



Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa

SUOMEN SOSIAALINEN TILA 2/2017

Päätulokset

- Sosioekonomiset erot avohoidon palvelujen käytössä ovat selvät
- Suurituloiset käyttävät palveluja pienituloisia enemmän kun palvelujen tarve otetaan huomioon
- Erot näyttävät muodostuvan pääosin eroista yksityislääkäripalvelujen ja työterveyspalvelujen käytössä
- Sairaalapalvelujen käyttö jakautuu samansuuntaisesti kuin sairastavuus, mutta hoidon sisällössä todetaan tulo-ryhmittäisiä eroja
- Terveyspalvelujen tarpeenmukaisen käytön tavoite ei näytä kaikilta osin toteutuvan Suomessa saatavuuden eikä palvelujen sisällön osalta, joskin tavoitteen suunnassa on edistytty
- Palvelujärjestelmän mahdollisuuksia kaventaa terveyseroja olisi tarpeen hyödyntää nykyistä tehokkaammin
- Huomiota tulisi kiinnittää palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden lisäksi myös niiden kohdentumiseen erityisesti haavoittuvassa asemassa olevilla

TERVEYSPOLITIIKAN TAVOITTEENA ON TARPEENMUKAINEN PALVELUJEN KÄYTTÖ

Väestöryhmien välinen tasa-arvo on jo pitkään ollut yksi suomalaisen terveyspolitiikan päätavoitteista. Sosiaali- ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuustavoitteet on määritelty perustuslaissa, erityislainsäädännössä ja sosiaali- ja terveyspoliittisissa strategia-asiakirjoissa. Peruseriaatteena on ollut tarjota kaikille asukkaille yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinalueesta tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä, sekä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja^{1,2}. Suomi on sitoutunut näihin tavoitteisiin myös useiden kansainvälisten sopimusten kautta. Suomessa on kuitenkin useilla mittareilla tarkasteltuna kansainvälisesti katsottuna suuria väestöryhmien välisiä terveyseroja^{3,4} ja erityisen selviä erot ovat sosioekonomista asemaa kuvaavien mittarien, kuten tulojen, koulutuksen ja ammattiaseman, mukaisesti tarkasteltuna. Vaikka osa eroista liittyy eroihin työ- ja elinoloissa sekä elintavoissa, myös sosiaali- ja terveyspalveluilla on tärkeä rooli: palvelujärjestelmän rakenteet voivat luoda, ylläpitää tai kaventaa terveyseroja.

Oikeudenmukaisuuden toteutumista terveyspalveluiden saatavuudessa ja käytössä on tärkeää tarkastella kahdestakin syystä. Yhtäältä terveyspalvelujen kohdentuminen kertoo, miten terveydenhuollon tasa-arvotavoitteessa on onnistuttu. Palvelujen saatavuuden ja laadun kysymykset ovat keskeisiä yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Toisaalta terveyspalvelujen tarpeenmukaisella kohdentumisella on arvioitu olevan kasvava vaikutus terveyseroihin, koska muun muassa sairauksien varhaisen toteamisen ja hoidon kehitys, lääketieteellisen teknologian kehitys sekä useimpien kansantautien hoitotulosten parantaminen kasvattavat terveyspalvelujen mahdollisuuksia vaikuttaa väestön terveyteen⁵⁻⁶.

TERVEYSPALVELUJA TUOTETAAN KOLMESSA JÄRJESTELMÄSSÄ

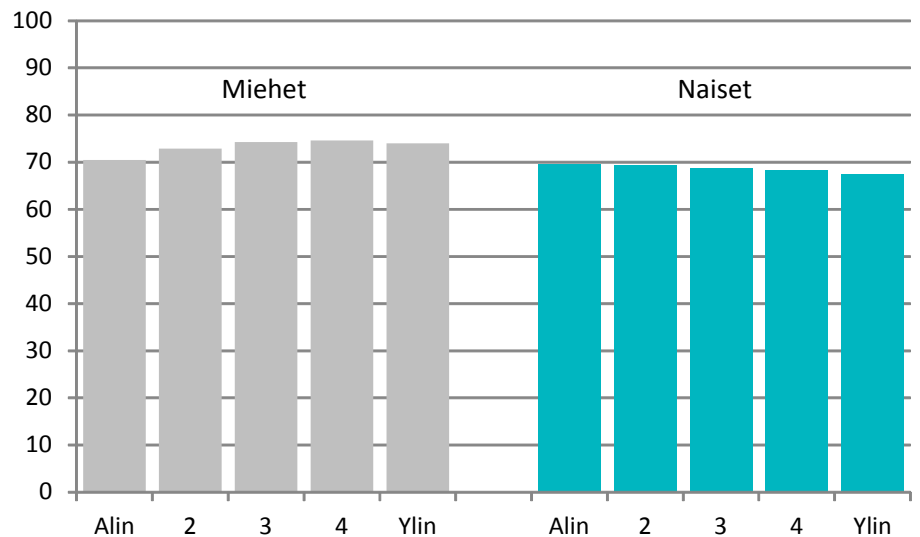
Avohoidon terveyspalveluja tuottaa tällä hetkellä Suomessa kolme erillistä järjestelmää, joissa palvelujen saatavuus ja käytön ehdot eroavat toisistaan⁷. Yksityisten palvelujen saatavuus on hyvä erityisesti kaupungeissa ja kuntakeskuksissa, mutta asiakkaan maksettavaksi jäävä omavastuuosuus rajaa palvelujen käyttöä. Työterveyshuollon palvelut ovat käyttäjälle maksuttomia ja palvelut on järjestetty valtaosalle palkansaajista. Vuonna 2012 palvelut oli järjestetty 91 prosentille palkansaajista. Vaikka työterveyshuolto lakisääteisesti kattaa pääosin preventiivisiä työsuojeluun ja työn terveysriskien vähentämiseen tärkeitä palveluita, oli sairauksien hoito järjestetty osana työterveyshuoltoa 86 prosentilla niistä palkansaajista, joilla työterveyshuollon palveluja oli käytettävissä⁸. Terveyskeskus on ainoa koko väestölle avoin avoterveydenhuollon palveluja tarjoava kanava Suomessa ja asiakasmaksut ovat pääosin suhteellisen pieniä, mutta saatavuudessa on ollut joillakin alueilla ongelmia⁹. Avopalvelujen käytön erot voivat heijastua sairaalapalveluihin lähetekäytäntöjen kautta.

Kirjoittajat**Manderbacka Kristiina**
tutkimuspäällikkö, THL**Aalto Anna-Mari**
tutkimuspäällikkö, THL**Kestilä Laura**
tutkimuspäällikkö, THL**Muuri Anu**
johtava asiantuntija, THL**Häkkinen Unto**
tutkimusprofessori, THL

Tässä raportissa tarkastelemme sosioekonomisia eroja somaattisten terveyspalvelujen saatavuudessa. Tuloeroja avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen käytössä arvioimme käyttäen vuonna 2014 kerätyn ja koko Suomen väestöä edustavan (N=20 571) Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) tuloksia sekä aiempien tutkimusten tuloksia. Lisäksi kuvaamme aiempaan tutkimuskirjallisuuteen nojaten sosioekonomisia eroja suun terveydenhuollossa ja somaattisissa sairaalapalveluissa ja arvioimme palvelujen käyttöerojen mahdollisia vaikutuksia terveyseroihin.

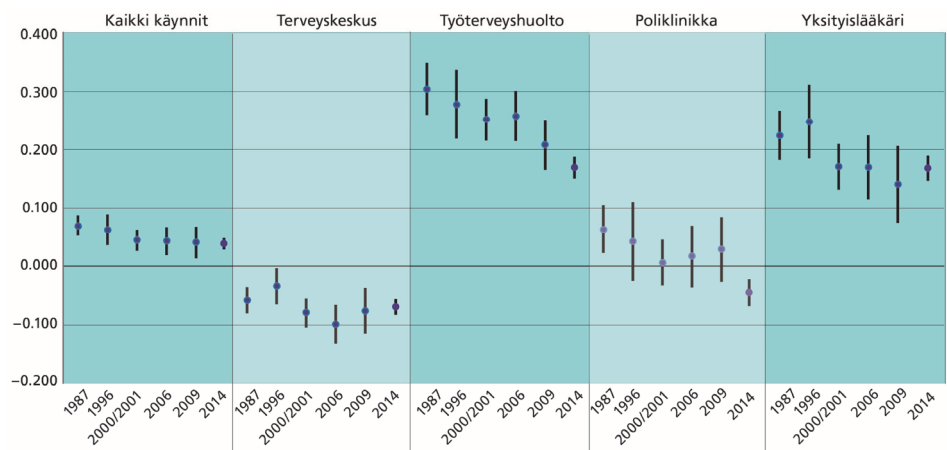
TULORYHMITÄISET EROT AVOHOIDON PALVELUIDEN KÄYTÖSSÄ

Avohoidon lääkäripalvelujen käyttö on väestössä varsin yleistä. Kuviossa 1 esitetään lääkärin vastaanottopalveluissa viimeisten 12 kuukauden aikana käyneiden ikävakioidut osuudet tuloryhmittäin. Vuonna 2014 vajaa kolme neljännestä sekä miehistä että naisista oli käyttänyt avohoidon lääkäripalveluja viimeisen 12 kuukauden aikana. Tuloryhmittäiset erot palveluja käyttäneiden osuuksissa olivat melko pieniä, kun palvelujen tarvetta ei huomioida. Miehillä kaksi alinta tuloryhmää oli käyttänyt muita vähemmän avohoidon lääkäripalveluja. Naisilla taas lääkäripalvelujen käyttö yleistyi suhteellisen tasaisesti siirryttäessä ylemmistä tuloryhmistä alempiin. Käyntien keskimääräinen lukumäärä oli sekä miehillä että naisilla 3.0 alimmissa ja 2.8 ylimmässä tuloryhmässä. Käyntien lukumäärä ei kuitenkaan vaihdellut systemaattisesti tuloryhmien välillä, vaan naisilla vain ylimmän tuloryhmän käyntien keskimääräinen lukumäärä erosi muista tuloryhmistä.



Kuvio 1. Avohoidon lääkäripalveluja viimeisten 12 kuukauden aikana käyttäneiden ikävakioidut osuudet (%) tuloviidenneksittäin 25-vuotiailla ja vanhemmilla miehillä ja naisilla vuonna 2014

Avohoidon lääkäripalvelujen käytössä on vastaajien terveydentila huomioon ottaen raportoitu aiemmin suuria ja varsin pysyviä eroja. Suurituloiset käyttävät työterveydenhuollon ja yksityisiä lääkäripalveluja pienituloisempia enemmän tarve huomioon ottaen, kun taas terveyskeskusten lääkäripalvelut painotuvat pienituloisiin¹⁰. Suomessa erot ovat kansainvälisesti katsoen poikkeuksellisen suuret¹¹. OECD:n tutkijoiden laskelmien mukaan suurituloiset käyttävät lääkäripalveluja suhteessa tarpeeseen OECD-maista eniten Suomessa, USA:ssa ja Virossa.



Kuvio 2. Avohoidon lääkärikäyntien horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksi (ja niiden 95 % luottamusvälit) sektoreittain vuosina 1987–2014.

Kuviossa 2 esitetään avohoidon lääkärikäyntien horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksi kaikille lääkärikäynneille sekä käynneille eri sektoreilla kun sukupuoli, ikä sekä palvelujen tarve yleisen terveydentilan avulla tarkasteltuna otetaan huomioon.

Kun tarkastellaan kaikkia lääkärikäyntejä, suurituloiset käyttivät palveluja koko tarkastelujakson ajan jonkin verran muita enemmän suhteessa tarpeeseen. Eriarvoisuus näyttää muodostuvan pääosin yksityisten ja työterveyshuollon palvelujen käytöstä. Työterveyshuollon lääkäripalveluissa näyttää tapahtuneen jonkin verran muutosta tuloneutraalimpaan suuntaan, mutta suurituloiset käyttivät edelleen palveluja selvästi enemmän, kun palvelujen tarve otetaan huomioon. Terveyskeskuspalvelut ja sairaalan poliklinikkapalvelut jakautuivat tarve huomioon ottaen useammin alemmille tuloryhmille.

Ennaltaehkäisevistä palveluista on raportoitu Terveys 2011-tutkimuksessa koulutusryhmittäisiä eroja terveystarkastuksessa viimeisen viiden vuoden aikana käyneiden osuuksissa: mitä korkeampi koulutustaso sitä useampi oli osallistunut terveystarkastukseen¹². Sen sijaan erilaisten sairauksien ennalta ehkäisyyn liittyvien mittausten tekemisessä terveydenhuollossa, kuten verensokeri- ja kolesteroliarvojen mittaamisessa tai verenpaineen mittaamisessa viimeisen 12 kuukauden aikana, on havaittu melko pieniä eroja¹³.

Terveyspalvelujen saatavuutta on usein arvioitu käytön avulla. Palvelujen käytölle voi kuitenkin olla erilaisia esteitä. Yksilötason esteitä voivat olla esimerkiksi sosioekonomiset tekijät, ikä, aiemmat kokemukset palveluista ja asenteet. Tällöin asiakas ei ehkä hakeudu tarvitsemiinsa palveluihin.

Näin tutkimus tehtiin

Avohoidon lääkäripalveluja koskevat tulokset perustuvat Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) vuoden 2014 tietoihin (N=20 571, vastausprosentti 53 %), joihin on yhdistetty tulotiedot Tilastokeskuksen rekistereistä. Kulutusyksikköluku laskettiin käyttäen OECD:n kaavaa³¹, jossa kotitalouden ensimmäinen aikuinen saa painon 1, muut aikuiset painon 0.7 ja lapset painon 0.5. Laskimme lääkäripalvelujen käytöstä ikävakioituneita käyttäjien osuudet miehille ja naisille erikseen sekä päivitimme aiemmin raportoidut oikeudenmukaisuusindeksit. Aiemmat oikeudenmukaisuusindeksin arvot on laskettu Terveysturvan väestötutkimuksista (1987 ja 1996) Terveys 2000-tutkimuksesta ja Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut - tutkimuksista (2006 ja 2009). Oikeudenmukaisuusindeksi saa arvon 0 jos palvelut jakautuvat tarpeen mukaan tasaisesti ja positiiviset arvot viittaavat siihen että hyvätuloiset käyttävät palveluja tarve huomioon ottaen muita enemmän ja negatiiviset arvot vastaavasti, että alempiin tuloryhmiin kuuluvat käyttävät enemmän palveluja. Tarpeen arvioinnissa käytettiin itse arvioitua koettua terveyttä ja pitkäaikaista sairastavuutta. Ikävakioinnissa käytimme vakioväestönä vuoden 2014 ATH:n koko väestöä.

Palvelurakenteeseen liittyviä esteitä taas ovat palvelujen järjestämisen tavat, palvelujen saavutettavuus, niiden kustannukset ja asiakasjonot.

Näitä puutteita palvelujen saatavuuden tarkastelussa on pyritty viime vuosina kansainvälisessä kirjallisuudessa paikkaamaan tarkastelemalla käytön lisäksi tyydyttämättömää palvelutarvetta.¹⁴⁻¹⁷ Allin ja Masseria¹⁴ raportoivat väestön itse arvioimaa tyydyttämättömää terveyspalvelujen tarvetta vuonna 2009 EU-maissa ja totesivat Suomessa tyydyttämättömän palvelutarpeen keskittyneen alempiin tuloryhmiin, kun tarve-erot otettiin huomioon. Muissa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu mm. sukupuolen, sosioekonomisen aseman, psykososiaalisten tekijöiden ja terveystyötyymiseen liittyvien tekijöiden olevan yhteydessä tyydyttämättömään palvelutarpeeseen¹⁴⁻¹⁷. Suomessa tyydyttämättömää palvelutarvetta on tutkittu vähän, mutta avohoidon lääkärin vastaanotokäyntien tarve, toteutuneet käynnit että tyydyttämättömän palvelutarve näyttävät olevan yleisimpiä matalan koulutuksen omaavilla ja toimeentulovaikeuksia kokeneilla. Pääasiallisen toiminnan mukaan tyydyttämättömän palvelutarve on yleisintä työttömillä¹⁸. Suomesta raportoitu tyydyttämättömän avohoidon lääkäripalvelujen tarve ja sosioekonomiset erot tyydyttämättömässä palvelutarpeessa ovat lähellä EU-maiden keskiarvoa¹¹.

SUUN TERVEYDENHUOLLON KÄYNNEISSÄKIN ON SOSIOEKONOMISIA EROJA

Suun terveydenhuollon käynneissä on raportoitu myönteistä kehitystä 2000-luvulla. Terveys 2011-tutkimuksessa noin 80 prosenttia aikuisväestöstä raportoi käyneensä hammashoidossa edeltäneiden kahden vuoden aikana. Myönteisen kehityksen takana on arvioitu olevan yhtäältä hampaattoman väestön väheneminen ja toisaalta kehitykseen ovat voineet vaikuttaa toteutetut lainsäädännölliset uudistukset, joilla on pyritty vähentämään julkiseen suun terveydenhuoltoon hakeutumisen esteitä¹⁹. Palvelujen käytön jakaumassa on kuitenkin tapahtunut varsin pieniä muutoksia 1980-luvun lopusta nykypäivään, eikä käyttö näytä edelleenkaan jakautuvan tasaisesti, kun hammashoidon tarve otetaan huomioon vaan hammaslääkärikäyntejä oli suurituloisilla koko seurantajakson ajan pienituloisia enemmän kun tarve otetaan huomioon. Palvelujen käytössä on myös suuria eroja eri sektoreiden välillä.

Nguyen on tarkastellut hammaslääkärikäyntien jakautumista ottaen huomioon kaikki palvelut ja tarkastellen erikseen yksityisiä ja julkisia palveluita vuodesta 1987 vuoteen 2009. Julkisten palvelujen käyttö oli pienituloisilla yleisempää kuin suurituloisilla ja suurituloiset käyttivät yksityisiä palveluja pienituloisia yleisemmin²⁰.

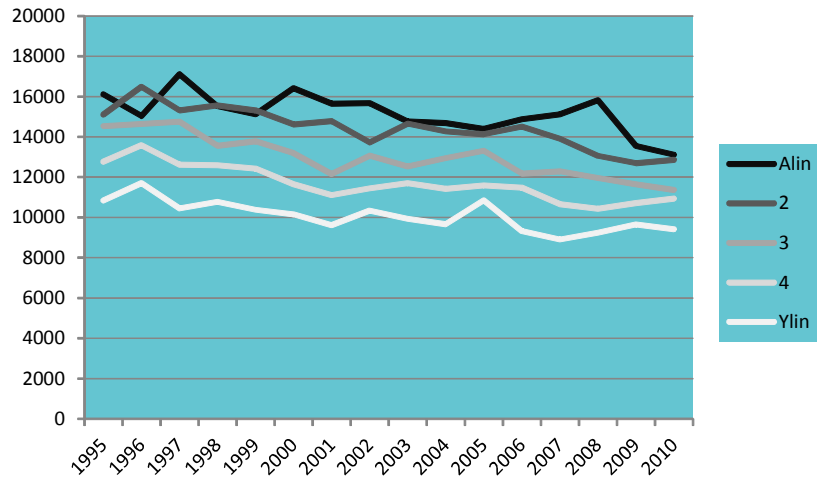
SOMAATTISTEN SAIRAALAPALVELUJEN KÄYTTÖ JAKAUTUU SAMALLA TAVALLA KUIN SAIRASTAVUUS

Vuodeosastohoito somaattisessa erikoissairaanhoidossa on tutkimusten mukaan jakautunut samalla tavalla kuin sairastavuus, eli alempien tuloryhmien on raportoitu olleen sairaalahoitojaksolla ylempiä useammin (Kuvio 3).

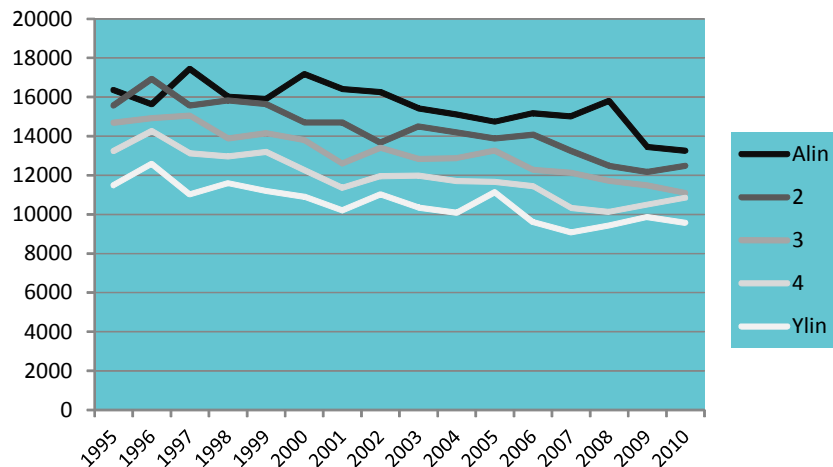
Aivan tuoreita tietoja sairaalahoidon jakautumisesta ei ole saatavilla, mutta vuosien 1995 ja 2010 välillä sairaalahoidon käyttö väheni tasaisesti, mikä johtuu väestön terveydentilan paranemisesta. Myös teknologisella kehityksellä ja polikliinisen hoidon lisääntymisellä on osaltaan ollut vaikutusta sairaalahoidon käytön vähenemiseen. Koko tarkastelujakson ajan sairaalahoidon käytössä havaittiin lähes systemaattinen portaittainen laskeva gradientti alimmasta ylimpään tulokvintiiliin eli palvelujen käyttö kasvoi ylimmästä alimpaan tuloryhmään²¹. Tämä vastaa tiedossa olevia sairastavuuseroja.

Sairaalahoidon käytössä havaittiin lähes systemaattinen portaittainen laskeva gradientti alimmasta ylimpään tulokvintiiliin eli palvelujen käyttö väheni alimmasta ylimpään tuloryhmään²¹. Tämä vastaa tiedossa olevia sairastavuuseroja. Sairaalapalvelujen osalta ei ole arvioitu, ovatko palvelujen käytön muutokset kehittyneet samassa suhteessa terveyserojen muutosten kanssa, kun esimerkiksi tuloryhmittäiset kuolleisuuserot kasvoivat tarkastelujaksolla^{3,22}.

MIEHET



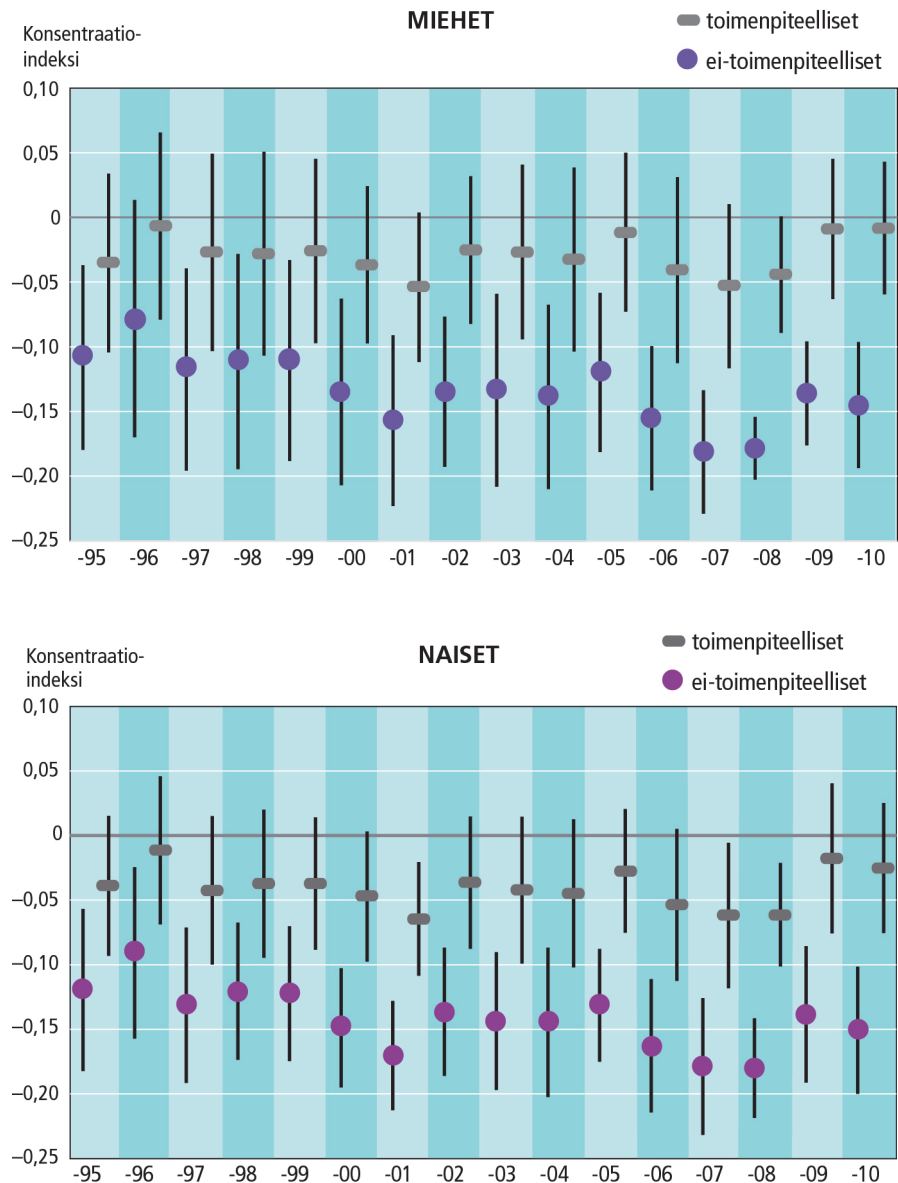
NAISET



Kuvio 3. Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö 25–84 –vuotiailla miehillä ja naisilla tuloviidenneksittäin 1995–2010 Suomessa (/100 000 henkilövuotta)

Vaikka alemmat tuloryhmät käyttivät sairaalapalveluja ylempiä useammin, kirurgisissa hoitojaksoissa ei todettu eroja tuloryhmien välillä (kuvio 4) ja ylempien tuloryhmien hoitojaksoista suurempi osa olikin kirurgisia jaksoja. Yksittäisistä toimenpiteistä lonkan tekonivelleikkaukset kummallakin sukupuolella ja polven tekonivelleikkaukset miehillä, sekä eturauhasen ja kohdun poistot jakautuivat tuloneutraalisti, sen sijaan sepelvaltimo-toimenpiteitä ja naisilla polven tekonivelleikkauksia tehtiin enenevässä määrin alempiin tuloryhmiin kuuluville.

Näissä luvuissa palvelujen tarvetta ei kuitenkaan ole voitu ottaa huomioon. Sairaalahoitoon kustannukset jakautuivat samalla tavalla kuin erikoissairaanhoidon käyttö, mutta hoitopäiväkustannukset nousivat tasaisesti alimmasta ylimpään tuloryhmään²³.



Kuvio 4. Toimenpiteellisten ja ei-toimenpiteellisten sairaalahoitokausien tuloryhmittäiset erot (konsentraatiokertoimet ja niiden 95 % luottamusvälit) 1995–2010

Yksittäisistä toimenpiteistä suomalaiset tutkimukset ovat osoittaneet huomattavia sosioekonomisia eroja sepelvaltimoimenpiteiden käytössä ja sepelvaltimotautikuolleisuudessa²⁴. Harvoin on kuitenkaan arvioitu, onko sosioekonomisilla eroilla sepelvaltimoimenpiteissä yhteyttä kuolleisuuteen. Sydäninfarktipotilaita koskevassa suomalaisen ja norjalaisen aineistoon perustuvassa tutkimuksessa²⁵ havaittiin, että pallolaajennuksia tehtiin enemmän paremmin koulutetuille ja hyvätuloisille, mutta tämä ei juurikaan selittänyt havaittuja sosioekonomisia eroja tämän potilasryhmän kuolleisuudessa. Toimenpiteiden lisääntymisellä alemmissä tuloryhmissä ei myöskään näytä olleen juuri vaikutusta kuolleisuuseroihin²⁶.

VÄLTETTÄVISSÄ OLEVA KUOLLEISUUS ON YLEISEMPÄÄ PIENITULOISILLA

Väestöryhmien välisiä eroja palvelujen laadussa ja vaikuttavuudessa on myös arvioitu epäsuorasti vältettävissä olevia kuolemia tarkastelemalla. Vältettävissä olevilla kuolemilla tarkoitetaan kuolemia, joita ei pitäisi tapahtua jos oikea-aikaisia ja tehokkaita terveyspalveluja olisi saatavissa⁵.

Vältettävissä olevalla kuolleisuudella on raportoitu olleen 1990-luvun alusta viime vuosiin asti käänteinen yhteys tuloihin: mitä korkeampi tulotaso sitä pienempi vältettävissä oleva kuolleisuus. Vältettävissä oleva kuolleisuus on Suomessa vähentynyt, mutta samanaikaisesti tuloryhmien välisten suhteellisten erojen on todettu kasvaneen²⁷. Tuloköyhyyden lisäksi myös huonon työmarkkina-aseman ja yksin asumisen on todettu lisäävän vältettävissä olevan kuolleisuuden riskiä²⁸.

LOPUKSI

Avoterveydenhuollon ennaltaehkäisevissä palveluissa, lääkäripalveluissa ja hammaslääkäripalveluissa näyttää olevan varsin pysyviä tuloryhmittäisiä eroja, jotka eivät selity terveydentilan eroilla. Erikoissairaanhoidossa palvelut näyttävät jakautuvan samansuuntaisesti kuin sairastavuus ja myönteistä kehitystä näyttää tapahtuneen monin paikoin. Selvää ei kuitenkaan ole, ovatko muutokset riittäviä ottaen huomioon terveyserojen kehityksen. On myös syytä huomata, että palvelujen saatavuudessa ja käytössä havaitut puutteet eivät rajoitu vain pieneen huono-osaisten joukkoon, vaan palvelujen käyttö lisääntyy suhteellisen tasaisesti alimmista tuloryhmistä ylimpiin kun palvelujen tarve otetaan huomioon.

Palvelujen käyttöerojen syntyyn vaikuttavat monet sekä palvelujen kysyntään että tarjontaan liittyvät tekijät. Palvelujen kysyntään liittyviä tekijöitä ovat mahdolliset erot hoitoon hakeutumisessa ja tiedoissa terveydestä ja saatavilla olevista palveluista. Samoin hoitopreferenssit ja kyky navigoida järjestelmässä voivat vaikuttaa hoitoon pääsyyn ja hoidon sisältöön. Sosioekonomisia eroja on muissa maissa raportoitu myös potilas – lääkäri – vuorovaikutuksessa²⁹; Suomessa viitteitä tällaisista eroista on saatu sepelvaltimotautipotilailla³⁰. Vuorovaikutuksen eri osa-alueilla näyttää olevan enemmän ongelmia alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvilla ja osallistuvan ylempiä ryhmiä harvemmin sairauksiensa hoitoa koskevien päätösten tekoon. Tarjontapuolen tekijät taas liittyvät palvelujen kolmikanavaisesta rakenteesta johtuviin eroihin avopalvelujen saatavuudessa ja hoidosta potilaalle aiheutuneissa kustannuksissa. Avopalvelujen rakenteesta johtuvat erot heijastuvat myös sairaalapalvelujen saatavuuteen ja sisältöön lähetekäytäntöjen kautta. Viime vuosina terveydenhuollon palvelurakenne on monimuotoistunut ja sirpaloitunut, kun kunnat ovat valinneet erilaisia yhteistoiminnan muotoja ja tapoja järjestää palvelunsa. Avopalvelujen heikentyessä ehkäisevät palvelut näyttävät syntyneitä terveysongelmia korjaavia palveluja helpommin pirstaloituvan ja muuttuvan sattumanvaraisemmiksi.

Terveydenhuollon tarpeenmukaisen käytön tavoite riippumatta sosioekonomisesta asemasta ja taloudellisista edellytyksistä ei näytä kaikilta osin toteutuvan suomalaisessa terveydenhuollossa sen enempää saatavuuden kuin palvelujen sisällön osalta, vaikka joiltakin osin tavoitteen suunnassa on edistytty.

Terveyspalvelut eivät myöskään käytettävissä olevan tutkimustiedon valossa näytä kaikilta osin vähentävän terveyseroja, vaan monin paikoin ylläpitävän ja jopa kasvat-tavan niitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon nykymallissa peruspalvelujen on todettu heikentyneen ja väestön terveyserojen säilyneen suurina. Myöskään yhdenvertaisuus ei nykymallissa toteudu, kun palvelujen saatavuus ja laatu vaihtelevat kunnittain. Valmisteilla olevan SOTE-uudistuksen voikin toivoa vahvistavan kaikille asukkaille avointa perusterveydenhuoltoa, jotta terveydenhuollon tarpeenmukaisen käytön tavoite toteutuisi tulevaisuudessa. Hyvinvointi- ja terveyseroja ei voida poistaa pelkil-lä sosiaali- ja terveyspalveluilla tai palvelujärjestelmää kehittämällä, mutta palveluilla on myös siinä keskeinen rooli.

KIRJALLISUUS

1. Suomen perustuslaki; 11.6.1999/731.
2. Terveydenhuoltolaki 31.12.2010/1326.
3. Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M, Valkonen T. Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death. *J Epidemiol Community Health Online* First 2011 Mar 4; March 4:1-6.
4. Mackenbach JP et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358:2468-81.
5. Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust; 2004.
6. Nolte E, McKee C. Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis. *Health Affairs* 2008;27:58-71.
7. Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E. Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*. United Kingdom: WHO; 2008.
8. Kauppinen T ym. Työ ja terveys Suomessa 2012. Helsinki: Työterveyslaitos; 2012.
9. Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2016 THL Tilastokatsaus 17/2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016121931609>.
10. Häkkinen U, Nguyen L. Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää enemmän. *Optimi* 2010:2.
11. Health at a glance 2013. OECD Indicators, OECD; 2013.
12. Koponen P, Alha P, Sauni R. Terveyttä ja työkykyä edistävät toimet. Teoksessa: Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. THL Raportti 68/2012 s. 163-9.
13. Kaikkonen R ym. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-2014. Verkkojulkaisu: www.thl.fi/ath; 2014.
14. Allin S, Masseria C. Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth* 2009;15:7-9.
15. Gulliford M et al. What does 'access to health care' mean? *J Health Serv Res Policy* 2002;7:186-8.
16. Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Soc Sci Med* 2010;70:465-72.
17. Bryant T, Leaver C, Dunn J. Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health Policy* 2009;91:24-32.
18. Shemeikka R ym. Terveyspalveluiden saatavuuden alue-erot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuu-alueittain (suunnitellut sote-alueet). Teoksessa: Jalava J ym. (toim.) *ATH-tutkimuksen tuloksia – Järjestökentän tutkimusohjelma*. THL Työpapereita 37/2014 s. 28-36.
19. Suominen L, Vehkalahti M, Nguyen L. Suun terveydenhuolto. Teoksessa: Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Tampere: THL Raportti 68/2012 s. 181-5.
20. Nguyen L. Hammashoitouudistus on lisännyt vain vähän oikeudenmukaisuutta. *Optimi* 2011:1.
21. Manderbacka K, Arffman M, Keskimäki I. Has socioeconomic equity increased in somatic specialist care: a register-based cohort study from Finland in 1995-2010. *BMC Health Serv Res* 2014;14:430,6963-14-430.
22. Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M. The changing relationship between income and mortality in Finland, 1988-2007. *J Epidemiol Community Health* 2013;67:21-7.
23. Manderbacka K, Järvelin J, Arffman M, Häkkinen U, Keskimäki I. The development of differences in hospital costs across income groups in Finland from 1998 to 2010. *Health Policy* 2014;118:354-62.
24. Hetemaa T. Socioeconomic differences in the use and outcomes of hospital treatment for ischaemic heart diseases. Helsinki: THL Research 142/2014.
25. Hagen TP et al. Socio-economic Inequality in the Use of Procedures and Mortality Among AMI Patients: Quantifying the Effects Along Different Paths. *Health Econ*. 2015;24 Suppl 2:102-15.
26. Häkkinen U, Rosenqvist G. Palvelujärjestelmä ja sosioekonomiset terveyserot sydäninfarktin hoidossa. Mäklin S. (toim) *Terveystaloustiede* 2016. THL Työpapereita 1/2016 s. 54-7.
27. Lumme S, Sund R, Leyland A, Keskimäki I. Socioeconomic Equity in Amenable Mortality in Finland 1992-2008. *Soc Sci Med* 2012;75:905-13.
28. Manderbacka K, Arffman M, Sund R, Karvonen S. Multiple social disadvantage - does it have an effect on amenable mortality: a brief report. *Int J Equity Health* 2014;13:67,014-0067-5.
29. Willems S et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns* 2005;56:139-46.
30. Manderbacka K. Exploring gender and socioeconomic differences in treatment of coronary heart disease. *Eur J Public Health* 2005;15:634-9.
31. OECD Framework for statistics on the distribution of household income, consumption and wealth. OECD; 2013.

Julkaisun viite: Manderbacka K, Aalto A-M, Kestilä L, Muuri A, Häkkinen U. Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PI 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952- 302-853-1 (verkko)
ISSN 2323-5179

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-853-1>



Julkaisu on osa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamaa Suomen sosiaalinen tila -raporttisarjaa. Sarjassa esitellään päätöksenteon kannalta keskeisiä ja ajankohtaisia teemoja ja ilmiöitä, jotka liittyvät hyvinvointiin, elinoloihin, palveluihin ja eriarvoisuuteen.