdeksi merkittäväksi selittäjäksi on viimeaikaisissa amerikkalaisissa tutkimuksissa (esim. Mehl-Madrona 1998) löydetty se, minkälaiseen sairausvakuutus- tai maksujärjestelmään potilas on kuulunut. Suomessa samansuuntaisia tuloksia on saatu tutkittaessa lasten lääkäripalvelujen käyttöä. Lasten lääkärisäkäyntien kokonaismäärä tai sairastavuus eivät Takalan ym. (2002) Kansaneläkelaitoksen väestötutkimusaineistoon perustuvassa tutkimuksessa olleet yhteydessä vanhempien sosiaaliseen asemaan. Yksityislääkärissä käynnit olivat kuitenkin sitä yleisempiä, mitä korkeampi oli vanhempien sosiaalinen asema: hyvätuloisten ja hyvin koulutettujen perheiden lapsilla oli yksityinen sairausvakuutus keskimääräistä useammin ja he käyttivät muita lapsia enemmän yksityislääkäreiden palveluja (mt., 4203). Vakuutusjärjestelmiin kytkeytyvästä moraalisesta palvelujen ylikäytön vaarasta ovat julkisessa keskustelussa varoittaneet Elo ja Myllykangas (Helsingin Sanomat 12.1.2004). Nykyjärjestelmän sijaan Elon ja Myllykankaan mielestä tulisi järjestää enemmän palveluja kuukausipalkkaisessa julkisessa terveydenhuollossa tai kilpailutettuina ostopalveluina, mikä hillitsisi vakuutusperusteista palvelujen ylikäyttöä.

Tuorilan yksityisten terveydenhuoltopalvelujen käyttäjien oikeuksia selvittävässä väitöskirjatutkimuksessa (2000) Tuorilan haastatellamat henkilöt esittivät perusteluina yksityisen sektorin valinnalleen palvelujen nopean saatavuuden ja tyytymättömyyden julkisen sektorin tarjoamiin palveluihin. Yksityisten palvelujen käyttö ei ollut haastatelluille itsestään selvä valinta. Pikemminkin Tuorilan mielestä näytti siltä, että jos julkinen sektori kykenisi vastaamaan terveydenhuoltopalveluja tarvitsevien ihmisten tarpeisiin heidän odotustensa mukaisesti, he mielellään käyttäisivät julkisia palveluja (mt., 76). Haastatellut edellyttivät palveluilta helppoa saatavuutta, muun muassa kaikkien tarvittavien palvelujen saamista sa-

masta paikasta. Vaivattomuuden ohella asiakkaat odottivat saavansa hyvää kohtelua palvelujen tarjoajalta.

Asiakkaan saama kohtelu osoittautui merkittäväksi terveystalouden kysyntää ohjaavaksi laatutekijäksi myös Aaltosen sosiaaliturvan vaihtoehtoja käsittelevässä tutkimuksessa (1996). Yksityisten terveystalouden paremmuus julkisiin nähden perustui palvelujen parempaan laatuun; kunnallisten palvelujen vakiintuneen käytön taustalla oli niiden edullinen hinta. Aaltosen haastattelemat henkilöt arvioivat yksityisiä terveystalouksia selvästi julkisia paremmiksi riippumatta siitä, mitä palveluja he olivat käyttäneet. Kunnallisia terveystalouksia käytti suurin osa väestöstä; yksityisiä terveystalouksia suosivat erityisesti varakkaat ihmiset. Sosioekonomisista ryhmistä ylemmät toimihenkilöt hyödynsivät parhaiten kumpaakin palvelusektoria.

Terveystalouden käytön taustoja on selvitetty myös tutkielmatasolla. Eriksson (1992) tarkasteli kyselyaineistoon perustuvassa pro gradu -työssään faktorianalyysin avulla julkisten ja yksityisten terveystalouden valintaan vaikuttavia tekijöitä. Eriksson havaitsi, että julkisia palveluja käytetään erityisesti silloin, kun kyseessä on pitkäaikainen terveysongelma. Yksityislääkäriin turvaututaan, kun palveluja tarvitaan nopeasti. Yksityisen sektorin käyttöä puolsivat yksityinen sairausvakuutus, palvelujen hyvä saatavuus ja palvelujen tehokas markkinointi. Merkittävin yksityislääkärille hakeutumisen este oli hoitokustannusten kalleus. Julkisen sektorin käyttöä vaikeuttivat hoidon saannin nopeus ja potilaiden riittämätön huomiointi hoitoprosessissa.

1.4.3. Ketkä käyttävät julkista, ketkä yksityistä sektoria?

Kansaneläkelaitoksen kansallisista terveyshaastatteluaineistoista on laadittu useita seikkaperäisiä selvityksiä terveystalouden käytön jakautumisesta eri sektoreiden kesken. Viimeisen, vuoden 1995/96 ai-

neiston tutkimusraportista käy ilmi, että vuonna 1996 suomalainen aikuisväestö teki sairauden vuoksi 16,5 miljoonaa käyntiä avohoidon lääkärille. Vuodesta 1987 lääkäriissäkäyntien määrät olivat lisääntyneet kaikissa tuloryhmissä, eniten alimmassa ja kolmannessa, vähiten ylimmässä tuloviidenneksessä. Lääkäriissäkäyntien lisääntyminen oli tapahtunut enimmäkseen terveyskeskuslääkärillä ja sairaalan poliklinikoilla; yksityisen sektorin ja työterveyshuollon käyntimäärät olivat pysyneet likimain vuoden 1987 tasolla. Käyntimäärissä tapahtuneiden muutosten syyksi tutkimusraportissa oletettiin omalääkärijärjestelmän yleistymisen. (Arinen ym. 1998, 37–42.) Yleinen taloudellinen ahdinko ja lääkäriissäkäyntien asiakkaille koituvien kustannusten nousu lienee myös hillinnyt yksityissektorin käyntimäärien kasvua. Laman seuraukset näkyivät myös raportin työterveyshuollon käyttäjärakenteessa tapahtuneessa muutoksessa: alle 25-vuotiaiden käyntimäärät olivat vähentyneet kolmannekseen vuoden 1987 tasosta (mt., 41, 101).

Julkisen ja yksityisen sektorin käyttöä ja kustannuksia käsittelevän artikkelin (Kalimo ym. 1997) mukaan hoidossa käyneistä yli 15-vuotiaista suomalaisista joka neljäs asioi vuonna 1996 yksityislääkärissä, yhtä moni sairaalan poliklinikalla ja joka kuudes työterveyslääkärillä. Eniten käytettiin terveyskeskuslääkärin palveluja (64 prosenttia väestöstä). Joka kahdeskymmenes tapasi lääkärin jossakin muualla, esimerkiksi kotonaan. Kaksi kolmesta hoidossa käyneistä oli käynyt ainoastaan yhdessä hoitopaikassa; joka kolmannella oli useampia hoitopaikkoja. Yleisimmät kahden hoitopaikan yhdistelmät olivat terveyskeskus ja poliklinikka sekä yksityislääkäri ja terveyskeskus. Tavallisin kolmen hoitopaikan yhdistelmä oli yksityislääkäri, terveyskeskus ja poliklinikka. (mt., 42–43.)

Keskimäärin eniten käyntejä kertyi niille, jotka olivat käyttäneet rinnakkain julkisia ja yksityisiä lääkäripalveluja. Rinnakkaiskäyttäjät olivat myös tarkastelun sairain ryhmä koetun terveyden, pitkäaikaissairastavuuden ja sairauspäivien määrän avulla mitattuna. Vähiten käyntejä oli yksityissektorin asiakkailta. Miehet asioivat hieman enemmän julkisella puolella, silti naiset olivat käyttäjinä enemmistönä kaikilla

sektoreilla. Tulotaso oli yksityissektorin asiakkailla selvästi korkeampi kuin julkista sektoria käyttäneillä. Yksityislääkäriasiakkaita oli eniten pääkaupunkiseudulla. Käyntimäärien ja käyntien sisällöstä käytävissä olleiden tietojen perusteella palvelujen päällekkäistä käyttöä näytti esiintyvän vain vähän. (mt., 44–50.)

2000-luvun taitteessa yksityislääkärikäynneistä valtaosa oli Klaukan ja Maljasen selvityksen (2001) mukaan käyntejä erikoislääkärin vastaanotolle. Eniten käyntejä tehtiin gynekologille ja silmälääkärille. Keski-ikäiset asioivat tyypillisesti gynekologin tai psykiatrin luona, ikääntyneet hakeutuivat sisätauti- ja silmälääkärille. Yksityissektorin asiakaskunnasta suurin osa oli työikäisiä, ikäryhmän kokoon nähden suhteellisesti eniten yksityislääkärillä kävivät kuitenkin ikääntyneet henkilöt. Naisten osuus yksityissektorin asiakkaista ja yksityissektorikäynneistä oli noin kaksi kolmasosaa. Vuonna 1999 joka kolmas nainen oli asioinut yksityissektorilla. Työterveyshuollon ja yksityissektorin käyttö lisääntyi selvästi tulojen kasvaessa, silti eniten ansaitsevatkin käyttivät enemmän julkisia kuin yksityisiä lääkäripalveluja, ja suurin osa yksityissektorin asiakkaista oli muita kuin hyvätuloisia. Tämän vuoksi Klaukka ja Maljanen korostavatkin yksityissektorin roolia julkisen terveydenhuollon täydentäjänä, toisin sanoen "julkiselta sektorilta tai työterveyshuollosta haetaan peruspalvelut, mutta joidenkin erikoispalveluiden tarpeessa turvaututaan myös yksityissektoriin" (mt., 913).

Mäntyselän ym. (2006) lääkäripalvelujen käyttöä ja laatua selvittävässä alustavissa tutkimustuloksissa käy ilmi, että monipuolisesta alueellisesta lääkäritarjonnasta huolimatta niiden käytössä ja koetussa sairastavuudessa on alueellisia ja väestöryhmittäisiä eroja. Useammin kuin kerran palveluja käyttäneiden osuus oli suurempi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla kuin muissa palveluissa. Miehistä hieman suurempi osa oli käynyt työterveyslääkärin vastaanotolla, mutta muita lääkäripalveluja naiset olivat käyttäneet miehiä enemmän. Työikäisistä vajaa puolet oli käyttänyt työterveyslääkäripalveluja. Väestövastuun piiriin kuuluneet käyttivät työterveyslääkäripalveluja enemmän kuin muut. Välittömästi tai viimeistään

kolmen päivän kuluessa lääkärin vastaanotolle katsoi pääsevänsä suurin osa. Vain kuusi prosenttia tutkista arvioi joutuvansa odottamaan pääsyä vastaanotolle yli kaksi viikkoa. (mt., 5288–5290.)

2. Tutkimusaineisto ja -menetelmät

2.1. Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistoni on Kansaneläkelaitoksen ja Stakesin vuonna 1996 yhdessä toteuttaman Terveydenhuollon väestötutkimuksen aikuisosa. Siihen kuului 3 614 kotitaloutta; haastateltuja henkilöitä oli kaikkiaan 7 294. Aineiston otannassa käytettiin yksiasteista ositettua ryväsotantaa, jossa rypäinä olivat kotitaloudet. Tiedot kerättiin henkilökohtaisina käyntihaastatteluina 5.4.–21.6.1996.

Terveydenhuollon väestötutkimusaineisto sisältää kotitalouskohtaisia tietoja perheen sairauskuluista ja mahdollisuuksista käyttää terveystalveluja sekä haastateltujen terveydentilaa ja toimintakykyä, terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttöä ja terveyteen vaikuttavia elintapoja sekä eräitä tautiryhmiä koskevia tietoja. Aineistossa on myös muutamia rekistereistä poimittuja kotitalouskohtaisia taustatietoja.

Terveydenhuollon väestötutkimus on toteutettu yhteensä viisi kertaa vuodesta 1964 lähtien. Kaikista tutkimuksista on tuotettu useita väestön terveyttä ja terveystalveluiden käyttöä selvittäviä raportteja ja artikkeleita.

2.2. Aineiston muuttujat

Palvelujen käyttöön altistavilla tekijöillä tarkoitan tutkimuksessani yksilöön liittyviä demografisia, sosiaalista rakennetta ja terveysasenteita kuvaavia ominaispiirteitä. *Demografisia tekijöitä* tarkastelussani ovat vastaajan ikä ja sukupuoli. Ikä on laskettu rekisteritiedoista saadun syntymäajan perusteella ja sukupuoli tiedusteltiin haastattelutilanteessa.

Sosiaalisen rakenteen tekijöinä aineistossani ovat vastaajan koulutustaso ja työmarkkina-asema. Peruskoulutusta kuvaavan muuttujan vaihtoehdot olivat 1) ylioppilastutkinto 2) keski- tai peruskoulu ja 3) kansakoulu tai vähemmän. Lisäksi tiedusteltiin, oliko henkilöllä 1) korkeakoulututkinto 2) ammatillinen opistotutkinto 3) ammattikoulututkinto tai 4) ammatillinen kurssi suoritettuna. Haastatellun työmarkkina-asema määrittyi sen mukaan, oliko hän 1) työssä 2) työtön 3) lomautettu 4) eläkkeellä 5) opiskelija 6) koululainen 7) varusmies vai 8) omaa kotitaloutta hoitava. Tutkimuksessani olen käsitellyt muuttujaa kolmiluokkaisena: työssä oloa osoittavat vaihtoehdot 1 ja 3, työttömyyttä vaihtoehto 2 ja muuta työmarkkina-asemaa vaihtoehdot 4–8.

Vastaajan terveysasenteen mittarina käytin henkilön suhdetta tupakointiin ja hammastarkastuksissa käyntiin. Tupakoinnin yleisyyttä kuvaavat vastausvaihtoehdot olivat 1) säännöllisesti 2) satunnaisesti ja 3) ei lainkaan. Hammaslääkärillä käynnin säännöllisyyttä tiedusteltiin kysymyksellä: ”Onko teillä tapana käydä hammaslääkärissä 1) säännöllisesti tarkastusta varten 2) vain silloin, kun on särkyä ja jotain vaihua vai 3) ei koskaan?” Andersenin määrittämää myönteistä terveysasennetta tutkielmassani osoittavat kysymyksissä vaihtoehto 1².

² Asiointi hammaslääkärissä vain pakottavasta syystä viittaa tutkielmassa henkilön välinpitämättömään asennoitumiseen terveydentilastaan. Tämä lähtöoletus on puhtaasti teoreettinen ja yksinkertaistava. Käyttäytymisen taustalla voi piillä aivan

Terveyspalvelujen käyttöä mahdollistavilla tekijöillä kuvaan ihmisten resursseja saada käyttöönsä tarjolla olevia palveluja. Ne riippuvat sekä *perheen omista* että *yhteiskunnan voimavaroista*. Edelliseen ryhmään kuuluvat tutkielmassani kotitalouden tulot ja perheen koettu taloudellinen tilanne, sairaus- tai lääkekuluja korvaava vakuutus, hoitosuhteen vakituisuus, palvelujen etäisyys, asuinalueen taajama-aste ja oma arvioi lääkäripalveluiden riittävydestä. Lääkäripalvelujen käyttöä mahdollistavia yhteiskunnan voimavaroja tarkastelen tutkimuksessani kuntakohtaisella sairastavuusindeksillä.

Tulotiedot perustuvat haastateltujen omaan ilmoitukseen kotitalouksien tuloista. Vastajat ilmoittivat tuloryhmän, johon perheen kuukausitulot veroja vähentämättä sijoittuivat. Tutkimusaineistossa vastaajien tulotason tarkastelussa käytän niin kutsuttua vanhaa OECD -ekvivalenssi-kaavaa, joka mahdollistaa yksilötasolla väestöryhmittäisten erojen havainnoimisen (vrt. Hämäläinen 2004, 21; Ritakallio 2000, 24). Henkilöaineisto on jaettu viiteen yhtä suureen osaan eli tuloviidennekseen kotitalouden kulutusyksikköä kohti laskettujen bruttotulojen perusteella. OECD-kulutusyksikköasteikossa ensimmäinen aikuinen saa painon 1,0, muut aikuiset 0,7, ja kukin alle 18-vuotias lapsi saa painon 0,5. Tulojen lisäksi vastaajilta tiedusteltiin arvioita perheensä taloudellisesta tilanteesta. Kysymyksellä haluttiin selvittää tyytyväisyyttä yleiseen taloudelliseen elämäntilanteeseen, eikä esimerkiksi tilapäisestä rahapulasta tai vastaavasta syystä johtuvaa tyytymättömyyttä. Kysymyksen vaihtoehdot olivat 1) hyvä 2) melko hyvä 3) keskitasoinen 4) melko huono tai 5) huono. Aineiston analyysissä yhdistin positiiviset ja negatiiviset vastausvaihtoehdot keskenään. Yksityisten vakuutusjärjestelmien merkitystä arvioin sen mukaan, saiko henkilö yksityislääkärikäynneistä ”Kela-korvauksen lisäksi korvausta yksityiseltä vakuutusyhtiöltä”. Kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat kyllä ja ei.

Vakituinen hoitosuhde tarkoittaa tässä tarkastelussa joko kunnallista omalääkäriä tai jotain muuta tiettyä yleislääkäriä, johon henkilö tarvittaessa ottaa yhteyttä. Työllisiltä ja lomautetuilta tiedusteltiin lisäksi, oliko lääkäri samalla henkilön työterveyslääkäri. Vastausvaihtoehdot kysymyksissä olivat kyllä ja ei. Omalääkärikysymykseen saattoi vastata myös vaihtoehdolla ”ei osaa sanoa”.

Lääkäripalveluiden etäisyyttä vastaajat arvioivat kilometreinä lähimmälle tai parhaiden liikenneyhteyksien päässä olevalle terveyskeskus- tai yksityislääkärin vastaanottopaikalle, jossa oli lääkärin vastaanotto säännöllisesti vähintään kolmena päivänä viikossa. Arviota pyydettiin, vaikka vastaaja tavallisesti olisi käynyt muualla kuin lähimmän lääkärin vastaanotolla. Vastaajien käsityksiä asuinalueensa terveyskeskuslääkäri- ja yksityislääkäripalveluiden riittävydestä tiedusteltiin vastausvaihtoehdoilla 1) kyllä 2) ei 3) ei osaa arvioida ja 4) ei tiedä.

Perheen asuinalueen taajama-asteen luokitteli haastattelija. Asuinalue saattoi olla 1) kaupungin keskusta 2) esikaupunkialue tai lähiö 3) maaseudun kuntakeskus 4) muu kylä tai taajama 5) haja-asutusalue. Tutkimuksessani yhdistin keskenään muuttujan vastausluokat 1 ja 2, sekä luokat 3–5. Ensimmäinen kuvaa kaupunkimaista, jälkimmäinen maaseutumaista asuin ympäristöä.

Kansaneläkelaitoksessa suunniteltu ja käyttöön otettu sairastavuusindeksi muodostuu työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työikäisten ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen henkilöiden sekä kuolleisuuden kuntakohtaisista väestöosuuksista. Indeksillä on näiden kolmen osaindeksin ikävakioitu keskiarvo ja se on laskettu jokaiselle Suomen kunnalle. Sairastavuusindeksi kertoo, miten tervettä tai sairasta alueen väestö on suhteessa koko maan keskiarvoon. Mittarilla voidaan karkealla tasolla arvioida, jos ei suoranaisesti alueen terveystalouden tarjontaa, niin ainakin sen tarvetta. (Klaukka 2002) Indeksiluku vaihteli tutkimusaineistossa arvojen 65,0–150,0 välillä. Koko maan väestön keskitunnuslukua kuvaa

indeksi-arvo sata. Tutkimuksessani käytän sairastavuusindeksiä luokiteltuna muuttujana; muuttujan muodostin jakamalla aineiston havaintomäärien mukaan kolmeen suunnilleen yhtä suureen osaan.

Alimpaan, alhaisen sairausindeksin luokkaan kuului koko aineistossa kaikkiaan 119 kuntaa, joiden laskennallinen ikävakioidu indeksi-arvo oli pienempi kuin 95,2. Tämän ryhmän tyypillisiä kuntia olivat Helsingin ja joidenkin vauraiden pääkaupunkiseudun kaupunkien lisäksi Länsi-Suomen ruotsinkieliset pienet kaupungit ja saaristokunnat. Keskitason sairastavuusindeksin kuntien indeksi-arvo oli 95,01–104,95. Ryhmässä oli yhteensä 110 kuntaa. Ryhmään kuuluivat useimmat maan suurista väestökeskuksia kuten Turku, Tampere, Jyväskylä, Lahti ja Vantaa sekä muutamia pieniä Itä- ja Pohjois-Suomen maaseutukuntia. Korkean sairausindeksi-arvon, 105,0 ylittäneitä alueita olivat aineiston pienet, syrjäseutujen kunnat ja muutamat Itä-Suomen kaupungit. Korkean sairastavuuden kuntia oli aineistossa kaikkiaan 185. Sairausindeksi jakaa kunnat väestön terveydentilan mukaan keskenään yhdenmukaisiin ryhmiin, siksi sen avulla voidaan esimerkiksi lääni- tai sairaanhoitopiirijakoa täsmällisemmin kuvata alueellista lääkäripalveluiden tarvetta. Aineiston kuntakohtaiset indeksi-arvot esitetään taulukoituina tutkielman liitteessä.

Muutamissa työterveyssektorin tarkasteluissa olen käyttänyt myös vain työllisiä ja lomautettuja koskevia kysymyksiä. Työterveyspalvelujen kattavuutta selvitettiin kysymällä, kuuluiko työpaikan työterveyshuoltoon myös sairauksien hoito. Lisäksi tiedusteltiin menettikö henkilö palkkaa tai työtuloa, jos hän kävi työaikana lääkärissä. Edellisen kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat 1) kyllä 2) ei 3) ei osaa sanoa. Jälkimmäiseen vastattiin kyllä tai ei.

Lääkäripalveluiden tarpeeseen liittyvät tekijät ovat palvelujen käytön välittömiä syitä. Tutkielmassani tarveindikaattoreita ovat vastaajan ilmoittamat omaa terveyttä ja lääkkeiden käyttöä sekä lääkärissäkäyntien määrää ja niistä koituvia kustannuksia kuvaavat tiedot. Terveyttä tarkastelen koetun terveydentilan, pitkäaikaissairastavuuden, sairaudesta aiheutuvan haitan, hoidon tarpeen ja psyykkisen oireilun mukaan.

Koetun terveydentilan kysymyksessä tiedusteltiin, onko vastaajan terveydentila 1) hyvä 2) melko hyvä 3) keskitasoinen 4) melko huono tai 5) huono. Vastausluokkien positiiviset ja negatiiviset vaihtoehdot on tarkastelussa yhdistetty. Pitkäaikaissairastavuutta selvitettiin kysymyksellä, onko vastaajalla jokin vaiva tai vamma, joka vähentää työ- tai toimintakykyä tai jokin pitkäaikainen sairaus. Sairaudesta kysyttiin vielä, haittaako se henkilön työtä tai jokapäiväisiä toimia. Vastausvaihtoehdot molemmissa kysymyksissä olivat kyllä ja ei.

Hoidon tarpeen indikaattori perustuu ensimmäiseen, vuonna 1964 kerättyyn Terveystieteiden tutkimusaineistoon. Muuttuja on rakennettu useista terveydentilaa ja sairauksia koskevista kysymyksistä, joissa selvitettiin, oliko henkilöillä pitkäaikaissairauksia, ja jos oli, niin mitä sairauksia ne olivat. Lisäksi tutkituilta kysyttiin, olivatko he olleet sairauden johdosta vuodepotilaina ja yhteydessä lääkäriin. Sairauksien laatua koskevat tiedot määritettiin kansainväliseen tautinimistöön perustuvan tautiluokituksen mukaan. Joukko lääkäreitä (kaksi yleislääkäreitä, kaksi sisätautilääkäreitä, yksi keuhkosairauksien, yksi kirurgisten sairauksien, yksi naistentautien ja synnytysten, yksi ortopedisen kirurgian, yksi psykiatrian ja yksi reumasairauksien erikoislääkäri) arvioi kunkin taudin kohdalla keskimääräisen sairaalahoidon, lääkärin hoidon, röntgen- ja laboratoriotutkimusten, lääkehoidon ja muun (kirurgisen, fysikaalisen yms.) hoidon tarpeen. Tämä tarve pisteytettiin asteikolla 0–3. Arviointiin vaikutti myös se, tulkittiinko kyseinen tautiluokka akuutiksi vai pitkäaikaiseksi sairaudeksi. Tautiluokan hoidon kokonaistarpeen pistemäärä laskettiin eri hoitolajien tarpeita kuvaavien suhteellisten pistemäärien keskiarvojen summana. Pistemäärä osoittaa, kuinka monta kertaa keskimäärin tiettyä tautia sairastava henkilö asioi avohoidon lääkäri vastaanotolla yhden vuoden aikana. (Kalimo ja Sievers 1967; Purola ym. 1971, 73–74.)

Kyseisellä menettelyllä laskin tämän tutkimusaineiston henkilöille heidän ilmoittamiensa tautiluokkien hoidon tarpeen pisteluvut. Haastatelluilla, joilla pitkäaikaissairauksia oli vain yksi, hoidon tarve muodostui suoraan kyseisen sairauden osoittamien hoitopisteiden perusteella. Niille ihmisille, joilla sairauk-

sia oli useita, ensimmäisen sairauden pistemäärään lisättiin puolet muiden tautien yhteenlasketuista pisteistä. Ajatus perustuu siihen, että mennessään lääkäriin yhden taudin vuoksi, asiakas voi samalla puhua kaikista muistakin vaivoistaan.

Hoidon tarvetta osoittavat pistemäärät saattavat yksilötasolla olla epätarkkoja, eikä niiden perusteella voida tehdä päätelmiä hoidon absoluuttisen kokonaistarpeen suuruudesta. Menetelmä sopii kuitenkin hyvin aineiston sisäiseen vertailuun, ja väestötasolla sitä voidaan pitää luotettavana sairauksien vaikeusasteen osoittimena. Hoidon tarpeen pistemäärä vaihteli tässä aineistossa arvojen 0,2–12,7 välillä. Luokiteltu muuttuja muodostettiin jakamalla aineisto kahteen osaan. Mediaania (12,56) pienemmät arvot viittasivat vähäiseen hoidon tarpeeseen, sitä korkeammat arvot osoittivat keskimääräistä suurempaa hoidon tarvetta.

Psyykkistä oireilua tiedusteltiin kysymällä, onko vastaajaa viime aikoina vaivannut yllirasittuneisuus, alakuloisuus tai masentuneisuus, hermostuneisuus tai jännittyneisyys, voimattomuus tai väsymys tai unettomuus. Vastausvaihtoehdot kussakin viidessä oireryhmässä olivat kyllä ja ei. Tarkastelussani käytin yksittäisiä oirekysymyksiä ja jatkuvana muuttujana oireista muodostettua summamuuttujaa.

Lääkkeiden käytöstä kysyttiin, oliko henkilöllä haastatteluhetkellä käytössään lääkärin määräämiä lääkkeitä. Lisäksi tiedusteltiin, onko vastaaja ”käyttänyt eilen tai toissapäivänä mitään ilman reseptiä saatavaa lääkettä, vitamiinivalmistetta, luonnonlääkettä, rohdosvalmistetta tai homeopaattista tuotetta”. Kysymyksiin vastattiin vaihtoehdoin 1) kyllä ja 2) ei.

Lääkärissäkäyntien määriä selvitettiin tiedustelemalla haastatteluvuoden aikana oman sairauden vuoksi tehtyjä käyntikertoja terveystieteiden keskuslääkärillä, sairaalan poliklinikalla, työpaikan työterveyslääkärillä, yksityislääkärillä, kotona tai jossakin muualla. Työterveyslääkärikäyntejä tiedusteltiin vain työssä olevil-

ta ja lomautetuilta. Lääkäriissäkäyntien määrää tarkastelin eri vaihtoehtoista muodostamallani summamuuttujalla sekä koko vuotta käsittävinä lukuarvoina. Viimeksi mainittu saadaan käyttämällä laskukavaa $365 \times$ käyntikertojen määrä / päivät vuoden alusta haastattelupäivään. Vuositason lääkärikäyntejä olen arvioinut myös sen mukaan, oliko henkilöllä enemmän kuin kymmenen käyntikertaa vuodessa. Sairauksista koituneet kulut muodostuivat kaikista perheen itse haastatteluvuoden aikana maksamista kustannuksista, joista on vähennetty sairausvakuutuksen, vakuutusyhtiöiden, kuntien sosiaalitoimistojen ja avustuskassojen maksamat korvaukset (Arinen 1998, 69). Tutkimusaineistossa sairauskuluista on muodostettu laskennallinen muuttuja perheen koon mukaan.

2.3. Terveysthuollon palvelusektoreiden määrittely ja tarkastelun raja

Ryhmittelin tutkimusaineistooni kuuluvat henkilöt neljään eri kategoriaan sen mukaan, mitä lääkäripalveluja he olivat haastatteluvuoden aikana käyttäneet. Julkisen sektorin käyttäjiä olivat henkilöt, jotka olivat oman sairautensa vuoksi käyneet terveyskeskuslääkärin vastaanotolla tai sairaalan poliklinikalla, mutta eivät olleet käyttäneet muita avoterveydenhuollon lääkäripalveluja. Siihen kuului yhteensä 1301 henkilöä. Yksityisen sektorin käyttäjäryhmä koostui niistä 275 henkilöstä, jotka olivat asioineet vain yksityislääkärillä. Työterveyshuollon sektori muodostui ainoastaan työterveyslääkäripalveluja käyttäneistä henkilöistä. Heitä oli aineistossa 336. Kaikki nämä ryhmät edustivat niin kutsuttua puhdasta sektorikäyttöä, toisin sanoen palveluja oli hankittu vain yhdeltä palvelujentuottajataholta. Palvelujen rinnakkaiskäyttäjillä oli sen sijaan vähintään yksi lääkäriissäkäynti julkisella sektorilla ja ainakin yksi käynti yksityisellä lääkäriillä tai työterveyslääkärillä. Lisäksi he olivat voineet tavata lääkärin jossain muualla, esimerkiksi kotonaan. Rinnakkain eri sektoreita käyttäneitä oli aineistossa yhteensä 534 henkilöä. Käyt-

tämäni tutkimusaineiston koko oli 2 446 henkilöä. Taulukosta 1 käy ilmi, miten aineisto jakautui eri sektoreiden kesken.

Taulukko 1. Tutkimusaineiston jakautuminen sen mukaan, mitä lääkärisektoria haastatellut olivat haastatteluvuoden aikana pääasiallisesti käyttäneet.

Tutkimuksen lääkärisektorit	Henkilöitä	%
Julkinen	1301	53
Yksityinen	275	11
Työterveyshuolto	336	14
Rinnakkaiskäyttö	534	22
Yhteensä	2 446	100

Haastateltujen lääkärisäkäyntien kertymäaika oli enimmillään viisi ja puoli kuukautta, vähimmillään kolme kuukautta. Lyhyen tarkastelujakson vuoksi etenkin sellaiset henkilöt, joilla lääkärisäkäyntejä oli vähän, ovat voineet tulla luokitelluiksi ryhmään, johon he pidemmällä tarkastelujaksolla eivät kuuluisi. Siten puhtaan julkisen sektorin käyttäjinä voi olla henkilöitä, jotka ovat edellisen vuoden yksityissektorin tai työterveyshuollon lääkärisäkäynnin jälkeen jatkohoidossa sairaalan poliklinikalla ja kuuluisivat palvelujen rinnakkaiskäyttäjien ryhmään. Pidempi tarkastelu-aika olisi ilmeisesti kasvattanut juuri sektoreiden rinnakkaiskäytön osuutta.

2.4. Tutkimusaineiston tilastollinen käsittely: tunnusluvut ja monimuuttujamenetelmä

Aineiston alustavassa tarkastelussa arvioin lääkärisektoreiden eroja jakauma- ja keskiarvolukujen avulla. Jakaumatulosten testauksessa käytin khiin neliö -testiä ja keskiarvoissa yksisuuntaista varianssianalyysia. Menettelyn avulla hain aineistosta tekijöitä, joiden suhteen eri lääkärisektoreita pääasiallisesti käyttäneet poikkeavat toisistaan eniten. Tulosten perusteella poimin muuttujat aineiston tilastolliseen jatko-

käsittelyyn. Monimuuttujamenetelmäksi valitsin logistisen binomisen regressioanalyysin, jossa selitettävänä muuttujina ovat lääkärisektorit yksi kerrallaan.

Logistinen regressioanalyysi

Regressioanalyysissa yhden tai useamman selittävän tekijän avulla pyritään selittämään jotakin ilmiötä. Tyypillinen tutkimusongelma on kysyä, mitkä selittävät muuttujat selittävät – ja miten – tietyn kriteerimuuttujan havaittua vaihtelua. Logistista regressioanalyysia käytetään silloin, kun selitettävä muuttuja on luokka-arvoinen ja selittävät muuttujat ovat jatkuvia tai luokka-arvoisia. Luokka-arvoiset muuttujat voivat olla kaksi- tai useampiluokkaisia. Kaksiarvoisella muuttujalla tarkoitetaan, että on jokin ilmiö, joka esiintyy tai ei esiinny. Logistisella mallilla etsitään selittäjiä, jotka vaikuttavat selitettävän ilmiön todennäköisyyteen. Myös jatkuvia muuttujia voidaan analysoida logistisen regression avulla; tällöin selitettävät muuttujat muunnetaan ennen analyysia luokittelumuuttujiksi. (esim. Metsämuuronen 2001, 78.) Näin on toimittu myös tämän aineiston käsittelyssä: eri sektoreille tehtyjä lääkärikäyntimääriä osoittavat muuttujat muunnettiin sektorin käyttöä kuvaaviksi muuttujiksi.

Logistinen regressioanalyysi soveltuu parhaiten kahteen tilanteeseen. Yhtäältä voidaan etsiä laajan muuttujajoukon keskeltä niitä tekijöitä, jotka yhdessä kykenevät selittämään jotakin ilmiötä. Toisaalta sillä voidaan tutkia jo aiemmin tärkeiksi tiedettyjen muuttujien osuutta selittävinä tekijöinä. Näiden kahden tässä tutkimuksessa esiintyvän perustilanteen lisäksi regressioanalyysillä voidaan testata myös sitä, olisivatko tietyt muuttujat parempia selittäjiä kuin toiset. Menetelmä sopii myös uusien – aineistoon kuulumattomien – havaintojen ennustamiseen. (Kanniainen 1999, 38; Metsämuuronen 2001, 78.)

Logistisessa regressioanalyysissa lasketaan siis todennäköisyys sille, että selitettävä muuttuja (y) saa arvon 1. Matemaattisesti tämä voidaan esittää lausekkeella:

1

$$P(y = 1) = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1x_1 + b_kx_k)}}$$

Kaavassa x_1, \dots, x_k ovat selittäviä muuttujia. Niiden painokertoimet b_1, \dots, b_k estimoidaan tutkimusaineistossa. Termi b_0 viittaa vakioon, joka myös lasketaan analyysin kuluessa. e on luonnollisen logaritmin kantaluku eli neperin luku, jonka arvo on noin 2,718. Logistisessa regressioanalyysissä käytetään suurimman uskottavuuden (maximum-likelihood) -menetelmää, mikä tarkoittaa sitä, että käytetty tilasto-ohjelma etsii kertoimet, joiden avulla löydettäisiin mahdollisimman uskottavasti havaittujen arvojen lähellä olevat arvot. (Metsämuuronen 2001, 80–82; SPSS for Windows...1993.)

Koska logistisessa regressioanalyysissä etsitään yhteyttä asioiden välillä, on mahdollista, että yksikään tekijä saadussa mallissa ei välttämättä ole syy tutkittavalle selitettävälle tekijälle. Mikäli analyysiin valitaan epäoleellisia muuttujia, ovat tulokset enemmän tai vähemmän epävarmoja tai epävakaita.

Mallin hyvyyden arviointi

Regressiokertoimen tulkintaa lähestytään useimmiten niin kutsutun vedonlyöntisuhteen eli odds ration (e^B) näkökulmasta. Se kertoo riskin kuulua tiettyyn ryhmään tilanteessa, kun selittävän muuttujan arvossa tapahtuu yhden yksikön muutos. Tutkittaessa esimerkiksi sairastuneisuutta vedonlyöntisuhteen arvo kaksi tarkoittaa, että sairastumisen riski on kaksinkertainen, kun selittävän muuttujan arvo kasvaa yhdellä yksiköllä. Mikäli vedonlyöntisuhte on pienempi kuin yksi, vaikkapa 0,5, sairastumisen riski pienenee 50 prosenttia, kun selittävän muuttujan arvossa tapahtuu yhden yksikön muutos. Tulkintaa käytetään

silloin kun selittäjä on luokkamuuttuja ja yksi luokka on valittu vertailuluokaksi. (Metsämuuronen 2000, 90)

Logistisessa regressioanalyysissä ei ole vaatimusta muuttujien jakaumille. Kuitenkin malli on stabiilimpi, jos selittäjät noudattavat normaalijakaumaa. Selittäjien välinen korrelointi eli niin kutsuttu multikollineaarisuus sen sijaan on haitaksi. Kun selittäviä muuttujia on useita, voidaan logistinen malli tehdä askeltamalla, jolloin malliin valikoituvat vain tilastollisesti merkitsevät selittävät muuttujat. (Kanninen 1999, 41; Metsämuuronen 2001, 82.) Lisäävässä menettelyssä, jota tässä tutkimuksessa on pääasiassa käytetty, multikollineaariset muuttujat eivät tuota ongelmaa, sillä vain yksi niistä tulee malliin, mikäli muilla ei ole selitystetta lisäävää vaikutusta.

Monimuuttujamallissa ohjelman suorittama muuttujien valinta on tekninen, jolloin muuttujien joukosta voi pudota pois ilmiön kannalta oleellisiakin tekijöitä. Tällöin saattaa joskus olla järkevää hieman keventää muuttujien pudottamiskriteereitä. Näin on menetelty joissakin tilanteissa myös tämän aineiston analyyseissa; vähiten muuttujia sisältävä malli ei välttämättä ole teoreettisesti paras.

Logistisen mallin hyvyttä eli sitä, miten hyvin malli ennustaa havainnon kuulumisen siihen ryhmään, johon se alun perin luokitui, voidaan arvioida SPSS -ohjelmistossa luokittelutaulukolla tai visuaalisesti histogrammin avulla. Arviointivälineenä käytetään usein myös mallin ja havaitun suhdetta kuvaavaa tunnuslukua, likelihood'a, ja sen logaritmia kerrottuna -2:lla. Tässä työssä mallin hyvyttä osoittaa likelihood -arvoja hyödyntävä testisuure, Nagelgerken \tilde{R}^2 , jonka avulla tarkastellaan mallin selittämän varianssin osuutta. Nagelkerken \tilde{R}^2 kertoo suoraan, minkä osuuden havaitusta ilmiöstä malli pystyy selittämään. (vrt. Metsämuuronen 2001, 82–94.)

3. Sektoreiden erot ja niiden valintaa ohjaavat tekijät

3.1. Eniten eroja sosioekonomisessa asemassa, palvelujen saatavuudessa ja terveydentilassa

3.1.1. Koulutustaustassa ja työmarkkina-asemassa suuria eroja

Taulukko 2. Lääkärisektoreiden käyttöön altistavia tekijöitä; vastausjakaumat sektoreittain.

		Henkilöiden lukumäärä	Julkinen sektori % (N=1301)	Yksityinen sektori % (N=275)	Työterveys- huolto % (N=336)	Rinnakkais- käyttö % (N=534)	Yhteensä % (N=2446)	
Suku- puoli	Nainen	1 345	54	60	42	62	55	***
	Mies	1 101	46	40	58	38	45	
	Yhteensä	2 446	100	100	100	100	100	
Perus- koulutus	Ylioppilastutkinto	557	19	32	29	24	23	***
	Keski- tai peruskoulu	795	32	33	33	33	33	
	Kansak. tai vähemmän tai perusk. kesken	1 084	49	35	38	43	44	
	Yhteensä	2 436	100	100	100	100	100	
Jatko- koulutus	Korkeakoulu	243	8	16	13	10	10	***
	Amm. opisto, ammattikoulu tai -kurssi	1 583	63	63	69	69	65	
	Ei mitään ed. mainituista	619	30	21	18	22	25	
	Yhteensä	2 445	100	100	100	100	100	
Työmarkkina- asema	Työssä	1 678	57	74	100	74	69	***
	Työtön	269	16	7	0	9	11	
	Jokin muu (esim. opiskelija, eläkkeellä)	499	27	19	0	17	20	
	Yhteensä	2 446	100	100	100	100	100	
Työttömänä vuosina 1993-1996	On ollut työttömänä	453	28	23	17	18	23	***
	Ei ole ollut työttömänä	1498	72	77	83	82	77	
	Yhteensä	1 951	100	100	100	100	100	
Käy hammas- lääkärissä	Säännöllisesti	1 324	53	73	61	65	59	***
	Vain tarvittaessa tai ei koskaan	911	47	27	39	35	41	
	Yhteensä	2 235	100	100	100	100	100	
Tupakointi	Ei lainkaan	567	46	49	42	53	47	*
	Säännöllisesti tai satunnaisesti	629	54	51	58	47	53	
	Yhteensä	1 196	100	100	100	100	100	

(*) $p < 0,05$; (**) $p < 0,01$; (***) $p < 0,001$. Merkitsevyyttä osoittavat tähdet tarkoittavat kyseisen muuttujan sisällä esiintyviä tilastollisesti merkitseviä eroja.)

Haastateltujen keski-ikä aineistossa oli 44 vuotta. Keskimäärin nuorimpia olivat työterveyshuollon asiakkaat, 42-vuotiaita. Iältään vanhimpia, keskimäärin 45-vuotiaita, olivat eri sektoreita rinnakkain käyttäneet henkilöt. Julkisen ja yksityisen sektorin käyttäjien keski-ikä oli 44 vuotta. Kaikilla muilla paitsi työterveyshuollon sektorilla naisten osuus käyttäjistä oli miehiä suurempi. Suurimmillaan naisten osuus oli sektoreita rinnakkain käyttäneiden ryhmässä, toiseksi suurinta yksityissektorilla.

Sosioekonominen asema oli tilastollisesti merkitsevässä ($p < 0,000$) yhteydessä sektorin käyttöön sekä koulutuksen että työmarkkina-aseman suhteen. Julkisen sektorin asiakkailta oli muita selvästi heikompi koulutustausta: noin joka toisella peruskoulutusta oli korkeintaan kansakoulun verran ja vailla mitään jatkokoulutusta oli ryhmästä lähes joka kolmas. Ylioppilastutkinto oli joka viidennellä ja korkeakoulututkinto kahdeksalla prosentilla kunnallisen palvelusektorin asiakkaista. Tässä ryhmässä myös henkilöiden työmarkkina-asema poikkesi muista ryhmistä selvästi. Lähes puolet heistä oli työttömiä, opiskelijoita tai eläkeläisiä ja joka neljännellä oli lähihistoriassaan työttömyyskokemuksia. Muiden sektoreiden asiakkaista vähintään joka kolmas oli työssä ja työttömyysjaksojakin oli selvästi vähemmän. Paras koulutustausta oli yksityissektorin ja työterveyshuollon asiakkailta. Näissä ryhmässä ylioppilastutkinto oli lähes joka kolmannella ja korkeakoulututkinto joka seitsemännellä henkilöllä. Hyvä koulutustausta ei sen sijaan korostunut palveluja rinnakkain käyttäneillä, jotka peruskoulutukseltaan muistuttivat eniten julkisen sektorin asiakkaita. Yliopisto- tai keskiasteen jatkotutkinto oli kuitenkin tässä ryhmässä julkista sektoria yleisempi.

Vastaajaryhmät poikkesivat toisistaan myös terveysasenteiltaan. Säännöllisesti hammaslääkärin vastaanotolla kävi tyypillisimmin yksityisen sektorin asiakas, vaikka kaikissa ryhmässä suurin osa asioi hammaslääkärillä myös muutoin kuin vain pakottavasta tarpeesta. Julkisen sektorin käyttäjistä lähes puolet mainitsi kuitenkin menevänsä hammaslääkäriin vain tarvittaessa tai ei koskaan. Erot tupakointitottumuksissa eivät olleet yhtä suuret kuin muissa tämän ryhmän muuttujissa, vaikka vaihtelu ryhmien välillä olikin tilastollisesti merkitsevää ($p = 0,032$). Yleisintä tupakointi oli työterveyshuollon asiakkailta, mutta myös julkisen ja yksityisen sektorin asiakkaista yli puolet tupakoi säännöllisesti tai ainakin silloin tällöin. Eri lääkäripalveluja rinnakkain käyttäneillä tupakoimattomuus oli hieman tavanomaisempaa kuin tupakointi, tosin tässäkin ryhmässä 47 prosenttia sauhutteli ainakin satunnaisesti. Muita käyttäjäryhmiä vähäisempi tupakointi liittyyneen henkilöiden ikä- ja sukupuolitaustaan: naiset tupakoivat yleensäkin mie-

hiä vähemmän ja myös iän karttuessa tapa käy harvinaisemmaksi (ks. esim. Helakorpi ym. 2001; Piirainen ym. 2003).

3.1.2. Tulot, yksityinen vakuutus ja tuttu lääkärisuhde vaihtelivat sektoreittain

Taulukko 3. Lääkäripalveluiden käyttöä mahdollistavia tekijöitä; vastausjakaumat sektoreittain.

		Henkilöiden lukumäärä	Julkinen sektori % (N=1301)	Yksityinen sektori % (N=275)	Työterveys- huolto % (N=336)	Rinnakkais- käyttö % (N=534)	Yhteensä % (N=2446)	
OECD- tulo- viidennes	Kaksi alinta luokkaa	728	40	25	15	21	31	***
	Keskimmäinen luokka	447	19	15	17	21	19	
	Kaksi ylintä luokkaa	1 195	41	60	68	58	50	
	Yhteensä	2 370	100	100	100	100	100	
Perheen taloudellinen tilanne	Hyvä tai melko hyvä	813	26	50	42	37	33	***
	Keskinkertainen	1 169	52	38	43	46	48	
	Huono tai melko huono	461	22	12	15	17	19	
	Yhteensä	2 443	100	100	100	100	100	
Vakuutus- yhtiöiltä korvauksia	Saa korvauksia	151	5	12	5	8	6	***
	Ei saa korvauksia	2 284	95	88	95	92	94	
	Yhteensä	2 435	100	100	100	100	100	
Työn- antajalta korvauksia	Saa korvauksia	241	7	15	27	17	15	***
	Ei saa korvauksia	1 413	93	85	73	83	85	
	Yhteensä	1 654	100	100	100	100	100	
Kunnallinen omalääkäri	Kyllä	1 094	48	35	38	46	45	***
	Ei	1 216	49	57	50	49	50	
	Ei osaa sanoa	136	3	8	12	6	6	
	Yhteensä	2 446	100	100	100	100	100	
Muu yleislääkäri	Kyllä	1 058	32	43	67	56	43	***
	Ei	1 388	68	57	33	44	57	
	Yhteensä	2 446	100	100	100	100	100	
Asuinalue	Kaupungin keskusta tai lähiö	1 462	53	65	72	66	60	***
	Kuntakeskus, kylä tai haja-asutusalue	720	47	35	28	34	40	
	Yhteensä	2 182	100	100	100	100	100	
Lääni	Etelä- ja Länsi-Suomi	1 883	72	82	84	82	77	***
	Itä-Suomi, Oulun ja Lapin läänit	563	28	18	16	18	23	
	Yhteensä	2 446	100	100	100	100	100	
Riittävästi terveyskeskus- lääkäreitä	Kyllä	1 627	80	61	63	72	74	***
	Ei	386	16	23	17	18	18	
	Ei osaa sanoa tai ei tiedä	190	4	16	20	10	8	
	Yhteensä	2 203	100	100	100	100	100	
Riittävästi yksityis- lääkäreitä	Kyllä	1 521	62	81	74	77	69	***
	Ei	398	22	14	13	14	18	
	Ei osaa sanoa tai ei tiedä	284	16	5	13	9	13	
	Yhteensä	2 203	100	100	100	100	100	
Asuinkunnan sairastavuus- indeksin taso	Alhainen indeksi (alle 95)	852	31	40	40	38	35	***
	Keskittason indeksi (95 - 105)	888	35	34	42	37	36	
	Korkea indeksi (yli 105)	706	34	26	17	25	29	
	Yhteensä	2 446	100	100	100	100	100	

(*) $p < 0,05$; (**) $p < 0,01$; (***) $p < 0,001$. Merkitsevyyttä osoittavat tähdet tarkoittavat kyseisen muuttujan sisällä esiintyviä tilastollisesti merkitseviä eroja.)

Ryhmien väliset erot suhteessa palvelujen saatavuuteen ja mahdollisuuksiin käyttää lääkäripalveluja tulivat aineistossa selvästi esiin. Tulojen yhteys lääkärisektorin valintaan on todettu Suomessa hyvin

suureksi (esim. Häkkinen 1992; Klaukka ja Maljanen 2001). Myös omassa aineistossani ryhmät poikkesivat toisistaan tulojensa ja taloudellisen asemansa suhteen. Kaikista vastaajista puolet sijoittui kahteen ylimpään ja noin kolmannes kahteen alimpaan OECD-tuloluokkaan. Julkisen sektorin asiakkaista ylimpiin ja alimpiin tuloryhmiin kuului noin 40 prosenttia; muilla sektoreilla enemmistöllä tulot olivat ylimpien tuloluokkien mukaiset. Tulojen mukaan paras sosioekonominen asema oli työterveyshuollon asiakkailla. Keskimääräiset kuukausitulot tässä ryhmässä olivat noin 1523 euroa. Yksityisellä sektorilla keskitulot olivat hieman pienemmät, 1426 euroa. Rinnakkain eri lääkäripalveluja käyttäneetkin ansaitsivat selvästi yli tuhat euroa, keskimäärin noin 1347 euroa kuukaudessa. Julkisella sektorilla tulot jäivät selvästi alemmiksi, noin 1075 euroon.

Tulotarkastelusta ei kuitenkaan ilmene perheen kokonaistilanne, sillä varsinkin 1990-luvulla velkaantuminen oli yleistä, ja lama koetteli kaikkia väestöryhmiä (Uusitalo 2000). Tuloja laajemman kuvan henkilöiden taloudellisesta tilanteesta saa vastaajien subjektiivisesta kuvauksesta. Koko aineistossa joka kolmas luonnehti taloutensa hyväksi tai melko hyväksi. Lähes puolet piti tilannettaan keskinkertaisena ja noin joka viides huonona tai melko huonona. Tällä mittarilla arvioituna yksityissektorin käyttäjillä talousasiat olivat parhaassa kunnossa: noin puolet mainitsi taloutensa hyväksi, reilu kolmannes keskinkertaiseksi ja noin joka kymmenes huonoksi. Julkisia palveluja käyttäneet kuvasivat talouttaan tyypillisimmin keskinkertaiseksi. Joka neljännellä tilanne oli hyvä, joka viidennellä oli vaikeuksia. Työterveyshuollon asiakkaiden ja palvelujen rinnakkaiskäyttäjien arviot sijoittuivat näiden kahden ryhmän välimaastoon. Tulotarkastelun valossa julkiset palvelut ovat kohdentuneet tavoitteiden mukaisesti eli palveluja käyttävät eniten pienituloiset ja heikommassa asemassa olevat.

Yksityinen sairausvakuutus ei tässä aineistossa ollut kovin yleinen, vain kuusi prosenttia kaikista lääkärisissä käyneistä oli saanut vakuutusyhtiöltä korvausta lääkärisissäkäynneistään. Työnantajalta korvauksia oli saanut hieman useampi, noin joka seitsemäs henkilö. Yksityinen vakuutus oli yleisin yksityissektorin

asiakkailla. 12 prosenttia ryhmästä ilmoitti vakuutusyhtiön korvaavan lääkäriiskäyntikulujaan. Työnantajakorvauksia sai joka neljäs työterveyssektorin ja noin joka kuudes yksityissektorin asiakas tai sektoreita rinnakkain käyttänyt henkilö. Kunnallisia palveluja käyttäneet eivät yleensä saaneet korvauksia käynneistään sen paremmin yksityisten vakuutusten kuin työnantajankaan kautta. Joissakin tutkimuksissa todettu sairausvakuutuksen ja potilaan maksujärjestelmän palvelujen käyttöä ohjaava vaikutus näkyikin tässä aineistossa selvimmin työnantajan osallisuudessa työntekijöiden lääkärikulujen korvaamiseen (vrt. Mehl-Madrona 1998 ja Takala ym. 2002).

Säännöllisen hoitosuhteen on havaittu lisäävän palvelujen käyttötarvetta (esim. Hulka ja Wheat 1985; Häkkinen 1992). Suomessa omalääkärijärjestelmä on lisännyt palvelujen saatavuutta ja parantanut hoidon jatkuvuutta (Paunio 1997, 33). Järjestelmän on arvioitu vaikuttaneen voimakkaimmin avohoidon lääkärikäyntien määrän kasvuun 1980–1990 -luvuilla (Häkkinen 1996). Omassa aineistossani terveyskeskuksen omalääkäriin mainitsi vajaa puolet vastanneista. Parhaiten järjestelmä tunnettiin julkisella sektorilla ja eri sektoreita rinnakkain käyttäneiden keskuudessa. Yksityissektorin ja työterveyshuollon käyttäjistä sen sijaan vain reilu kolmannes tiesi kunnan nimenneen itselleen oman lääkärin. 1990-luvun puolivälissä järjestelmä oli vielä osittain vakiintumaton, mikä näkyi tuloksissa: työterveyshuollon asiakkaista 12 ja yksityissektorin asiakkaista kahdeksan prosenttia ei tiennyt, oliko terveyskeskuksessa omalääkäri vai ei. Työterveyshuollon lääkäripalveluja ja eri palvelusektoreita rinnakkain käyttäneistä suurimmalla osalla oli joku muu yleislääkäri, jonka puoleen käännettiin tarvittaessa. Työterveyshuollon asiakkailla tämä lääkäri oli yleensä työterveyslääkäri.

Terveydenhuollon palveluja käytetään eniten siellä, missä tarjonta on suurinta eli Etelä-Suomessa, pääkaupunkiseudulla ja suurissa asutuskeskuksissa. Yksityiset terveyspalvelut ja työterveyshuollon palvelut keskittyvät sinne, missä on eniten maksukykyisiä asiakkaita. (esim. Arinen ym. 1998.) Yksityisen sektorin terveyspalveluiden valinta perustuu usein palvelujen hyvään saatavuuteen (esim. Tuorila 2000).

Palvelujen tarjontalähtöisyyden vaikutus palvelujen valintaan näkyi omassa aineistossani henkilön asuinalueella³, palvelujen etäisyyttä ja palvelujen riittävyttä osoittavissa muuttujissa. Julkisen sektorin asiakkaat löytyivät muita palvelusektoreita useammin maaseudulta, kuntakeskuksista, kylistä tai haja-asutusalueilta. Myös maantieteellisesti ero muihin ryhmiin oli selvä: joka neljäs kunnallisten palvelujen asiakas oli Itä-Suomesta tai Oulun ja Lapin lääneistä. Muiden sektoreiden käyttäjät olivat valtaosaltaan Etelä- ja Länsi-Suomen kaupungeista tai niiden lähiöistä. Julkista sektoria käyttäneillä etäisyydet sekä terveyskeskus- että yksityislääkäripalveluihin olivat myös selvästi muita pidemmät. Lähin terveyskeskuslääkäri julkisen sektorin asiakkaalla oli keskimäärin 5,7 ja yksityislääkäri noin 13,2 kilometrin päässä. Yksityissektorin asiakas tavoitti terveyskeskuslääkärin noin 4,8 ja yksityislääkärin 8,5 kilometrin säteellä. Työterveyshuoltoa ja rinnakkain eri palvelumuotoja käyttäneillä matkaa lähimmän lääkärin vastaanotolle oli keskimäärin vähiten: terveyskeskuslääkärille alle neljä ja yksityislääkärille hieman yli seitsemän kilometriä.

Kokemukset julkisten ja yksityisten lääkäripalvelujen riittävydestä sekä julkisten terveystalouksien laadusta vaihtelivat sektoreittain tilastollisesti merkitsevästi. Selvä enemmistö kaikista vastaajista oli sitä mieltä, että niin terveyskeskus- kuin yksityislääkäripalvelujakin oli tarpeeksi tarjolla. Eniten puutteita julkisissa palveluissa näkivät yksityissektorin käyttäjät. Työterveyshuollon asiakkaista joka viides ei joko osannut kertoa mielipidettään tai ei tiennyt, oliko terveyskeskuslääkäripalveluja riittävästi. Tulos voi kertoa siitä, että työterveyspalvelujen käyttäjät ovat oman palveluntuottajansa uskollisia asiakkaita, eikä kunnallisilta tuottajilta tarvita lisäpalveluja. Samaan viittasi tuloksissa se, että epätietoisuus myös yksityisestä lääkäritarjonnasta oli työterveyshuollon sektorilla yleistä. Tyytyväisimpiä yksityissektorin tarjontaan olivat yksityislääkäriä yleensä käyttäneet. Kunnallisia palveluja käyttäneistä sen sijaan joka

³ Alueellisina, aggregaattitasoina tarkastelussani olivat asuinalueen taajama-aste ja asuinkunnan sairastavuuden taso. Ryhmätasolla esiintyvän yhteyden perusteella tehdyt yksilötason päätelmät ovat pulmallisia. Esimerkiksi Suomessa asuinalueet ovat eriytyneet siten, että eri alueilla asuu sosiodemografisilta ominaisuuksiltaan erityyppisiä ihmisiä, ja yhteydet

viides katsoi yksityiset palvelut riittämättömiksi, mutta olivat yleensä tyytyväisiä kunnallisten palvelujen määrään. He antoivat myös keskimäärin parhaat pistearviot, keskimäärin 7,3 pistettä, julkisen terveydenhuollon laadulle⁴. Heikoimmat arviot, keskimäärin 6,5 pistettä, tulivat yksityisen sektorin asiakkailta.

Näiltä osin tulokset ovat samankaltaiset kuin Tuorilalla (2000) ja Aaltosella (1996). Palvelujen saantiin liittyvä hitaus ja tyytymättömyys palvelujen laatuun olivat Tuorilan tutkimuksessa tärkeimpiä syitä asiakkaan päätökseen käyttää yksityisiä terveystalveluja. Erityisesti erikoislääkäripalvelujen saanti koettiin vaikeaksi. Toimipaikan edullinen sijainti ja monipuolisten palvelujen helppo saatavuus olivat myös hyvin merkityksellisiä terveystalveluja valittaessa (mt., 77). Aaltosen tutkimuksessa tuli voimakkaasti esille ihmisten käsitys yksityisten terveystalvelujen paremmuudesta julkisiin nähden riippumatta siitä, mitä palveluja henkilöt olivat käyttäneet (Aaltonen 1996). Myös omassa tutkimuksessani yksityisten terveystalvelujen laatua arvostettiin julkisia enemmän kaikilla sektoreilla, keskimäärin 8,4 pisteen verran.

Yhteiskunnan panostuksia terveydenhuoltoon on useissa tutkimuksissa arvioitu terveydenhuollon aluekohtaisilla resurssi-indikaattoreilla, kuten hoitohenkilökunnan määrällä tai sairaanhoidon kustannuksilla (esim. Häkkinen 1995; 1996). Omassa tarkastelussani käytän Kansaneläkelaitoksessa kehitettyä sairastavuusindeksiä, joka muodostuu kuolleisuuden, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työkäisten ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen kuntakohtaisista väestöosuuksista. Terveyspolitiikan jakauma- ja tasotavoitteiden saavuttamiseksi mittarin tulisi siis osoittaa, että siellä, missä on paljon sairastavuutta, siellä myös monipuolisia palveluja tulisi olla runsaasti tarjolla. Tältä osin tulokset olivat kuitenkin päinvastaiset ja kertoivat tarpeen ja tarjonnan kohtaantovaikeuksista. Yksityiset palvelut ja niiden käyttäjät löytyivät tässä aineistossa yleensä vähäisen sairastavuuden kunnista; korkean kuolleisuuden ja sairasta-

eri tekijöiden välillä ovat vaikeasti eriteltävissä. Tuloksia arvioidessani olen tällaisten muuttujien tarkastelussa päätenyt yleistyksiin vain silloin, kun aikaisemmin todennetut tutkimustiedot tukevat saatuja tuloksia. (vrt. Keskimäki ym. 2001.)

⁴ *Terveystalvelujen laatua arvioitiin kysymyksillä ”Montako pistettä antaisitte omien kokemustenne perusteella julkisten yksityisten terveystalvelujen laadulle?” Vastausasteikko oli yhdestä kymmeneen.*

vuuden kuntiin yksityissektorin asiakkaista sijoittui vain joka neljäs. Yksityisiä palveluja vielä selvemmin tarjonta näkyi työterveyshuollon asiakasosuuksissa: yli 80 prosenttia tämän ryhmän käyttäjistä oli joko vähäisen tai keskimääräisen sairastavuuden alueilta. Julkinen palvelutarjonta jakautui indeksin mukaan alueellisesti tasaisimmin, mikä viittaa kunnallisten palvelujen hyvään kattavuuteen koko maassa.

3.1.3. Julkisia ja rinnakkain eri sektoreita käyttäneillä eniten terveysongelmia

Taulukko 4. Palvelujen tarvetta osoittavia tekijöitä; vastausjakaumat sektoreittain.

		Henkilöiden lukumäärä	Julkinen sektori % (N=1301)	Yksityinen sektori % (N=275)	Työterveys- huolto % (N=336)	Rinnakkais- käyttö % (N=534)	Yhteensä % (N=2446)	
Koettu terveydentila	Hyvä tai melko hyvä	1 383	60	75	79	55	62	***
	Keskinkertainen	547	26	17	18	29	25	
	Huono tai melko huono	272	14	8	3	16	13	
	Yhteensä	2 202	100	100	100	100	100	
On jokin työ- tai toimintakykyä vähentävä vaiva tai vamma tai jokin pitkäaikaissairaus Ei ole työ- tai toimintakykyä vähentävää vaivaa tai vammaa tai pitkäaikaissairautta		1 417	61	43	46	67	58	***
		1 029	39	57	54	33	42	
	Yhteensä	2 446	100	100	100	100	100	
Sairauksien määrä	Vain yksi sairaus	649	43	56	64	42	46	***
	Kaksi tai kolme sairautta	597	44	40	32	42	42	
	Ainakin neljä sairautta	171	13	4	4	16	12	
	Yhteensä	1 417	100	100	100	100	100	
Haittaa sairaudesta	Paljon tai jonkin verran	822	60	49	39	65	58	***
	Vain vähän tai ei lainkaan	595	40	51	61	35	42	
	Yhteensä	1 417	100	100	100	100	100	
On jokin psyykinen oire Ei ole psyykkistä oireita		1 533	71	66	65	73	70	
		659	29	34	35	27	30	
	Yhteensä	2 192	100	100	100	100	100	
On käytössä jokin lääkärin määräämä reseptilääke Ei ole lääkärin määräämää reseptiläkettä		1 322	69	62	56	70	66	***
		666	31	38	44	30	34	
	Yhteensä	1 988	100	100	100	100	100	
On jokin ilman reseptiä saatava lääke, vitamiinivalmiste tms. Ei ole ilman reseptiä saatavaa lääkettä, vitamiinivalmistetta tms.		981	49	46	41	55	49	**
		1 022	51	54	59	45	51	
	Yhteensä	2 003	100	100	100	100	100	
Keskimääräistä alhaisempi hoidon tarve (pistemäärä 0,2 - 2,56) Keskimääräistä suurempi hoidon tarve (pistemäärä 2,57 - 12,66)		775	52	66	70	51	55	***
		638	48	34	30	49	45	
	Yhteensä	1 413	100	100	100	100	100	
Alle 10 lääkärisäkäyntiä vuodessa Lääkärisäkäyntejä vuodessa 10 tai enemmän		1 844	80	92	91	46	75	***
		602	20	8	10	54	25	
	Yhteensä	2 446	100	100	100	100	100	

(*) $p < 0,05$; (**) $p < 0,01$; (***) $p < 0,001$. Merkittävyttä osoittavat tähdet tarkoittavat kyseisen muuttujan sisällä esiintyviä tilastollisesti merkittäviä eroja.)

Lääkäripalvelujen välitöntä tarvetta arvioitiin vastaajan ilmoittamalla omaa terveyttä ja lääkkeiden käyttöä sekä lääkäriäkäyntien määrää selvittävillä kysymyksillä. Lähes kaikkien terveydentilan mittareiden ja sektorin välillä oli selvä ja tilastollisesti merkitsevä yhteys. Yleisesti oli nähtävissä, että terveydentilaan ja sairauksiin liittyvissä kysymyksissä työterveyshuollon ja yksityissektorin asiakkaiden tulokset muistuttivat toisiaan. Keskenään samankaltaisia olivat myös julkisen sektorin ja rinnakkain eri sektoreita käyttäneiden henkilöiden vastaukset.

Kaikilla sektoreilla suurin osa vastaajista kuvasi terveydentilaansa hyväksi tai melko hyväksi, mutta suhteellisesti eniten tällaisia mainintoja esittivät yksityisten ja työterveyshuoltopalvelujen käyttäjät. Näissä ryhmissä vain harva koki terveytensä huonoksi tai melko huonoksi, työterveyshuollon asiakkaista osuus oli vain kolme prosenttia. Julkisen sektorin käyttäjistä ja palveluja eri tahoilta hakeneista noin joka seitsemäs kuvasi terveyttään huonoksi. Näissä vastaajaryhmissä yli 60 prosentilla esiintyi myös jokin työ- tai toimintakykyä vähentävä vaiva tai vamma tai jokin pitkäaikainen sairaus, ja suunnilleen yhtä moni mainitsi sairauden haittaavan paljon tai ainakin jonkin verran jokapäiväisiä tehtäviä. Yksityisellä ja työterveyshuollon sektoreilla vastaavat osuudet jäivät alle 50 prosentin.

Rinnakkain eri sektoreita käyttäneillä ja julkisen sektorin asiakkaila oli keskimäärin 2,2, yksityisen sektorin asiakkaila 1,7 ja työterveyshuollon asiakkaila 1,6 pitkäaikaissairautta. Vähintään neljän lääkärin toteaman pitkäaikaissairauden esiintyminen oli niin ikään melko yleistä julkisen sektorin asiakkaila ja rinnakkain eri lääkäripalveluja käyttäneillä. Pitkäaikaissairauksien määrän ja niiden haittaavuuden mukaan terveimpiä aineistossa olivat työterveyshuollon asiakkaat.

Myös pitkäaikaissairauksista johtuva lääkinnällisen hoidon keskimääräinen tarve oli suurinta julkisen sektorin ja eri sektoreita rinnakkain käyttäneillä henkilöillä. Molemmissa ryhmissä noin joka toisen

haastattelun voidaan katsoa tarvinneen runsaasti hoitoa sairauksiinsa. Yksityisellä ja työterveyshuollon sektoreilla yhtä suuri hoidon tarve oli joka kolmannella henkilöllä.

Jonkin psyykkisen oireen mainitsi noin kolme neljästä julkisen sektorin ja rinnakkain sektoreita käyttäneistä ja kaksi kolmesta yksityistä tai työterveyshuollon lääkäripalveluja käyttäneistä henkilöistä. Määrällisesti vähiten, keskimäärin 1,5 psyykkistä oiretta, oli niillä vastaajilla, jotka olivat haastatteluvuonna asioineet vain yksityislääkäreiden vastaanotoilla. Toiseksi vähiten, 1,7 oiretta, oli työterveyshuollon asiakkailla. Kunnallisia lääkäripalveluja käyttäneillä oireita oli keskimäärin 1,8 ja sektoreita rinnakkain käyttäneillä 1,9. Yleisimmin mainitut oireet kaikissa ryhmissä olivat voimattomuus ja väsymys, yllärasittuneisuus ja hermostuneisuus tai jännittyneisyys. Yllärasittuneisuutta esiintyi eniten työterveyshuoltosektorin asiakkailla (vrt. Häkkinen 1992). Psyykkisen oireilun esiintyvyyden sektorikohtainen vaihtelu ei ollut tilastollisesti merkitsevää, mutta oireiden määrän ja sektorin välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p = 0,023$).

Erot lääkkeiden käytössä olivat samankaltaiset kuin sairastavuudessa. Kunnallisia lääkäripalveluja ja eri sektoreita rinnakkain käyttäneillä oli muita yleisemmin hallussaan sekä jokin lääkärin määräämä reseptilääke että ilman reseptiä saatava lääke, vitamiinivalmiste tai vastaava tuote. Palvelujen rinnakkaiskäytöillä oli myös keskimäärin eniten – noin 1,8 – lääkärin määräämää lääkettä ja 0,9 vapaasti apteekista saatavaa tuotetta käytössään. Vähiten lääkkeiden käyttöä raportoivat työterveyshuollon asiakkaat, joilla haastatteluhetkellä oli keskimäärin 0,8 reseptilääkettä ja 0,6 käsikauppalääkettä. Yksityisen lääkärisektorin asiakkaalla oli käytössään keskimäärin yksi reseptilääke ja 0,7 ilman reseptiä saavaa lääkevalmistetta tai lääkkeenomaista tuotetta.

Myös lääkärisäkäyntien ja sairaalassa vietettyjen päivien määrissä oli käyttäjärühmien välillä huomattavia ja tilastollisesti merkitseviä ($p=0$) eroja. Selvästi eniten, keskimäärin 4,8 lääkärisäkäyntiä, oli sekto-

reita rinnakkain käyttäneillä. Julkisten palvelujen asiakkailta käyntejä oli keskimäärin 2,8 Yksityissektorilla käyntejä kertyi keskimäärin 1,7 ja työterveyshuollossa 1,9. Vuositasolle lavennettuna rinnakkaiskäyttäjillä oli keskimäärin 12 käyntiä ja vähiten lääkärissä käyneilläkin, yksityissektorin asiakkaalla 4,3 käyntiä lääkärin vastaanotolla. Sairaalapäiviä kertyi eniten julkista sektoria pääasiallisesti käyttäneille henkilöille, keskimäärin 2,8 sairaalapäivää vuodessa. Eri palveluntuottajilla käynteiden vuositasolle lavennettujen sairaalapäivien määrä oli 2,1. Yksityissektorin ja työterveyshuollon asiakkailta sairaalahoidon tarve oli selvästi vähäisempää. Yksityissektorilla sairaalapäiviä vuositasolla oli keskimäärin 0,3 ja työterveyshuollossa keskimäärin 0,1. Niin kutsutun palvelujen suurkäytön tai suurkulutuksen rajana on useissa tutkimuksissa mainittu kymmenen käyntikertaa vuodessa (esim. Karlsson ym. 1994). Runsaseen palvelujen käyttöön liitetään toisinaan ajatus, että osa käytöstä on tarpeetonta. Tässä aineistossa yli 10 lääkärissäkäyntikerran asiakkaat olivat yleensä palvelujen rinnakkaiskäyttäjiä. Tässä ryhmässä joka toisella käyntikertoja oli vähintään kymmenen. Kunnallisten palvelujen asiakaskunnasta joka viides luokitui palvelujen suurkäyttäjäksi. Tarpeettomaan palvelujen käyttöön tulokset eivät suoranaisesti viitanneet; sekä julkiselta sektorilta että eri sektoreilta palveluja hakeneilla myös muilla terveysindikaattoreilla osoitetut lääkäripalvelujen tarpeet olivat varsin suuret.

3.2. Lääkärisektoreiden käytön monimuuttuja-analyysi

vahvasti saatua yleiskuvaa

3.2.1. Analyysien toteutus sairastavuusindeksin kolmella aluetasolla

Aineiston alustavan tarkastelun jälkeen tutkin monimuuttuja-analyysillä useiden tekijöiden samanaikaisesti yhteyttä lääkärisektorin valintaan. Suurelta osin tulokset vastasivat edellisissä luvuissa kuvattuja ja myös sektoreiden väliset erot säilyvät samansuuntaisina. Joukossa on kuitenkin muuttujia, joiden voimakas yhteys sektorin käyttöön näkyi nyt selvemmin.

Lääkäri-sektorin käyttöön vaikuttavia tekijöitä etsin aineistosta logistisella regressioanalyysillä. Analyysissä käytin binomista menetelmää, minkä ansiosta vertailuryhmä oli tarvittaessa helppo vaihtaa. Selittäviksi muuttujiksi valitsin sektorit yksi kerrallaan. Selittäviksi tekijöiksi poimin muuttujia, joiden suhteen käyttäjäryhmien väliset erot jakauma- ja keskiarvotuloksissa olivat tilastollisesti merkitseviä, ja joilla ilmiön kannalta saatoin aikaisempien tutkimustulosten perusteella olettaa olevan merkitystä lääkäri-sektorin valintaan. Toteutin analyysit käyttäen askeltavia menettelyjä ja lopulliseksi malliksi hyväksyin kullekin sektorille suurimman uskottavuuden tarjonnan mallin. Käytännössä tämä merkitsi lukuisia yrityksiä ja kokeiluja erilaisilla muuttujayhdistelmillä. Malleihin valikoituneet muuttujat ovat tilastollisesti vähintäänkin oireellisia ($p \leq 0,075$).

Yhteiskunnallisissa tutkimuksissa yleensä on niin, että lopulta itse ilmiöstä jää selittymättä valtaosa. Myös omassa tutkimuksessani tämä näkyy joidenkin mallinnusten vaatimattomissa selitysosuuksissa. Useimmissa tapauksissa tämä johtuu siitä, että en ole riittävästi huomioinut kaikkia ilmiöön vaikuttavia tekijöitä. Terveyspalvelujen käytön ja eri tekijöiden väliset suhteet ovat usein myös niin monimutkaisia, että yksinkertainen lineaarinen mallitus ei löydä niiden ja muuttujien välillä yhteyttä.

Lääkäripalvelujen tarjonnan alueellinen erilaisuus tuli aineiston alustavissa tuloksissa selkeästi esiin. Perusolettamukseni tutkimustehtävän kannalta oli, että vastatakseen asetettuihin terveystaloudellisiin tavoitteisiin, kuntien tulisi järjestää palveluja asukkailleen suhteessa niiden tarpeeseen. Tämän indikaattoriksi Kansaneläkelaitoksen sairastavuusindeksi vaikutti erittäin sopivalta. Selvittääkseni, toteutuiko yhdenvertaisten palvelujen saanti 1990-luvun puolivälissä tämän aineiston valossa, tein jokaisen sektorin monimuuttuja-analyysit erikseen kuntakohtaisen sairastavuusindeksin kolmella eri tasolla: vähäisen, keskimääräisen ja suuren sairastavuuden kuntaryhmissä. Aggregaattimuuttujan käytölle aineiston luokittelijana oli myös toinen perusteltu syy. Alueellisen palvelutarjonnan indikaattorin sisällyttäminen tarkas-

teluun oli aiheellista, onhan sen merkitys lääkärikäynteihin osoitettu kiistatta (esim. Häkkinen ym. 1995; 1996). Ryhmätason muuttajat ovat kuitenkin tulkinnan kannalta osoittautuneet ongelmallisiksi (vrt. alaviite 3). Luokitteluominaisuudessa aggregaattimuuttujan aiheuttama virhepäätelyriski yksilöaineiston johtopäätöksiin pieneni huomattavasti.

Mallinnusten yhteydessä esitetään taulukkoaste kunkin analyysin tuloksista. Vasemmalta lukien taulukon ensimmäisessä sarakkeessa on analyysin Nagelkerken \tilde{R}^2 -arvo, joka osoittaa, kuinka suuren osan ilmiöstä malli selittää. Viereinen sarake näyttää malliin sisältyvien havaintojen selitysosuuden. Kahdessa seuraavassa sarakkeessa on luettavissa tiedot malliin valikoituneista selittävästä tekijöistä. Termi B osoittaa kunkin muuttujan regressiokertoimen arvon. Positiivinen arvo merkitsee muuttujan lisäävän tapahtuman todennäköisyyttä ja negatiivinen vähentävää sitä. Lyhenne Sig. (significance) kertoo muuttujan tilastollisen merkitsevyyden. Sarake Exp (B) osoittaa selittävän muuttujan vedonlyöntisuhteen, toisin sanoen riskin kuulua tarkasteltavaan ryhmään. Taulukon viimeisessä sarakkeessa esitetään luottamusväli, jolle ohjelman laskema vedonlyöntisuhde sijoittuu 95 prosentin todennäköisyydellä. Sairastavuusindeksin mukaan toteutetut aluekohtaiset analyysitulokset näkyvät taulukon riveillä allekkain.

3.2.2. Työttömyys, sairastavuus ja maaseutu korostuivat julkisen sektorin käytössä

Alustavissa tuloksissa eniten julkisesta sektorista poikkesivat yksityisen ja työterveyshuollon palveluja käyttäneiden vastaajien ryhmät. Halusin tarkastella tätä eroa lähemmin ja siksi muodostin monimuuttuja-analyysiin julkisen sektorin vertailuryhmän niistä henkilöistä, jotka eivät haastatteluvuoden aikana olleet asioineet lainkaan terveyskeskuksessa tai sairaalan poliklinikalla, vaan olivat sen sijaan hankkineet tarvitsemiaan lääkäripalveluja joko yksityisiltä palveluntuottajilta tai työterveyshuollon kautta.

Taulukko 5. Julkisen sektorin käyttöä selittäviä tekijöitä.

Julkinen sektori (=terveyskeskuslääkärillä tai sairaalan poliklinikalla käyneet vs. yksityisiä tai työterveyslääkäreitä käyttäneet)								
Kuntatyyppi sairausindeksin mukaan	Mallin selitys- aste	Havaintojen selitys- osuus, %	Muuttujan kuvaus	Muuttujan tyyppi tutkimusasetelmassa	B	SIG.	EXP (B)	CL 95 %
Vähäisen sairastavuuden kunnat	0,287	74,5	Ei työsuhteessa	Altistava tekijä	1,679	0,000	5,362	(2,829 - 10,160)
			Käy säännöllisesti hammaslääkäriässä Muu kuin kunnallinen yleislääkärisuhde	Altistava tekijä Mahdollistava tekijä	-0,739 -1,357	0,008 0,000	0,478 0,258	(0,277 - 0,825) (0,154 - 0,431)
Keskimääräisen sairastavuuden kunnat	0,354	75,5	Ei työsuhteessa	Altistava tekijä	0,890	0,000	6,622	(3,265 - 13,431)
			Käy säännöllisesti hammaslääkäriässä	Altistava tekijä	-0,611	0,021	0,543	(0,323 - 0,913)
			Maaseutumainen asuinalue	Mahdollistava tekijä	0,880	0,002	2,411	(1,364 - 4,264)
			Muu kuin kunnallinen yleislääkärisuhde	Mahdollistava tekijä	-1,250	0,000	0,287	(0,171 - 0,480)
			Sairaalapäivien määrä	Tarpeeseen liittyvä tekijä	0,185	0,021	1,204	(0,952 - 1,251)
			Hoidon tarpeiden määrä	Tarpeeseen liittyvä tekijä	0,242	0,012	1,274	(1,054 - 1,539)
Suuren sairastavuuden kunnat	0,243	79,9	Ei työsuhteessa	Altistava tekijä	0,753	0,000	5,770	(2,969 - 11,213)
			Maaseutumainen asuinalue	Mahdollistava tekijä	1,111	0,000	3,036	(1,687 - 5,466)
			Kahden alim. tuloluokan tulotaso	Mahdollistava tekijä	0,673	0,034	1,961	(1,051 - 3,658)

Matalan sairastavuusindeksin kuntia olivat monet pääkaupunkiseudun suurista väestökeskuksista, kuten Espoo, Helsinki, Kauniainen ja Porvoo. Länsi-Suomesta ryhmään kuuluivat muun muassa Salo, Perniö, Lieto ja Parainen. Myös Ahvenanmaan saaristokunnissa sairastavuus oli indeksin mukaan hyvin vähäistä (ks. kuntien sairastavuusindeksit tutkielman liitetaulukosta). Tässä aluetarkastelussa julkisten lääkäripalvelujen käyttöä selitti kolme muuttujaa: henkilön työmarkkina-asema, vakituinen ei-kunnallinen lääkärisuhde ja tässä tarkastelussa vastaajan terveysasennetta osoittava kysymys säännöllisestä asioinnista hammaslääkärin vastaanotolla. Kun henkilön työmarkkina-asema oli jokin muu kuin työllinen, todennäköisyys ohjautua julkisten palvelujen asiakkaaksi kasvoi yli viisinkertaisesti. Kahden muun muuttujan vaikutus mallissa oli käänteinen. Mikäli henkilöllä oli joku muu tietty yleislääkäri kuin kunnan omalääkäri, johon saattoi tarvittaessa ottaa yhteyttä, todennäköisyys julkisella sektorilla asiointiin väheni. Myös aktiivinen huolehtiminen omasta hyvinvoinnista ennusti hakeutumista yksityisten tai työterveyshuollon palveluihin.

Malliin valikoituneista muuttujista kaksi oli tyypiltään palvelujen käyttöön altistavia tekijöitä, ja ne liittyivät siis ensisijaisesti henkilön omiin ominaispiirteisiin. Vakituinen hoitosuhde sen sijaan on yhteydessä palvelujen tarjontaan ja kertoo siitä, että näissä kunnissa yksityisiä terveystalvuuksia on saatavilla. Tu-
loksen voi nähdä myös jakavan palvelujen käyttöä työstatuksen mukaan: hyvinvoivissakin kunnissa julkisten palvelujen asiakaskunta muodostuu ensisijaisesti työttömistä, opiskelijoista, eläkeläisistä ja

kisten palvelujen asiakaskunta muodostuu ensisijaisesti työttömistä, opiskelijoista, eläkeläisistä ja omaa kotitalouttaan hoitavista henkilöistä.

Keskimääräisen sairastavuusindeksin paikkakuntia olivat useimmat maan suurimmat kaupungit. Pääkaupunkiseudulta tähän ryhmään sijoittuivat Järvenpää, Hyvinkää, Kerava ja Riihimäki. Muita kaupunkikeskuksia olivat Jyväskylä, Lahti, Imatra, Turku, Tampere ja Rovaniemi. Kuntakeskuksista ryhmään kuuluivat muun muassa Luumäki, Punkaharju, Toijala ja Ähtäri. Tämän alueryhmän mallinnukseen valikoitui edellisessä analyysissä mukana olleiden lisäksi kolme muuta muuttujaa. Käyttöön altistavat tekijät olivat samat kuin vähäisen sairastavuuden kunnissa. Työvoiman ulkopuoliseen väestöön kuuluminen lisäsi julkisten palvelujen käytön todennäköisyyttä ja myönteinen terveysasenne ohjasi käyttöä ei-julkisten palvelujen suuntaan. Vakituinen hoitosuhde yksityis- tai työterveyshuollon lääkäriellä vaikutti samaan tapaan. Vaikka maaseutukuntia oli tämän ryhmän tarkastelussa melko vähän, niiden merkitys julkisten palvelujen käytössä oli ilmeinen: maaseutumainen asuinalue lisäsi todennäköisyyttä kuulua julkisten lääkäripalvelujen asiakasryhmään yli kaksinkertaisesti.

Edellisestä aluetarkastelusta poiketen julkisten palvelujen käyttöä selittivät myös hoidon välitöntä tarvetta osoittavat indikaattorit. Sairaalapalveluja tarvitsevat henkilöt ja ne, joilla vaivat ja sairaudet edellyttivät runsaasti hoitoa, turvautuivat kunnallisiin lääkäripalveluihin ja sairaalahoitoon muita useammin.

Maan keskitasoa suuremman sairastavuuden kuntia olivat useimmat maaseutukunnat ja suurin osa pohjoisista kunnista. Ryhmään kuuluivat myös Itä-Suomen kaupungeista Joensuu, Kotka, Kuopio ja Savonlinna ja Pohjois-Suomesta Oulu. Tässä aluetarkastelussa julkisen sektorin mallinnukseen valikoitui jälleen kolme muuttujaa. Yksi oli tyypiltään käyttöön altistava ja kaksi liittyi mahdollisuuksiin ylipäättään käyttää terveyspalveluja. Henkilön sosioekonominen asema näkyi tuloksissa paitsi kuulumisena työvoiman ulkopuoliseen väestöön myös henkilön pienissä tuloissa. Kunnan maaseutumaisuus korostui edel-

listä alueryhmää enemmän. Tulos viittaa siihen, että terveyskeskuslääkäriä ja sairaalan poliklinikkaa käytetään, koska vaihtoehtoja ei liiemmin ole. Malliin ei liioin sisällynyt yhtään muuttujaa, joka olisi vähentänyt todennäköisyyttä käyttää julkisen sektorin palveluja.

3.2.3. Hyvä taloudellinen asema ja palvelutarjonta selittivät yksityisen sektorin valintaa

Julkisen sektorin käytön taustalta olin nyt löytänyt kytköksen työhön: säännöllisten palkkatulojen puuttuessa lääkäripalvelut on järkevä hankkia terveyskeskuksesta. Myös maaseutualueiden korostuminen tuloksissa oli mielestäni johdonmukaista. Vaikka lamavuosista toipuminen lähti käyntiin 1990-luvun puolivälissä kaikissa kunnissa, elintaso ja hyvinvointi ovat kohentuneet voimakkaimmin kasvukeskuksissa (Karvonen ja Rintala 2004).

Selventääkseni julkisen sektorin käytön eroja yksityisiin lääkäripalveluihin valitsin seuraavaan monimuuttuja-analyysiin yksityissektorin vertailuryhmäksi ne henkilöt, jotka olivat haastatteluvuoden aikana käyttäneet vain julkisia lääkäripalveluja, joko terveyskeskuslääkäriä tai sairaalan poliklinikkaa. Alkuperäisessä aineistossani julkisella sektorilla pääasiallisesti asioineita oli yli neljä kertaa yksityissektoria enemmän. Tarkasteltaessa hyvin erikokoisia ryhmiä logistinen regressioanalyysi pyrkii selittämään sitä ryhmää, jossa havaintoja on enemmän (vrt. esim. Metsämuuronen 2001, 79). Tämän vuoksi poimin yksityissektorin analyysitarkasteluihin julkisen sektorin asiakkaista ositettua otantaa käyttäen satunnaisesti joka kolmannen havainnon. Näin muodostui itsepainottuva otos, ja menettelyn ansiosta toisiinsa verrattavat ryhmät olivat kooltaan alkuperäisaineistoa tasapainoisemmat. Myös nämä analyysit toteutin erikseen alhaisen, keskitason ja korkean sairastavuusindeksin alueille.

Taulukko 6. Yksityisen sektorin käyttöä selittäviä tekijöitä.

Yksityinen sektori (=yksityislääkärissä käyneet vs. julkista sektoria käyttäneet)								
Kuntatyyppi sairausindeksin mukaan	Mallin selitys- aste	Havaintojen selitys- osuus, %	Muuttujan kuvaus	Muuttujan tyyppi tutkimusasetelmassa	B	SIG.	EXP(B)	CL 95 %
Vähäisen sairastavuuden kunnat	0,341	66,7	Taloudellinen tilanne hyvä tai melko hyvä	Mahdollistava tekijä	0,999	0,004	2,717	(1,377 - 5,360)
			Muu kuin kunnallinen yleislääkärisuhde	Mahdollistava tekijä	1,226	0,000	3,407	(1,723 - 6,737)
			Riittävästi yksityislääkäripalveluja	Mahdollistava tekijä	0,967	0,018	2,631	(1,180 - 5,866)
			Riittävästi terveyskeskuslääkäripalveluja	Mahdollistava tekijä	-1,494	0,000	0,224	(0,098 - 0,512)
			Kunnallinen omalääkärisuhde	Mahdollistava tekijä	-1,067	0,002	0,344	(0,175 - 0,676)
Lääkäriissäkäyntimäärä	Tarpeeseen liittyvä tekijä	-0,389	0,001	0,678	(0,537 - 0,855)			
Keskimääräisen sairastavuuden kunnat	0,314	73,8	Taloudellinen tilanne hyvä tai melko hyvä	Mahdollistava tekijä	1,190	0,000	3,287	(1,788 - 6,043)
			Yksityinen sairausvakuutus	Mahdollistava tekijä	1,637	0,002	5,141	(1,812 - 14,590)
			Riittävästi yksityislääkäripalveluja	Mahdollistava tekijä	0,791	0,023	2,205	(1,114 - 4,365)
			Pitkäaikaissairauksien määrä	Tarpeeseen liittyvä tekijä	-0,607	0,000	0,545	(0,397 - 0,749)
Suuren sairastavuuden kunnat	0,229	64,7	On työsuhteessa	Altistava tekijä	1,137	0,001	3,118	(1,608 - 6,046)
			Taloudellinen tilanne hyvä tai melko hyvä	Mahdollistava tekijä	0,698	0,034	2,010	(1,054 - 3,832)
			Riittävästi yksityislääkäripalveluja	Mahdollistava tekijä	1,397	0,000	4,042	(2,064 - 7,912)
			Riittävästi terveyskeskuslääkäripalveluja	Mahdollistava tekijä	-0,922	0,008	0,398	(0,201 - 0,786)
					-1,854	0,000	0,157	

Niissä kunnissa, joissa väestön keskimääräinen sairastavuus oli vähäistä, yksityissektorin käytön moni-muuttuja-analyysiin valikoitui kuusi muuttujaa, joista viisi oli tyypiltään palvelujen käyttöä mahdollista-
via tekijöitä ja yksi liittyi palvelujen välittömään tarpeeseen. Puolet mallin muuttujista lisäsi henkilön
todennäköisyyttä yksityissektorin asiakkuuteen, puolet ennusti turvautumista julkisiin palveluihin. Per-
heen hyvä taloudellinen tilanne ja vakituinen ei-kunnallinen hoitosuhde lisäsivät noin kolminkertaisesti
henkilöiden todennäköisyyttä valita lääkäripalvelunsa yksityissektorilta. Yksityisten palvelujen hyvä
saatavuus ennakoiki myös vahvasti niiden käyttöä.

Alueryhmän sisäiset erot ja yksityisiä palveluja käyttäneiden kokemukset julkisen palvelutarjonnan riit-
tämättömyydestä näkyivät tuloksissa. Väestökeskuksissa ja suurissa kaupungeissa yksityisiä terveyspal-
veluja on monipuolisesti saatavilla ja ihmisillä on mahdollisuus valita lääkäriinsä. Yksityisiä palveluja
käyttivät ensisijaisesti ne, joilla niihin oli varaa, ja joilla vuosien mittaan oli syntynyt luotettava asiakas-
suhde yksityissektorin lääkärin kanssa. Kun julkinen tarjonta oli riittävää, lääkäripalveluja tarvittiin
usein ja henkilöllä oli hoitosuhde kunnan omalääkäriin, palvelut valittiin julkiselta puolelta. Tämän alue-
tarkastelun pienissä kunnissa tämä toteutui suurina pääkaupunkiseudun kaupungeja paremmin.

Myös keskimääräisen sairastavuuden paikkakunnilla – tyypillisesti suomalaisissa kaupunkiympäristöissä – yksityisen sektorin käyttö liittyi sekä palvelujen tarjontaan että niiden tarpeeseen. Muuttujien määrä kuitenkin supistui neljään. Aineiston alustavissa tuloksissa yksityisiä sairausvakuutuksia oli eniten niillä, jotka yleensä lääkärissä asioidessaan käyttivät yksityisiä palveluja. Vakuutusjärjestelmien hyödyntäminen osoittautui tärkeäksi valintakriteeriksi juuri kaupunkialueilla, joissa yksityinen palvelutarjonta oli runsasta. Vakuutusjärjestelmästä hyötyivät eniten hyvässä taloudellisessa asemassa olleet henkilöt (vrt. Takala ym. 2001). Yksityisten palvelujen ja vakuutusjärjestelmien käyttö ei kuitenkaan liittynyt hoidon suurempaan tarpeeseen; runsas sairastavuus näytti päinvastoin ohjaavan palvelujen käyttöä julkisen sektorin suuntaan.

Maaseutukunnissa ja Itä-Suomen kaupungeissa, joissa väestölliset sairastavuusluvut olivat korkeita, yksityissektorin käyttöä selittivät perheen hyvä taloudellinen tilanne, työsuhde ja yksityisten palvelujen saatavuus. Palvelut valittiin, mikäli alueella oli runsaasti yksityisiä palveluja tarjolla ja niiden käytölle ei ollut taloudellisia esteitä. Terveyspalvelujen tarjontaan ja saatavuuteen mallissa viittasi julkisten palvelujen vahva kilpailuasema, mikäli niitä koettiin olevan riittävästi tarjolla. Tulos tukee Tuorilan (2000) havaintoa, että myös hyvässä taloudellisessa asemassa olevat käyttäisivät enemmän julkisia palveluja, jos niitä olisi saatavilla.

3.2.4 Työterveyshuollon palvelut työssäkäyvien oikeus

Työterveyshuollon asiakkaat muistuttivat aineiston alustavissa tarkasteluissa yksityissektorin käyttäjiä sekä sosioekonomiseen asemaan että terveydentilaan liittyvissä ominaisuuksissa. Selvittääkseni näiden kahden ryhmän välisiä eroja valitsin analyysitarkastelussa työterveyshuollon vertailuryhmäksi ne henkilöt, jotka olivat haastatteluvuonna asioineet vain yksityislääkärissä. Analyysiaineistoon otin mukaan vain työssäkäyvät henkilöt.

Taulukko 7. Työterveyshuollon sektorin käyttöä selittäviä tekijöitä.

Työterveyshuollon sektori (=työterveyslääkärillä käyneet vs.yksityissektoria käyttäneet)								
Kuntatyyppi sairausindeksin mukaan	Mallin selityk- aste	Havaintojen selitys- osuus, %	Muuttujan kuvaus	Muuttujan tyyppi tutkimusasetelmassa	B	SIG.	EXP(B)	CL 95 %
Vähäisen sairastavuuden kunnat	0,369	72,4	Ollut haast.vuonna sairaana työssä	Altistava tekijä	1,451	0,000	4,267	(1,966 - 9,261)
			Muu kuin kunnallinen yleislääkärisuhde	Mahdollistava tekijä	1,211	0,002	3,357	(1,554 - 7,251)
			Tt-huoltoon kuultuu sairauksien hoito	Mahdollistava tekijä	1,671	0,000	5,318	(2,077 - 13,613)
			Palkanmenetystä lk-käynnistä työajalla	Mahdollistava tekijä	-1,701	0,013	0,182	(0,048 - 0,698)
Keskimääräisen sairastavuuden kunnat	0,493	81,8	Miesasiakas	Altistava tekijä	1,923	0,000	6,844	(2,356 - 19,878)
			Ei tupakoi tai käy säänn. hammaslääkärissä	Altistava tekijä	-1,234	0,030	0,291	(0,096 - 0,885)
			Yksityinen sairauskuluja korv. vakuutus	Mahdollistava tekijä	-3,115	0,000	0,044	(0,008 - 0,242)
			Tt-huoltoon kuultuu sairauksien hoito	Mahdollistava tekijä	2,885	0,000	17,896	(5,775 - 55,455)
			Taloudellinen tilanne hyvä tai melko hyvä	Mahdollistava tekijä	-1,781	0,000	0,168	(0,068 - 0,416)
Suuren sairastavuuden kunnat	0,405	81,7	Miesasiakas	Altistava tekijä	1,385	0,016	3,993	(1,289 - 12,368)
			Käy säännöllisesti hammaslääkärissä	Altistava tekijä	-1,251	0,051	0,286	(0,081 - 1,005)
			Tt-huoltoon kuultuu sairauksien hoito	Mahdollistava tekijä	2,335	0,000	10,325	(3,019 - 35,318)
			Lääkärissäkäyntimäärä	Tarpeeseen liittyvä tekijä	0,581	0,062	1,788	(0,970 - 3,295)

Vähäisen sairastavuuden aluetasolla analyysitulokseen valikoitui kaikkiaan neljä muuttujaa. Niistä kolme liittyi mahdollisuuksiin käyttää palveluja, yksi oli tyypiltään lähinnä vastaajan henkilökohtaisiin ominaisuuksiin viittaava, käyttöön altistava tekijä. Työterveyshuoltopalvelujen saatavuus selitti suurimman osan sektorin valinnasta. Jos henkilöllä oli sairastuessaan oikeus käyttää työterveyslääkärin palveluja ja jos tuttu hoitosuhde oli olemassa, oli hyvin todennäköistä, että työnantajan tarjoamia etuja käytettiin hyväksi. Työterveyshuollon lääkäripalveluja pääasiallisesti käyttäneille oli tavanomaista se, että he olivat olleet työssä myös silloin, kun kokivat olevansa sairaita⁵. Muuttuja liittyyneen analyysissä laman jälkeiseen epävarmaan työtilanteeseen: työhön sitouduttiin oman terveydenkin kustannuksella. Taloudellisten laskusuhdanteiden aikana sairauspoissaolojen ja sairauspäivärahan saajien määrä tyypillisesti vähenee (vrt. Hytti 1998, 120–133). Jos työterveyslääkärillä asioinnista aiheutui käyttäjälle palkanmenetystä, terveyspalvelut haettiin yksityisen tarjonnan piiristä.

⁵ Tämä muuttuja löytyi mallinnukseen kokeilujen kautta ja lukuisista pohdinnoista huolimatta sen merkitys jäi tekijälle hieman arvoitukseksi. Muuttujan merkitys analyysissä oli kuitenkin ilmeinen.

Keskimääräisen sairastavuuden kaupunki- ja maaseutukunnissa työterveyssektorin valinnan taustalta löytyi yksi käyttöön altistava ja yksi mahdollistava tekijä. Muista sektoreista poiketen työterveyshuollon asiakaskunnasta valtaosa oli aineiston alustavien tulosten mukaan miehiä. Miesten osuus työterveyspalvelujen käyttäjistä korostui keskimääräisen sairastavuuden kaupunkitason tarkastelussa. Miehet käyttivät lähes seitsemän kertaa todennäköisemmin yksinomaan työterveyshuollon palveluja kuin naiset. Osittain tulos johtunee palvelujen kattavuudesta: naiset työskentelevät usein palvelualoilla, joilla työterveyshuolto sisältää vain lainmukaiset, ennaltaehkäisevät palvelut, ei sairaanhoitoa. Lamavuosina monet nuoret äidit jäivät huonon työtilanteen vuoksi kotiin hoitamaan lapsia. Naiset ovat miehiä useammin myös lyhytaikaisissa työsuhteissa, joihin työterveyshuollon palvelut eivät kuulu lainkaan. (esim. Teperi 2004, 110; Hämäläinen 2004). Sukupuolta suurempi merkitys työterveyssektorin valinnalle on tuloksen mukaan kuitenkin mahdollisuus käyttää työnantajan tarjoamia palveluja.

Tekijät, jotka myötävaikuttivat yksityissektorin valintaan suhteessa julkisiin lääkäripalveluihin, hyvä taloudellinen asema ja omasta terveydestä huolehtiminen, osoittautuivat yksityisiä palveluja käyttäneillä tärkeiksi kriteereiksi myös silloin, kun vaihtoehtona olivat työterveyshuollon lääkäripalvelut. Vahvasti yksityissektorin suuntaan ohjasi myös yksityinen sairaanhoitovakuutus.

Mahdollisuus käyttää työnantajan kustannuksella työterveyshuollon palveluja selitti tämän sektorin valintaa myös niissä, lähinnä maaseutukunnissa, joissa väestö oli keskimääräistä valtakunnallista tasoa sairaampaa. Miesten osuus työterveyshuollon asiakaskunnassa korostui tässäkin analyysissä. Toisin kuin edellisissä aluetarkasteluissa, malliin valikoitui myös yksi hoidon tarvetta osoittava muuttuja, lääkärisäkäyntien määrä. Aineiston alustavien tulosten mukaan työterveyssektorin käyttäjät asioivat lääkärisä hieman yksityissektorin asiakkaita useammin. Kun tarvetta lääkäripalveluihin oli usein, työterveyssektorin käytön todennäköisyys lisääntyi. Tulos viittaa siihen, että alueilla, joissa väestö on ikääntynyttä ja joissa sairastetaan paljon, työterveyshuolto täydentää julkisia palveluja yksityisiä paremmin. Yksityisten

lääkäripalvelujen suuntaan analyysissä ohjasi henkilön myönteistä terveysasennetta kuvaava muuttuja. Tämä voi kertoa siitä, että kaikkia palveluja ei työterveyshuollon kautta ole riittävästi saatavilla. Jotkut saattavat myös mieluummin valita hoitavan lääkäriinsä yksityiseltä sektorilta.

3.2.5. Hyvä sosioekonominen asema, riittävä palvelutarjonta ja monipuolisten lääkäripalvelujen tarve ennustivat sektoreiden rinnakkaiskäyttöä

Noin joka viides tutkimusaineistoni henkilö oli käyttänyt rinnakkain eri palveluntuottajien tarjoamia lääkäripalveluja. Rinnakkaiskäyttäjät olivat aineiston alustavien tulosten perusteella mielenkiintoinen ryhmä. He muistuttivat koulutustaustaltaan ja terveydentilaltaan lähinnä julkisen sektorin asiakaskuntaa. Tulotaso, työmarkkina-asema ja terveysasenteet olivat samankaltaisia kuin yksityissektoria pääasiallisesti käyttäneillä henkilöillä. He olivat myös useimmiten naisia kuten yksityissektorin asiakkaat. Näiden yhtäläisyyksien ja erojen vuoksi valitsin analyysitarkasteluun sektoreiden rinnakkaiskäytölle kaksi vertailuryhmää: ne, jotka olivat asioineet vain julkisissa lääkäripalveluissa sekä ne, jotka olivat käyttäneet vain yksityisiä lääkäripalveluja. Mallinnukset toteutin samoin kuin muillekin sektoreille kuntakohtaisen sairastavuusindeksin kolmella eri tasolla.

Taulukko 8. Sektoreiden rinnakkaiskäyttöä selittäviä tekijöitä, kun vertailuryhmänä olivat julkisen sektorin asiakkaat.

Sektoreiden rinnakkaiskäyttö (=julkista ja yksityistä tai työterveyshuollon sektoria käyttäneet vs. vain julkista sektoria käyttäneet)								
Kuntatyyppi sairausindeksin mukaan	Mallin selityk- aste	Havaintojen selitys- osuus, %	Muuttujan kuvaus	Muuttujan tyyppi tutkimusasetelmassa	B	SIG.	EXP(B)	CL 95 %
Vähäisen sairastavuuden kunnat	0,285	67,4	Peruskoulutuksena yo-tutkinto	Altistava tekijä	0,776	0,001	2,174	(1,374 - 3,439)
			On työsuhteessa	Altistava tekijä	0,837	0,001	2,310	(1,411 - 3,783)
			Riittävästi terveyskeskuslääkäripalveluja	Mahdollistava tekijä	-0,875	0,001	0,417	(0,251 - 0,694)
			Riittävästi yksityislääkäripalveluja	Mahdollistava tekijä	0,979	0,000	2,661	(1,575 - 4,496)
			Muu kuin kunnallinen yleislääkärisuhde	Mahdollistava tekijä	1,043	0,000	2,837	(1,843 - 4,369)
			Lääkäriissäkäyntimäärä	Tarpeeseen liittyvä tekijä	0,171	0,000	1,187	(1,096 - 1,285)
			Perheen henkeä kohti lasketut sairauskulut	Tarpeeseen liittyvä tekijä	0,582	0,011	1,790	(1,145 - 2,799)
Keskimääräisen sairastavuuden kunnat	0,268	70,0	On työsuhteessa	Altistava tekijä	0,817	0,000	2,265	(1,434 - 3,576)
			Etäisyys yksityislääkärin vastaanotolle, km.	Mahdollistava tekijä	-0,027	0,023	0,973	(0,951 - 0,996)
			Muu kuin kunnallinen yleislääkärisuhde	Mahdollistava tekijä	1,303	0,000	3,681	(2,443 - 5,547)
			Riittävästi yksityislääkäripalveluja	Mahdollistava tekijä	0,692	0,012	1,998	(1,164 - 3,431)
			Perheen henkeä kohti lasketut sairauskulut	Tarpeeseen liittyvä tekijä	0,763	0,000	2,145	(1,402 - 3,282)
			Lääkäriissäkäyntimäärä	Tarpeeseen liittyvä tekijä	0,121	0,000	1,129	1,055 - 1,208)
Suuren sairastavuuden kunnat	0,344	73,7	Naisiasiakas	Altistava tekijä	0,919	0,008	2,507	(1,266 - 4,965)
			Käy säännöllisesti hammaslääkäriissä	Altistava tekijä	0,808	0,018	2,243	(1,145 - 4,393)
			On työsuhteessa	Altistava tekijä	1,560	0,000	4,758	(2,288 - 9,894)
			Etäisyys yksityislääkärin vastaanotolle, km.	Mahdollistava tekijä	-0,029	0,001	0,971	(0,955 - 0,988)
			Taloudellinen tilanne hyvä tai melko hyvä	Mahdollistava tekijä	0,760	0,036	2,138	(1,051 - 4,348)
			Lääkäriissäkäyntimäärä	Tarpeeseen liittyvä tekijä	0,188	0,000	1,207	(1,092 - 1,333)
			Käynyt fysikaalisessa hoidossa	Tarpeeseen liittyvä tekijä	1,060	0,026	2,888	(1,136 - 7,343)

Pääkaupunkiseudulla, useissa maan läntisissä kunnissa ja saaristokunnissa rinnakkaisten lääkäripalveluiden käytön taustalta löytyi useita selittäviä tekijöitä, kun ryhmää verrattiin julkiseen sektoriin. Malliin valikoitui muuttujia kaikista muuttujatyypeistä. Tuloksessa korostuivat palvelujen käyttöä mahdollistavat tekijät. Monipuolinen palvelutarjonta ja vakiintunut yksityinen tai työterveyshuollon hoitosuhde lisäsivät todennäköisyyttä sukkuloilla eri lääkäripalveluissa lähes kolminkertaisesti. Julkisen sektorin käytöstä ryhmä erosi selvästi työmarkkina-aseman suhteen: kun julkista sektoria käyttivät etupäässä työttömät, opiskelijat ja eläkeläiset, rinnakkain sektoreilla asioivat olivat yleensä työssäkäyviä. Työsuhde liittyy työterveyssektorin vahvaan osuuteen rinnakkaiskäytössä. Vaikka koulutustaustaltaan ryhmät olivat melko samankaltaisia, hyvä peruskoulutus liittyi enemmän palvelujen rinnakkaiseen hyödyntämiseen kuin kunnallisten lääkäripalveluiden yksinomaiseen käyttöön.

Eri sektoreita rinnakkain käyttäneillä oli alustavien tulosten mukaan selvästi enemmän käyntejä lääkäriissä kuin muiden sektoreiden asiakkailla. Yli kymmenen käyntikertaa oli yli puolella tähän ryhmään kuuluneista. Välitön lääkäripalvelujen tarve korostui myös monimuuttujamallissa: suuret lääkäriissäkäynti-

määrät ja hoitokulut nostivat rinnakkaisten palvelujen käytön todennäköisyyttä kaksinkertaisesti. Tuloksen valossa on oletettavaa, että suuri osa rinnakkaiskäytöstä kohdistuu erikoislääkäripalveluihin: palvelut olisi voitu hakea myös pelkästään julkiselta sektorilta, jos niiden tarjonta olisi koettu riittäväksi.

Kaupunkikeskuksissa ja kunnissa, joissa väestöllinen sairastavuus oli keskimääräisellä tasolla, lääkäripalvelujen rinnakkaiskäyttöä selittivät samankaltaiset tekijät kuin edellisessä tarkastelussa: palvelujen runsas tarve ja niiden monipuolinen tarjonta. Yksittäisistä muuttujista nytkin eniten ilmiötä selitti vaki-
tuinen hoitosuhde yksityiseen tai työterveyshuollon lääkäriin, ja muuttujan vaikutus oli jopa hieman suurempi kuin edellisessä aluetarkastelussa. Palvelujen saatavuus vaihteli alueryhmän sisällä ja etäisyyksien kasvaessa yksityislääkärin vastaanotolle tarpeelliset palvelut saatiin julkiselta sektorilta.

Maaseutukuntien ja itäisten kaupunkien aluetarkastelussa kunnallisia lääkäripalveluja yksityisillä ja työterveyshuollon palveluilla korvasivat erityisesti sellaiset henkilöt, joilla oli hyvä sosioekonominen asema. Tämän indikaattoreina mallissa olivat sekä hyväksi koettu taloudellinen tilanne että voimassa oleva työsuhde. Keskimääräistä runsaamman väestöllisen sairastavuuden kunnissa eri sektoreilla sukkuloivat olivat yleensä naisia, jotka käyttivät runsaasti lääkinnällisiä palveluja, muun muassa fysikaalisia hoitoja. Rinnakkain eri sektoreita käyttäneille oli tyypillistä omasta hyvinvoinnista huolehtiminen; tätä osoitti analyysissa säännöllinen asiointi hammaslääkärin vastaanotolla. Tässäkin erittelyssä asuinalueiden erot näkyivät. Siellä, missä etäisyydet yksityisiin palveluntarjoajiin olivat pitkät, palvelut haettiin julkiselta sektorilta.

Taulukko 9. Sektoreiden rinnakkaiskäyttöä selittäviä tekijöitä, kun vertailuryhmänä olivat yksityissektorin asiakkaat.

Sektoreiden rinnakkaiskäyttö (=julkista ja yksityistä tai työterveyshuollon sektoria käyttäneet vs. vain yksityissektoria käyttäneet)								
Kuntatyyppi sairausindeksin mukaan	Mallin selitys- aste	Havaintojen selitys- osuus, %	Muuttujan kuvaus	Muuttujan tyyppi tutkimusasetelmassa	B	SIG.	EXP(B)	CL 95 %
Vähäisen sairastavuuden kunnat	0,549	87,1	Lääkärissäkäyntimäärä	Tarpeeseen liittyvä tekijä	1,380	0,000	3,977	(2,738 - 5,775)
Keskimääräisen sairastavuuden kunnat	0,606	88,4	Riittävästi terveyskeskuslääkäripalveluja Yksityinen sairausvakuutus Lääkärissäkäyntimäärä	Mahdollistava tekijä Mahdollistava tekijä Tarpeeseen liittyvä tekijä	0,864 -1,272 1,538	0,038 0,047 0,000	2,374 0,280 4,656	(1,049 - 5,372) (0,080 - 0,984) (2,970 - 7,300)
Suuren sairastavuuden kunnat	0,395	83,8	Naisiasiakas Lääkärissäkäyntimäärä	Altistava tekijä Tarpeeseen liittyvä tekijä	1,077 0,658	0,046 0,000	2,935 1,932	(1,019 - 8,455) (1,369 - 2,725)

Kun lääkäripalvelujen rinnakkaisen käytön vertailuryhmä muodostui niistä haastatelluista, jotka olivat käyttäneet vain yksityisiä lääkäripalveluja, mallinnuksiin valikoituneiden muuttujien määrä väheni. Helsingissä, Ahvenanmaan saaristokunnissa ja useissa läntisissä kunnissa eri palveluntuottajiin turvauduttiin pelkän yksityissektorin asemasta silloin, kun lääkäriä tarvittiin usein.

Maan keskitasoa vastaavan sairastavuuden kunnissa, välittömät terveydelliset tarpeet lisäsivät hakeutumista eri sektoreiden lääkäripalveluihin lähes viisinkertaisesti. Hyvä kunnallinen palvelutarjonta vaikutti samaan tapaan. Kaupunkikunnissa työterveyshuollon ja yksityisen sektorin valinnan ratkaisi usein yksityinen sairauskuluja korvaava vakuutus; sen turvin hakeuduttiin mieluummin yksityisen kuin työterveyshuollon lääkärin vastaanotolle.

Niissä kunnissa, joissa sairastavuus oli runsasta, naisten osuus rinnakkaisten lääkäripalvelujen käyttäjinä korostui myös silloin, kun vaihtoehtona olivat yksityiset lääkärikeskukset. Tämä liittyy pääosin maaseudun ikääntymis- ja naisistumiskehitykseen. Osittain tähän saman viittaa myös lääkärisäkäyntien määrän korostuminen: iän myötä sairaudet ja lääkinnällisen hoidon tarve kasvaa.

4. Tulosten yhteenveto

Merkittävä kansalaisten yhdenvertaisuuteen liittyvä kysymys on julkisen ja yksityisen palvelutarjonnan vaihtelu. Yksityisen ja julkisen terveydenhuollon työnjako on pitkien hoitojonojen ja hoitoon pääsyssä ilmenneiden vaikeuksien vuoksi herättänyt keskustelua ja jakanut lääkärikunnan, rivikansalaisten ja poliitikkojen mielipiteitä. Nykyisessä järjestelmässä kumpaakin sektoria tarvitaan ja molemmille löytyy uskolliset käyttäjänsä ja puolestapuhujansa.

Tässä tutkimuksessa olen tarkastellut Kansaneläkelaitoksen ja Stakesin vuonna 1996 keräämän laajan haastatteluaineiston valossa lääkäripalveluiden käyttöä eri palvelutuottajasektoreilla. Rajasin aineistoni edellyttäen, että henkilöllä oli ollut tarkastelujaksolla käyntejä vain yhdellä sektorilla. Tämän lisäksi arvioin eri sektoreiden rinnakkaista käyttöä. Hieman yli puolet aineiston työikäisistä 2 446 henkilöstä oli asioinut vain julkisella sektorilla. Joka viides oli käyttänyt sektoreita rinnakkain ja noin joka kymmenes oli turvautunut yksityiseen tai työterveyshuollon lääkäriin. Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää näin muodostuneiden käyttäjäryhmien eroja, arvioida sektorin valintaan vaikuttavia tekijöitä ja ottaa kantaa siihen, toteutuiko terveyspolitiikan tavoite taata yhdenvertaiset palvelut kaikille tarpeen mukaan olosuhteista riippumatta.

Tutkimuksen jäsentelyä ohjasi Ronald Andersenin kehittämä malli (1968) lääkäripalvelujen käytön taustalla vaikuttavista syistä. Sen perusajatus on, että palvelujen valinta ja käyttö perustuu selkeästi määritettäviin, erityyppisiin tekijöihin, jotka liittyvät joko yksilön taipumuksiin ja lähtökohtiin (altistavat tekijät), yksilön tai yhteiskunnan resursseihin (mahdollistavat tekijät) tai välittömiin terveystarpeisiin (tarveteikijät). Andersenin havaintojen mukaan eniten lääkäripalvelujen käyttöön vaikuttavat perherakenne ja terveydelliset syy (Andersen 1968, 64).

Palvelujen käyttöön altistavia tekijöitä työssäni olivat henkilön ikä, sukupuoli, terveysasenne, koulutustausta ja työmarkkina-asema. Palvelujen käytön mahdollisuuksia kuvasin henkilön taloudellisia resursseja, pysyvää hoitosuhdetta, asuinalueita ja palvelujen riittävyttä osoittavilla kysymyksillä. Akuutin hoidon tarvetta arvioin usealla terveydentilan mittarilla, kuten itse koetun terveydentilan, lääkkeiden käytön, pitkäaikaissairastavuuden ja lääkärikäyntien määrän mukaan.

Aluksi tarkastelin sektoreiden välisiä eroja tilastollisten tunnuslukujen ja testisuureiden avulla. Eri tekijöiden yhteyttä sektoreiden käyttöön tutkin logistisella regressioanalyysillä. Suomelle tyypillisten suurten alueellisten väestön terveydentilassa ja palvelutarjonnassa esiintyvien erojen vuoksi tein analyysit erikseen erityyppisille alueille. Kriteerimuuttujana käytin Kansaneläkelaitoksen tutkimus- ja kehitysyksikössä laadittua kuntakohtaista sairastavuusindeksiä.

Sektoreiden välillä oli huomattavia eroja kaikissa taustatekijöissä. Kunnallisia palveluja käyttäneillä oli huonoin sosioekonominen asema kaikilla aineiston mittareilla. Heillä oli muita heikompi koulutustausta ja he olivat taloudellisesti ahtaammalla kuin muut. Lähes joka toisella työmarkkina-asema oli jokin muu kuin työllinen. Aikaisempia työttömyyskokemuksia oli enemmän kuin muissa ryhmissä, lähes joka neljännellä. Valtaosa julkisten palvelujen asiakkaista asui maaseudulla. Asuinalue näkyi myös väestöllisessä sairastavuudessa: joka kolmas tuli alueelta, jossa sairastavuus ja kuolleisuus oli maan keskitasoa suurempaa. Terveydellisiä ongelmia ryhmässä esiintyi runsaasti. Tämä näkyi sekä sairastavuudessa että lääkäripalvelujen ja lääkkeiden käytössä. Useimmilla oli jokin pitkäaikaissairaus ja sairaudesta aiheutui paljon haittaa. Objektiiivisella hoidon tarvemittarilla lähes joka toinen kunnallisia palveluja käyttäneistä tarvitsi sairauksiinsa runsaasti hoitoa. Julkisen sektorin asiakkaat poikkesivat selvästi lähes kaikilla osoittimilla yksityisen ja työterveyshuollon käyttäjistä. Terveydentaltaan he muistuttivat eri palveluja rinnakkain käyttäneitä.

Aineiston syvemmässä tarkastelussa julkisen sektorin käytön taustalla korostuivat henkilön lähtökohtiin liittyvät tekijät ja palvelujen tarjonta. Työsuhteen puuttuminen, maaseutumainen asuinalue, alhainen tulotaso ja lääkinnällisen hoidon tarve erotti asiakasryhmän selvimmin muista käyttäjistä. Julkisen sektorin palvelut kohdentuivat erityisesti niille, jotka eivät olleet työssä: työttömät, opiskelijat, eläkeläiset ja koti-äidit käyttivät julkisia lääkäripalveluja yli viisi kertaa todennäköisemmin kuin työssäkäyvät. Maaseudulla julkisten palvelujen käyttö korostui ja liittyi alhaiseen tulotasoon. Tyypillisessä kaupunkiympäristössä, Helsinkiä ja muutamia pääkaupunkiseudun kaupunkeja lukuun ottamatta sekä läntisissä saaristokunnissa, palvelut näyttivät kohdentuvan terveystieteiden tavoitteiden mukaan eli niille, joilla hoidon tarve oli suuri.

Suomessa yksityislääkärikäynnit ja erityisesti työterveyshuollon käynnit ovat kansainvälisestäkin arviotuna jakaantuneet suurituloisia suosivasti (Häkkinen 2003; Teperi 2004). Omassa aineistossani yksityisiä ja työterveyshuollon lääkäripalveluja käyttäneillä oli hyvä sosioekonominen asema sekä koulutus- että tulomittareilla. Yksityisen sektorin asiakkaat hyödynsivät muita useammin yksityisiä sairausvakuutuksia. Työterveyshuollossa lääkärikustannuksista vastasi usein työnantaja. Vakituinen hoitosuhde muuhun kuin kunnalliseen lääkäriin oli tavallinen; työterveyshuollossa hoitava taho oli yleensä työterveyslääkäri. Työterveyshuoltopalvelujen asiakkaat löytyivät tyypillisesti kaupungeista tai lähiöistä. Yksityisiä ja työterveyshuollon palveluja käyttäneiden terveydentila oli hyvä muihin ryhmiin verrattuna kaikilla terveysindikaattoreilla.

Yksityisen sektorin käytön taustalla korostuivat mahdollisuudet käyttää palveluja: henkilön hyvät taloudelliset resurssit ja yksityisten palvelujen monipuolinen tarjonta. Pääkaupunkiseudulla yksityislääkäriin valinta oli yhteydessä vakituiseen hoitosuhteeseen, muissa kaupungeissa korostui vakuutusjärjestelmän yhteys sektorin käyttöön. Pääkaupunkiseudulla ja maan syrjäkunnissa yksityisen palvelusektorin valitsi-

vat erityisesti ne, jotka pitivät julkisia lääkäripalveluja riittämättöminä, ja joilla ei ollut taloudellisia esteitä valita haluamansa palvelusektori. Myönteinen terveysasenne näyttäisi liittyvän erityisesti yksityisen sektorin valintaan.

Myös työterveyshuollon käyttöä selitti ensisijaisesti mahdollisuus palveluihin; valintaa ohjasi lähes täysin työterveyshuollon kattavuus ja sisältö. Tulos viittaa vahvasti siihen, että työterveyshuoltoa suositaan silloin, kun se on mahdollista. Erityisesti miehet olivat 1990-luvun puolivälissä löytäneet nämä palvelut. Tähän löytynee monia selityksiä. Miehet saavat ehkä naisia helpommin kaikki tarvitsemansa palvelut työterveyshuollon kautta; gynekologia ei esimerkiksi ole kaikissa työterveyshuollon yksiköissä. Miehet työskentelevät myös naisia useammin aloilla, joissa työterveyspalvelut ovat hyvät, suurissa yrityksissä ja pysyvissä työsuhteissa (Teperi 2004, 110). Miehet ovat ehkä käyttäytymisessään myös naisia rationaalisempia: palvelut haetaan sieltä, mistä ne saadaan nopeasti ja mielellään veloituksetta. Työterveyshuollon palvelut näyttivät tavoittavan asiakkaansa yksityisen sektorin sijaan myös niistä henkilöistä, joilla lääkerissäkäyntien tarve oli suuri. Osittain tulosta voi selittää se, että monet työnantajat edellyttävät sairaustapauksissa lääkärin todistusta työstä poissaolosta (vrt. Häkkinen 2003).

Rinnakkain eri sektoreita käyttäneet olivat tarkastelun vanhin ryhmä, keskimäärin 45-vuotiaita. Enemmistö ryhmästä oli naisia. Sosioekonominen asema rinnakkain eri palveluja käyttäneillä oli melko hyvä sekä koulutuksen, tulojen ja työssä toimimisen suhteen. Kunnallinen omalääkäri oli suunnilleen yhtä yleinen kuin julkisella sektorilla. Sen lisäksi yli puolet kävi myös muun yleislääkärin vastaanotolla. Rinnakkain eri palveluja käyttäneet olivat yleensä tyytyväisiä sekä julkisten että yksityisten lääkäreiden määrään. Muilla sektoreilla tyytyväisyys liittyi siihen palvelusektoriin, jota ensisijaisesti oli käytetty.

Sektoreiden rinnakkaiskäyttäjät olivat tarkastelun sairain ryhmä. Tämä näkyi kaikissa käytetyissä terveysindikaattoreissa. Yli kymmenen vuosittaisen käyntikerran kriteerillä joka toinen tähän ryhmään kuulunut henkilö oli palvelujen suurkäyttäjä.

Lääkäripalveluiden rinnakkaista käyttöä selittivät henkilön elämäntilanne, mahdollisuudet palvelujen käyttöön ja tarpeisiin liittyvät tekijät. Alueellisesta vaihtelusta riippumatta palvelujen rinnakkaiselle käytölle oli tyypillistä suhte työhön ja runsas hoidon tarve. Työsuhteen merkitys vahvistui siirryttäessä kaupunkimaisesta ympäristöstä pieniin maaseutukuntiin. Asutuskeskuksissa käyttöön liittyi vahva hoitosuhde tuttuun lääkäriin. Molemmat seikat liittynevät työterveyshuollon palveluihin. Eniten eri sektoreilla sukkulointia ohjasivat välittömät terveystarpeet. Terveyskeskuksen lisäksi turvauduttiin muihin palveluntuottajiin esimerkiksi silloin, kun tarvittiin fysikaalisia hoitopalveluja. Suhteessa yksityiseen sektoriin korostuivat suuret lääkäriissäkäyntimäärät, mikä osittain liittyy sairaaloiden poliklinikkakäynteihin. Joukossa voi olla myös harkittua siirtymistä yksityisistä julkisiin palveluihin, silloin kun lääkäriissä on käytävä usein, etenkin jos kunnallisia palveluja on saatavissa. Rinnakkaisten sektoreiden hyödyntämisen taustalla vaikuttivat vahvasti sosioekonomiset tekijät: hyvä peruskoulutus, hyvä taloudellinen tilanne ja työsuhte antoivat mahdollisuuksia valita tarpeellisiksi koettuja palveluja. Asetettuihin terveystavoitteisiin nähden havainto on kyseenalainen: tarpeen mukaiset riittävät palvelut tulisi olla kaikkien saatavilla lähtöolosuhteisiin katsomatta.

5. Pohdinta

Eri sektoreiden asiakasryhmien välillä oli nähtävissä suuria sosioekonomisia eroja. Kunnalliset terveyspalvelut olivat löytäneet asiakkaansa laman jälkeisten vuosien huono-osaisista: vähän koulutetuista, työttömistä, pienituloisista ja sairaista (vrt. Kortteinen ja Tuomikoski 1998). Kunnalliset palvelut keskittyi-

vät väestökeskusten ulkopuolelle, usein harvaan asutulle maaseudulle, jossa väestön koulutustaso on alhainen ja työkyvyttömyys ja sairastavuus yleisempää kuin muualla. Alueellisten, kaupunkikeskuksia suosivien hyvinvointierojen oletetaan jatkossakin kasvavan (Karvonen ja Rintala 2004). Terveyspolitiikan tavoitteisiin nähden ongelmallista on se, että julkisen sektorin resurssivajausten vuoksi tarpeellisissa terveyspalveluissa niukkuus vain kasvaa.

Julkisen sektorin asiakkaat eivät kuitenkaan olleet tarkastelun sairain ryhmä. Eniten terveydellisiä ongelmia oli rinnakkain eri sektoreita käyttäneillä henkilöillä. Mahdollisuus hyödyntää eri vaihtoehtoja liittyi taloudelliseen riippumattomuuteen tai työsuhteeseen. Palkkatyön merkitys hyvinvoinnin turvaajana näkyi työterveyspalvelujen laajana käyttönä sekä ainoana lääkärisektorina että muiden palvelujen rinnalla. Työsuhde näytti selvästi lisäävän mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteen ja hyvinvointiin (vrt. Väärälä 2000, 82). Nykyistä kattavimmilla työterveyspalveluilla esimerkiksi myös lyhytaikaisissa työsuhteissa oleville sekä haja-asutusalueilla ja maaseudulla työskenteleville voitaisiin tarjota varteenotettavia vaihtoehtoja niukalle kunnalliselle palvelutarjonnalle. Koska miehet ovat tulosten mukaan löytäneet työterveyshuollon palvelut (vrt. Mäntykangas 2005), niiden kautta voitaisiin vaikuttaa miesten terveyden edistämiseen myös väestötasolla.

Huono- ja hyväosaisuuden kasautuminen eri lääkärisektoreiden asiakasryhmissä oli huomattava. Osittain tämä johtui käyttäjäryhmien erilaisesta ikä- ja sukupuolirakenteesta, osittain siitä, että useat tekijät vaikuttavat samanaikaisesti ja kasautuvat elämän varrella (esim. Lahelma ja Koskinen 2002). Terveyspoliitisten tavoitteiden vastaista kasautuva huono-osaisuus on silloin, kun se jatkuu pitkään tai on pysyvää. Terveyspalvelujen vapaata käyttöä rajaa tämän aineiston valossa toisaalta henkilöiden omien resurssien riittämättömyys, toisaalta palvelujen heikko saatavuus. Yhteiskunnan voimavaroja tulisi suunnata ensisijaisesti sinne, missä puutteita ja ongelmia on eniten. Tämän aineiston mukaan ne tulisi osoittaa kokonaan työsuhteita vailla tai turvattomissa työsuhteissa oleville, syrjäalueiden asukkaille, pienituloisille ja

runsaista terveysongelmista kärsiville. Lääkäriin pääsyn ja hoitoon hakeutumisen esteinä eivät saa olla hoitokustannukset, eikä liioin lääkärin tai tiedon puute. Näiltä osin yhdenvertaisten lääkäripalveluiden käyttöön tähtäävien terveystavoitteiden toteutumiseen on vielä matkaa.

Tulosten luotettavuudesta

Olen tarkastellut aineiston tuloksia absoluuttisina lukuina ja suhteellisina käyttäjäosuuksina. Tämä oli tietoinen valinta, sillä halusin arvioida palvelujen käyttöä todellisen toteuman perustella. Aineiston vaikointi esimerkiksi iän ja sukupuolen mukaan voisi antaa hieman erilaisia tuloksia. Aggregaattitason muuttujat olivat tulkinnan kannalta pulmallisia: ryhmissä vaikuttavien tekijöiden yhteisvaikutus ja väliin tulevat ilmiötä selittävät tekijät tuottavat päänvaivaa kokeneemmallekin tutkijalle (vrt. Keskimäki 2001). Ryhmätason muuttujien selitysosuutta on tämän vuoksi korostettu vain silloin, kun aiemmat tutkimustulokset ovat olleet samansuuntaisia.

Aineiston muuttujavalinta oli osin puutteellinen, mikä näkyi joidenkin monimuuttujamallien alhaisina selitysosuuksina. Erityisesti työterveyshuoltopalveluja käsittelevässä osiossa kysymysvalikko oli suppea. Tämä johtui osittain aineiston puutteista, osittain omasta taitamattomuudestani valita relevantteja kysymyksiä tutkimusaineistoon.

Strukturoitu kyselytutkimus ei ehkä ole paras menetelmä kerätä tietoa silloin, kun halutaan vastauksia käyttäytymisen syihin ja siihen vaikuttaviin tekijöihin. Ehkä olisi hedelmällisempää pysähtyä asiakkaan rinnalle, keskustella ja kuunnella Tuorilan (2000) tapaan. Koko väestöä koskevan yleiskuvan luomisessa laajat kyselyt ovat kuitenkin paikallaan. Niitä täydentämässä näkisin mielelläni vaihtoehtoisten menetelmien nykyistä laajempaa hyödyntämistä syvemmän tiedonhankinnan keinona.

Lääkäri-ikäntejä ei tarkastelussani ole eritelty sen mukaan olivatko ne ensi- vai uusintakäyntejä. Niiden taustalla voi vaikuttaa erilaisia selitysmekanismeja, ja niitä olisi ehkä hyvä tutkia eri metodein (Andersen ja Laake). Koska systeemistä mallia on tässä työssä käytetty lähinnä luokittelun apuvälineenä - ei tiukkana teoreettisena viitekehysenä - tämä ei heijastune kovinkaan paljon tulosten pohjalta tekemiini johtopäätöksiin.

Kuluneen kymmenen vuoden aikana moni asia on muuttunut. Valtion taloudellinen tilanne on kohentunut, työttömyys on vähentynyt ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää on uudistettu uusilla laeilla. Silti moni on yhä työtön, ylivelkaantunut, monella tapaa huono-osainen. Ihmisten tottumukset käyttää tiettyjä lääkäripalveluja ovat niin ikään varsin vakiintuneita. Tulokset ovat siten pääpiirteissään yleistettävissä myös tänään.

Tutkielman lähteet

Aaltonen K. Kaivataanko vaihtoehtoja? Kansalaisten mielipiteitä sosiaaliturvan vaihdettavuudesta. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 14. Kansaneläkelaitos. Helsinki 1996.

Ahlamaa-Tuompo J, Linna M, Kekomäki M. Päivystyspoliikkamaksun vaikutus lasten tapaturmakäynteihin Auroran sairaalassa. Teoksessa Rissanen P, Valtonen H (toim.). Terveystaloustiede 1997. Stakes Aiheita 2/1997. Helsinki 1997, 63–65.

Ahola A. Naiset oireilevat – miehet katkeavat. Sukupuoli, sosiaalinen asema ja psyykinen oireilu. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Tasa-arvo julkaisu. Sarja A. Tutkimuksia 1/1992. Helsinki 1992.

Andersen AS, Laake P. A model for physician utilization within 2 weeks. Analysis of Norwegian data. *Medical Care* 1987;25:300–310.

Andersen R. A behavioral model of families' use of health services. (Research series; vol 25). The University of Chicago. Chicago 1968.

Andersen R. Introduction. Teoksessa Andersen R, Kravits J, Anderson OW (toim.). *Eguity in health services: Empirical analyses in social policy*. Ballinger Publishing Company, Cambridge Mass. 1975, 3–8.

Arinen S. Subventioudistuksen vaikutus nuorten aikuisten hammashuoltopalvelujen käyttöön. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki 1992.

Arinen S, ym. Suomalaisten terveys ja terveystalouden käyttö. Terveystalouden väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Tilastokeskus, *Terveys* 1998:5, Helsinki 1998.

Aromaa A, ym. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi -tutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisu AL:32. Helsinki ja Turku 1989.

Aromaa A, Koskinen S, projektiryhmä. Terveyden, toimintakyvyn ja työkyvyn kehitys. Teoksessa Aromaa A, Koskinen S (toim.). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002, 93–102.

Aromaa A, Koskinen S, Huttunen J (toim.) Suomalaisten terveys 1996. Helsinki: Kansanterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö, Edita 1997.

Blaxter M. Health and lifestyles. Foutledge. London 1990.

Bowling A. Measuring health. A review of quality of life measurement scales. Open University Press. London 1991.

Carr-Hill R, ym. A formula for distributing NHS revenues based on small area use of hospital beds. The university of York, Centre for Health Economics. York 1994.

Engeström R. Sairauden kokemisen moniäänisyys terveydenhuollossa. Teoksessa Honkasalo ym. Sairas, potilas, omainen. SKS. Tietolipas 189. Tampere 2003.

Eriksson U. Julkisten ja yksityisten terveystalouksien valintaan vaikuttavat tekijät. Tutkielma. Kuopion yliopiston terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopio 1992.

Helakorpi S, ym.. Suomalaisen aikuisväestön terveystalouden kehitys ja terveys, kevät 2000. KTL B8/2000. Hakapaino Oy. Helsinki 2001.

Helin H, Oulasvirta L. Kuntien talouden ja valtionapujärjestelmän kehitys ja muutokset 1990-luvulla. Teoksessa Loikkanen H. A, Saari J (toim.). Suomalaisen sosiaalipolitiikan alueellinen rakenne. Sosiaali- ja terveystalouden keskusliitto. Helsinki 2000, 108–125.

Helsingin Sanomat 12.1.2004. Vakuutukset lisäävät terveystalouden käyttöä (Jyrki Elo ja Markku Myllykangas), vieraskynä.

Helsingin Sanomat 6.3.2006. Kela-korvausten nosto toisi korotuksia lääkärinpalkkioihin (Olli-Pekka Ryytänen ja Markku Myllykangas), mielipidekirjoitus.

Honkasalo M-L ja Hinkkanen R. Sairaaksi syöttämällä tai säikähtämällä. Teoksessa Honkasalo M-L, Kangas I, Seppälä U (toim.). Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen. Tietolipas 189. SKS. Helsinki 2003, 13–45.

Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization. The patient perspective. *Medical Care* 1985;23:5:438–459.

Huttunen J. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Terveydenhuollon rahoitus, rahoituksen taso ja vakaus, rahoituskanavat ja voimavarojen kohdentaminen, valtionosuusjärjestelmä, kuntalaskutus, asiakasmaksupolitiikka, valtion ohjausjärjestelmien kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö Selvityshenkilöraportti 2002.

Hytti H. Varhainen eläkkeelle siirtyminen - Suomen malli. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 32. Kansaneläkelaitos. Helsinki 1998.

Hyypiä M. Terveyspalvelujen käyttö ja suurkankäyttö. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 1997:8. Helsinki 1997.

Häkkinen U. Terveyspalvelujen käyttö, terveydentila ja sosioekonominen tasa-arvo Suomessa. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 20. Helsinki 1992.

Häkkinen U. Lääkärissäkäynnit jakautuneet Suomessa eriarvoisesti. *Stakes Chess Online* 3/2003, 4.

Häkkinen U, Asikainen K, Linna M. Terveyspalvelujen tarve ja kustannukset alueittain sekä sairaaloiden tuottavuus 1990-luvulla. *Stakes Aiheita* 45/1996.

Häkkinen U, Salonen M, Nordberg M. Alueelliset erot sairastavuudessa, sairaalakäytössä ja terveydenhuollon kustannuksissa. *Stakes Aiheita* 13/1995.

Hämäläinen U. Nuorten tulojen ja toimeentulon palapeli. Palkansaajien tutkimuslaitoksen tutkimuksia 92. Helsingin 2004.

Iivari J. Ylivelkaisuus ja köyhyys – erottamattomat kaksoset? Teoksessa Heikkilä M, Karjalainen J (toim.). Köyhyys ja hyvinvointivaltion murros. Gaudeamus. Helsinki 2000, 118–153.

Jylhä M. Oman terveyden kokeminen eläkeiässä. Tampereen yliopisto Ser A vol. 195. Tampere 1985.

Kalimo E, Arinen S, Klaukka T. Julkisten ja yksityisten terveystalousten käyttö ja kustannukset Suomessa. Teoksessa Seminaari Julkinen sairaanhoitovakuutus. Seminaarissa 10.6.1997 pidetyt alustukset ja kommenttipuheenvuorot. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 22. Helsinki 1997, 22–51.

Kalimo E, Sievers K. Haastatteluista arvioitu lääkintähoidon tarve. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:3. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. Helsinki 1971.

Karisto A. Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Suomea ja muita Pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden väestöryhmittäisistä eroista ja sairaudesta hyvinvoinnin vajeena. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:46, Helsinki 1984.

Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Frequent attenders of Finnish public primary health care. Socio-demographic characteristics and physical morbidity. Family Practice 1994;11:4:424–429.

Kangas I. Sairaasi asiantuntijuus – tieto ja kokemus sairastuneen arjessa. Teoksessa Honkasalo ym. (toim.) Sairas, potilas, omainen. SKS. Tietolipas 189. Tampere 2003.

Kangas I, ym. (toim.). Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen – tiedosta toimintaan. Teoksessa Kangas I, ym. (toim.). Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita. Helsinki 2002, 11–20.

Kankaanpää E, Suhonen A. Yrityksen taloudellinen menestys ja työterveyshuoltoon investoiminen. Teoksessa Klavus J. (toim.) Terveystaloustiede. Stakes Työpapereita 2/2006, 58–63.

Kanniainen Aila. SPSS for Windows. Menetelmiä. Oulun yliopisto ATK-keskus 1999.

Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2004. Julkaisuja T1:40. Vammala 2005.

Karvonen S, Rintala T. Alueellisten hyvinvointierojen kasvu jatkuu. Yhteiskuntapolitiikka 2004;69:2:159–170.

Kauppinen T. ym. Työ ja terveys Suomessa 2003. Työterveyslaitos. Helsinki 2004.

Keskimäki I. Sosiaaliryhmien välinen tasa-arvo erikoissairaanhoidossa. Teoksessa Rissanen P, Valtonen H (toim.). Terveystaloustiede 1997. Stakes. Aiheita 2 /1997. Helsinki, 12–13.

Keskimäki I. Terveyspalvelujen käyttö eri sosiaaliryhmissä. Teoksessa Aromaa ym.(toim.). Suomalais-ten terveys. Duodecim, Stakes ja KTL. Saarijärvi 2005, 403–410.

Keskimäki I, (ym.). Monitasomallien käyttö terveystutkimuksissa. Sosiaalilääk Aikak 2001;38:327–335.

Keskimäki I, Koskinen S, Teperi J. Terveyspalvelujen mahdollisuudet kaventaa terveyseroja. Teoksessa Kangas I, ym. (toim.). Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita. Helsinki 2002, 281–300.

Kinnunen U, Rasku A. Ikääntyvän opettajan hyvinvointi työssä. Työ ja ihminen 1994; 2:89–100.

Klaukka T. Suomalaiset terveyspuntarissa. Kelan sanomat 2/2002, 8.

Klaukka T, Maljanen T. Ketkä käyvät yksityislääkäriissä. Suom Lääkäril. 2001; 56(8):911–914.

Klavus J, Häkkinen U. Terveyspalvelujen alueellinen tarve ja käyttö: Valtakunnallisten tilastojen ja väestötutkimustietojen vertailua. Teoksessa Loikkanen H. A, Saari J (toim.). Suomalaisen sosiaalipolitiikan alueellinen rakenne. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Helsinki 2000, 126–138.

Klockars M. Ikääntyminen, työkyky ja työkyvyttömyys. Kirjassa Kuusinen J, Heikkinen E, Huuhtanen P ym. (toim.). Ikääntyminen ja työ. Työterveyslaitos. WSOY, Juva 1994, 221–231.

Kokko S. Hoitotakuu saattaa viedä pohjaa terveyskeskustyöltä. Stakes Dialogi 1/2004, 14–15.

Kokko S, Niskanen T. Perusterveydenhuolto. Teoksessa Uusitalo H, Kontinen M, Staff M (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes. Raportteja 173. Jyväskylä 1995, 34–57.

Koponen P, Aromaa A. Suomalaisten terveys kansainvälisessä vertailussa. Teoksessa Aromaa ym. (toim.). Suomalaisten terveys. Duodecim, KTL, Stakes. Saarijärvi 2005, 277–297.

Kortteinen M, Tuomikoski H. Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Tammi. Helsinki 1998.

Kuusi P. 60-luvun sosiaalipolitiikka. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 6. WSOY. Porvoo 1968.

Lahelma E, Koskinen S. Terveyserot suomalaisessa yhteiskunnassa. Teoksessa Kangas I, ym. (toim.). Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita. Helsinki 2002, 21–44.

Lehto J. Terveyspolitiikkaa uusilla säännöillä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauskirja 2003:40:4:237–244.

Lehto J, Blomster P. Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveystaloustieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Uusitalo H, Parpo A, Hakkarainen A (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes. Raportteja 250. Jyväskylä 2000, 161–184.

Luoto R, ym.. Terveys ja hoidontarve Uudellamaalla 1996–2010. Loppuraportti Uudenmaan väestön hoidontarvetta arvioivan hankkeen (UHOTA-projekti) vaiheesta 1. KTL B6/1999. Helsinki 1999.

Luoto R, Viisainen K, Kulmala I (toim.). Sukupuoli ja terveys. Vastapaino. Tampere 2003.

Manderbacka K. Terveystilan mittarit. Kuinka terveydentilaa on mitattu vuoden 1986 elinolotutkimuksessa. Tilastokeskus. Tutkimuksia 213. Helsinki 1995.

Manderbacka K. Questions on survey questions on health. Swedish Institute for social research, 30. Akademityck AB, Edsbruk 1998.

Martelin T. Väestöryhmien väliset terveyserot. Teoksessa Aromaa ym. (toim.). Suomalaisten terveys. Duodecim, Stakes ja KTL. Saarijärvi 2005, 266–276.

Mattila K. Perusterveydenhuolto. Teoksessa Aromaa ym. (toim.). Suomalaisten terveys. Duodecim, Stakes ja KTL. Saarijärvi 2005, 351–355.

Mehl-Madrona LE. Frequent users of rural primary care: comparisons with randomly selected users. *Journal of the American Board of Family Practice* 1998;11:2:105–115.

Melin T. ja Paunio P. Markkinoiden toimivuus, lainsäädäntö, julkinen tuki ja verotus sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinoilla. Teoksessa Mikkola H. (toim.). *Terveystaloustiede* 2/2002. Stakes. Helsinki, 18–21.

Melkas T. ym. Terveys ja yhteiskuntapolitiikka. Teoksessa Aromaa ym. (toim.). Suomalaisten terveys. Duodecim, Stakes ja KTL. Saarijärvi 2005, 32–39.

Mikkola H. Erikoissairaanhoidon hinnoittelu, kuntakoko ja rahoitusriski. Teoksessa Mikkola H. (toim.). *Terveystaloustiede* 2/2002. Stakes. Helsinki, 13–17.

Mikkola H. Palvelusetelit kannusteina – kansainvälisiä kokemuksia. Teoksessa Mikkola H. (toim.). *Terveystaloustiede* 3/2003. Stakes. Helsinki, 55–59.

Mikkola H. ym. Uudet yritykset perusterveydenhuollossa – uhka vai kehitysaskel? Teoksessa Mikkola H. (toim.). *Terveystaloustiede* 3/2004. Stakes. Helsinki, 13–20.

Metsämuuronen J. Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä. *Metodologia -sarja* 7. International Methelp Ky. Viro 2001.

Morri P. Julkinen sairaanhoitovakuutus osana terveydenhuollon rahoitusta. Teoksessa Seminaari Julkinen sairaanhoitovakuutus. Seminaarissa 10.6.1997 pidetyt alustukset ja kommenttipuheenvuorot. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 22. Helsinki 1997, 22-51.

Mäntyselkä P. ym. Väestökyselyn tulokset lääkäripalvelujen käytöstä. Lääkäripalvelujen laatu Suomessa 2004 -tutkimus. *Suomen lääkirilehti* 2005;60:51–52:5285–5290.

Niemelä H, Salminen K. *Suomalainen sosiaaliturva*. Helsinki 2003.

Niiranen V. Vastaako terveydenhuolto väestön ja potilaiden odotuksiin. Teoksessa Häkkinen U ja Ollila E (toim.) Suomen terveydenhuollon tila ja maailman terveystilaportti 2000 -seminaariraportti. Stakes. Aiheita 35/2000. Helsinki, 13–18.

Nyman K. Tasa-arvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Valtakunnallinen arviointitutkimus terveystilapalvelujen käytön eroista. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:88. Helsinki 1993.

Otala L, Ahonen G. Työhyvinvointi tuloksen tekijänä. WSOY. Porvoo 2003.

Palosuo H. ym. Eriarvoisuus ja terveystilapolitiikka. Kokemuksia terveystilerojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveystilaministeriö 2004:12. Helsinki 2004.

Parsons T. The social system. Free Press. New York 1951.

Parsons T. Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. Teoksessa Jaco EG (toim.) Patients, physicians and illness. A sourcebook in behavioral science and health. Gmco, IL: Free Press. New York 1958, 165–187.

Paunio P. Omalääkärijärjestelmä Suomessa. Teoksessa Rissanen P ja Valtonen H (toim.). Terveystilatalous-tiede 1997. Stakes. Aiheita 2 /1997. Helsinki, 33–34.

Pekurinen M. Kilpailuolot suomen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystilaministeriön monisteita 1994:9. Helsinki.

Piirainen H. ym. Työ ja terveystil -haastattelututkimus 2003. Taulukkoraportti. Työterveystilalaitos. Helsinki 2003.

Purola T. Sairaus sosiaalitilaläketieteellisenä käsitteenä. Sosiaalitilaläkä Aikak 1971;9:3–11.

Purola T. ym. Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:7. Helsinki 1971.

Rauhala P-L. Onnettomat, oikeudettomat ja osattomat – huono-osaisuus virallistulkkinnoissa. Teoksessa Heikkilä M, Karjalainen J (toim.). Köyhyys ja hyvinvointivaltion murros. Gaudeamus. Helsinki 2000, 58–73.

Rimpelä M. Tupakoinnin alkaminen. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitoksen julkaisuja M:56. Tampere 1980.

Räsänen K. Työterveys. Teoksessa Aromaa ym. (toim.). Suomalaisten terveys. Duodecim, Stakes ja KTL. Saarijärvi 2005, 367–371.

Sintonen H, Pekurinen M, Linnakko E. Terveystaloustiede. 2. painos. WSOY. Porvoo 1997.

Sorjonen M-L, ym. (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Vastapaino. Tampere 2001.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2000. Stakes. Sosiaaliturva 2001:1. Helsinki 2001.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2003. Stakes. Sosiaaliturva 2004:1. Helsinki 2004.

Sosiaali- ja terveysministeriö 1988. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystalouden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 1988.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a. Työterveys 2015. Terveystalouden kehittämissuunnitelmat. Valtioneuvoston periaatepäätös 2004:3. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b. Terveystalouden kehittäminen Suomessa. Esitteitä 2004:11. Helsinki.

SPSS for Windows. Base system user's guide. Release 6.0. USA 1993.

Stoller EP. Patterns of physician utilization by elderly. A multivariate analysis. Medical Care 1982; 22:11:1080–1089.

Takala P, Klaukka T, Rahkonen O. Astma ja allergia selittävät lasten ja pitkäaikaissairastavuuden lisääntymisen. *Suomen lääkärilehti* 2001;56:41:4151–4155.

Takala P, Klaukka T, Rahkonen O. Lasten lääkäripalvelujen käyttö. *Suomen lääkärilehti* 2002;57:42:4199–4203.

Telles JL, Pollack MH. Feeling sick: the experience and legitimation of illness. *Soc Sci Med* 1981;15 A:243–251.

Teperi J. Kuka saa terveystalvuuja. Teoksessa Heikkilä M ja Roos M. (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Saarijärvi 2004, 106–120.

Teperi J. Terveystalvuujuen kehitys 1990-luvulla. Teoksessa Aromaa ym. (toim.). Suomalaišten terveys. Duodecim, Stakes ja KTL. Saarijärvi 2005, 337–345.

Terveystalvuujuen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960–1999. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T9:58. Helsinki 2001.

Tuomi K, Jurvansuu S, Seitsamo J ym. Yrityksen menestyminen ja henkilöstön hyvinvointi. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 15. Työterveyslaitos. Helsinki 2000.

Tuorila H. Potilaskuluttaja terveystalvuujuenmarkkinoilla. Yksityisten terveydenhuoltotalvuujuen käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakastalvuujuen. *Acta Universitatis Tamperensis* 764. Tampere 2000.

Twaddle AC. The concept of health status. *Soc Sci Med* 1974;8:29–38.

Työterveyshuoltolaki 1383/2001.

Uusitalo H. Köyhyys ja tulonjako. Teoksessa Heikkilä M. ja Karjalainen J. (toim.). Köyhyys ja hyvinvointivaltion murros. *Gaudeamus*. Helsinki 2000, 43–57.

Valtioneuvosto 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Valtonen H. ja Rissanen P. Kuntien terveystalouden epävarmuuden poistaminen – tarvitseeko kuntakokoa kasvattaa? Teoksessa Mikkola H. (toim.). Terveystaloustiede 3/2003. Stakes. Helsinki, 23–26.

Viinamäki T. Opettajien ja sosiaalityöntekijöiden psyykkinen rasittuneisuus. Kuopion yliopiston julkaisuja 50. Kuopio 1997.

Väärälä R. Tarvitseeko Suomi syrjäytymisen vastaista ohjelmaa? Teoksessa Heikkilä M, Karjalainen J (toim.). Köyhyys ja hyvinvointivaltion murros. Gaudeamus. Helsinki 2000, 74–85.

LIITE: Aineiston kuntakohtaiset sairastavuusindeksit

Alhaisen sairastavuusindeksin kunnat:

Alhaisen sairastavuusindeksin kunnat (indeksiarvot 64,98 - 95,00)							
ALAHÄRMÄ	95,00	KOUVOLA	91,36	PEDERSÖRE	88,29	VÄHÄKYRÖ	93,07
AURA	93,27	KRISTIINANKAUPUNKI	93,98	PERNIÖ	94,86	VÄSTANFJÄRD	87,41
DRAGSFJÄRD	87,81	KRUUNUPYY	83,00	PERTTELI	91,32	VÖYRI	87,08
ECKERÖ	70,31	KÄRKÖLÄ	93,22	PIETARSAARI	89,91	YLIHÄRMÄ	92,46
ELIMÄKI	90,57	KÖKÄR	91,15	PIIKKIÖ	92,71	YLÖJÄRVI	92,78
ESPOO	80,61	KÖYLIÖ	93,07	PIRKKALA	86,57		
EURA	91,96	LAITILA	93,17	POHJA	93,33		
EURAJOKI	93,12	LAMMI	91,20	PORNAINEN	90,25		
FINSTRÖM	72,52	LAPINJÄRVI	94,93	PORVOO	86,99		
FORSSA	92,39	LAPPI TL	86,35	PORVOO MLK	92,73		
HAMMARLAND	78,70	LEMLAND	64,98	PÖYTYÄ	90,13		
HANKO	94,50	LIETO	92,52	RAISIO	90,90		
HARJAVALTA	94,31	LILJENDAL	82,92	RAUMA	94,41		
HATTULA	91,08	LOHJA	94,35	RENKO	91,38		
HAUHO	94,66	LOIMAAN KUNTA	89,45	RUOTSINPYHTÄÄ	94,26		
HELSINKI	91,32	LUOTO	94,05	RYMÄTTYLÄ	83,29		
HOLLOLA	90,88	LUVIA	88,09	SALO	93,55		
HUITTINEN	92,97	MAALAHTI	79,59	SALTVIK	77,04		
HÄMEENKOSKI	91,45	MAARIANHAMINA	74,64	SAUVO	89,48		
HÄMEENLINNA	94,37	MASKU	90,70	SIPOO	84,08		
ILMAJOKI	91,72	MERIKARVIA	93,36	SIUNTIO	90,80		
INKOO	81,17	MERIMASKU	88,49	SOMERO	91,90		
ISOKYRÖ	93,58	MIETOINEN	92,40	SUND	90,16		
JANAKKALA	92,98	MUSTASAARI	74,36	SÄKYLÄ	87,14		
JOKIOINEN	94,46	MUURAME	93,39	TAIPALSAARI	87,97		
JOMALA	78,64	MYNÄMÄKI	89,45	TAIVASSALO	86,16		
JÄMIJÄRVI	93,91	MÄNTSÄLÄ	94,50	TAMMELA	91,58		
KAARINA	90,37	NAANTALI	86,71	TAMMISAARI	89,47		
KANGASALA	94,87	NAUVO	82,40	TOHOLAMPI	94,81		
KARINAINEN	90,18	NOORMARKKU	87,85	TUULOS	95,00		
KARJAA	88,29	NOUSIAINEN	85,78	TUUSULA	94,49		
KASKINEN	87,44	NURMIJÄRVI	94,63	ULVILA	90,57		
KAUNIAINEN	65,34	NÄRPIÖ	81,05	UUSIKAARLEPEYY	81,39		
KIIKALA	89,82	ORAVAINEN	80,71	UUSIKAUPUNKI	94,37		
KIRKKONUMMI	90,21	ORIMATTILA	92,61	VAASA	86,17		
KIUKAINEN	93,14	ORIPÄÄ	84,49	VAHTO	84,05		
KORPPOO	94,84	PAIMIO	90,53	VALKEAKOSKI	94,12		
KORSNÄS	80,47	PARAINEN	88,88	VEHMAA	92,73		

Keskimmääisen sairastavuusindeksin kunnat:

Keskimmääisen sairastavuusindeksin kunnat (indeksiarvot 95,01 - 104,95)							
ALASTARO	100,92	KERAVA	95,17	MARTTILA	98,44	SEINÄJOKI	96,62
ANJALANKOSKI	98,94	KODISJOKI	103,01	MIKKELI	98,69	SUOMUSJÄRVI	98,67
ANTTOLA	103,66	KOKEMÄKI	101,65	MIKKELI MLK	102,03	SYSMÄ	103,64
ASIKKALA	96,42	KOKKOLA	103,44	MYRSKYLÄ	97,32	TAMPERE	95,93
ASKAINEN	101,35	KORTESJÄRVI	104,95	MÄNTTÄ	99,27	TEUVA	98,61
ASKOLA	95,94	KOSKI TL	97,22	NAKKILA	100,93	TOIJALA	99,73
HAILUOTO	104,82	KULLAA	97,88	NASTOLA	102,29	TORNIO	98,26
HALIKKO	95,72	KUOREVESI	102,52	NUMMI-PUSULA	97,11	TURKU	95,64
HAMINA	96,43	KUORTANE	97,36	NURMO	98,88	URJALA	102,92
HAUSJÄRVI	98,46	KURIKKA	98,28	OULUNSALO	104,63	VALKEALA	101,22
HEINOLA MLK	100,77	KUSTAVI	103,92	PELLO	100,84	VAMMALA	95,70
HIMANKA	95,49	KUUSANKOSKI	97,87	PERNAJA	96,36	VAMPULA	96,06
HUMPPILA	102,93	KUUSJOKI	96,13	PERÄSEINÄJOKI	104,43	VANTAA	95,01
HYVINKÄÄ	97,84	KYLMÄKOSKI	98,22	POMARKKU	102,80	VEHKALAHTI	97,03
IITTI	101,84	KÄLVIÄ	97,95	PORI	95,22	VETELI	98,72
IMATRA	103,91	LAHTI	97,68	PUKKILA	97,76	VIHTI	96,59
ISOJOKI	99,02	LAIHIA	98,31	PUNKAHARJU	100,11	VIIALA	97,78
JUUPAJOKI	104,73	LAPPEENRANTA	97,64	PUNKALOIDUN	97,14	VILJAKKALA	99,54
JYVÄSKYLÄ	100,53	LAPUA	102,17	PYHTÄÄ	99,62	VILPPULA	104,70
JYVÄSKYLÄ MLK	102,41	LAUKAA	102,13	PYHÄRANTA	98,85	VIROLAHTI	97,00
JÄMSÄ	103,19	LEMI	103,56	PÄLKÄNE	95,34	YLÄNE	96,93
JÄRVENPÄÄ	96,13	LEMPÄÄLÄ	95,22	RAUTJÄRVI	104,57	ÄETSÄ	96,21
KALAJOKI	99,51	LEMU	96,05	RIIHIMÄKI	97,53	ÄHTÄRI	100,71
KANKAANPÄÄ	100,71	LOHJAN KUNTA	99,75	RISTIINA	101,53		
KARIJOKI	95,95	LOHTAJA	98,87	ROVANIEMI	102,31		
KARVIA	100,28	LOIMAA	98,81	ROVANIEMI MLK	103,28		
KAUHAVA	98,16	LOPPI	99,38	RUOKOLAHTI	102,76		
KAUSTINEN	99,82	LOVIISA	98,38	SAHALAHTI	97,81		
KEMINMAA	97,31	LUUMÄKI	103,70	SAVITAIPALE	102,88		

Suuren sairastavuusindeksin kunnat:

Suuren sairastavuusindeksin kunnat (indeksiarvot 105,03 - 151,02)							
ALAJÄRVI	111,06	KEMPELE	105,62	NIVALA	120,15	SIMO	112,21
ALAVIESKA	112,84	KERIMÄKI	110,08	NOKIA	105,66	SODANKYLÄ	121,10
ALAVUS	110,76	KESTILÄ	127,34	NURMES	124,70	SOINI	116,60
ENO	129,18	KESÄLAHTI	105,95	ORIVESI	107,05	SONKAJÄRVI	119,51
ENONKOSKI	112,38	KEURUU	108,12	OULAINEN	111,88	SOTKAMO	121,47
ENONTEKIÖ	113,83	KIHNIO	109,89	OULU	107,80	SULKAVA	109,57
EVIJÄRVI	109,89	KIIHTELYSVAARA	122,72	OUTOKUMPU	127,30	SUMIAINEN	106,50
HAAPAJÄRVI	118,59	KIIKOINEN	108,49	PALTAMO	134,94	SUODENNIEMI	115,93
HAAPAVESI	120,00	KIIMINKI	106,32	PARIKKALA	108,39	SUOLAHTI	120,21
HANKASALMI	118,63	KINNULA	137,83	PARKANO	112,21	SUOMUSSALMI	117,51
HARTOLA	108,53	KITEE	110,48	PATTIJOKI	108,81	SUONENJOKI	115,14
HAUKIPUDAS	121,75	KITTELÄ	118,67	PELKOSENNIEMI	124,51	TAIVALKOSKI	139,49
HAUKIVUORI	122,94	KIURUVESI	124,27	PERHO	119,37	TEMMES	116,74
HEINOLA	106,26	KOLARI	117,63	PETÄJÄVESI	105,05	TERVO	120,70
HIRVENSALMI	111,64	KONNEVESI	111,27	PIEKSÄMÄEN MLK	115,22	TERVOLA	112,26
HONKAJOKI	112,77	KONTIOLAHTI	108,27	PIEKSÄMÄKI	120,41	TOHMAJÄRVI	113,67
HYRYNSALMI	121,77	KORPILAHTI	115,39	PIELAVESI	118,37	TOIVAKKA	118,14
HÄMEENKYRÖ	105,20	KOTKA	106,47	PIHTIPUDAS	127,60	TUUPOVAARA	132,64
II	123,44	KUHMALAHTI	118,25	PIIPPOLA	124,34	TUUSNIEMI	150,02
IISALMI	110,52	KUHMO	120,38	POLVIJÄRVI	132,51	TYRNÄVÄ	110,19
IKAALINEN	105,40	KUHOINEN	111,46	POSIO	123,87	TÖYSÄ	111,47
ILOMANTSI	129,23	KUIVANIEMI	141,18	PUDASJÄRVI	131,61	ULLAVA	107,61
INARI	110,56	KUOPIO	110,36	PULKKILA	125,40	UTAJÄRVI	136,00
JALASJÄRVI	107,24	KURU	109,84	PUOLANKA	149,57	UURAINEN	105,38
JOENSUU	108,01	KUUSAMO	118,68	PUUMALA	110,92	VAALA	128,15
JORONEN	116,77	KYYJÄRVI	126,02	PYHÄJOKI	111,64	VARKAUS	120,44
JOUTSA	119,85	KÄRSÄMÄKI	132,59	PYHÄSALMI	133,43	VARPAISJÄRVI	123,35
JOUTSENO	105,07	LAPINLAHTI	114,47	PYHÄSELKÄ	111,98	VEHMERSALMI	127,51
JUANKOSKI	128,03	LAPPAJÄRVI	109,87	PYLKÖNMÄKI	125,59	VESANTO	122,00
JURVA	110,34	LAVIA	121,63	RAAHE	107,69	VESILAHTI	105,04
JUUKA	131,92	LEHTIMÄKI	108,02	RANTASALMI	112,89	VIEREMÄ	122,16
JUVA	106,40	LEIVONMÄKI	121,40	RANTSILA	131,51	VIHANTI	118,20
JÄMSÄNKOSKI	107,25	LEPPÄVIRTA	122,75	RANUA	122,40	VIITASAARI	121,39
KAAVI	137,53	LIEKSA	126,88	RAUTALAMPI	115,67	VIMPELI	107,26
KAJAANI	108,18	LIMINKA	108,16	RAUTAVAARA	146,76	VIRRAT	107,18
KALVOLA	105,76	LIPERI	117,90	REISJÄRVI	127,89	VIRTASALMI	135,85
KANGASLAMPI	131,48	LUMIJOKI	109,52	RISTIJÄRVI	121,93	VUOLIJOKI	121,54
KANGASNIEMI	118,20	LUOPIOINEN	105,84	RUOVESI	110,11	VÄRTSILÄ	121,92
KANNONKOSKI	128,95	LÄNGELMÄKI	114,50	RUUKKI	123,75	YLI-II	124,29
KANNUS	105,09	MAANINKA	128,05	RÄÄKKYLÄ	123,13	YLIKIIMINKI	124,73
KARKKILA	108,77	MERIJÄRVI	125,14	SAARI	123,41	YLISTARO	105,12
KARSTULA	120,55	MIEHIKKÄLÄ	111,51	SAARIJÄRVI	108,96	YLITORNIO	111,23
KARTTULA	112,42	MOUHIJÄRVI	115,57	SALLA	118,62	YLVIESKA	109,49
KAUHAJOKI	105,81	MUHOS	124,37	SAVONLINNA	107,51	ÄÄNEKOSKI	112,47
KEITELE	107,92	MULTIA	124,26	SIEVI	117,03		
KEMI	120,92	MÄNTYHARJU	113,17	SIIKAJOKI	112,49		
KEMIJÄRVI	112,80	NILSIÄ	129,24	SIILINJÄRVI	110,25		

