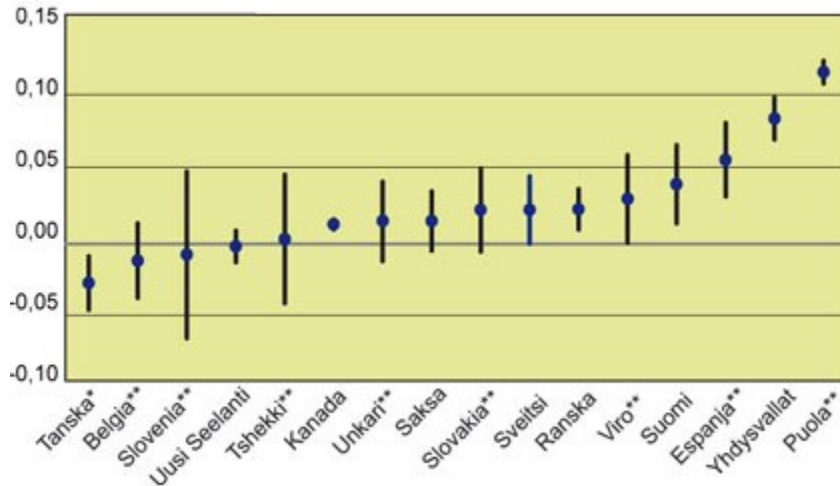


## Terveyspalvelujen käytön eriarvoisuus ei ole vähentynyt Suomessa

Terveyspalvelujen käyttö OECD-maissa on edelleen hyvin eriarvoista, kertoo järjestön juuri valmistunut tutkimus. Hoidon tarpeeseen suhteutettuna suurituloiset käyttivät lääkäripalveluja eniten Puolassa, Yhdysvalloissa, Espanjassa ja Suomessa (Kuvio 1).



Kuvio 1. Lääkärissäkäyntien oikeudenmukaisuusindeksit ja niiden 95 % luottamusvälit 16 maassa. Devaux ja de Looper (2012). \*Käyntimäärä viimeisten 3 kuukauden aikana, \*\*Käyntimäärä viimeisten 4 viikon aikana.

Yleislääkärin vastaanotolle suurituloiset hakeutuivat hieman muita tuloryhmiä enemmän Virossa, Kanadassa, Suomessa, Puolassa, Uudessa Seelannissa, Slovakiassa ja Ranskassa. Pienituloiset käyttivät tarpeeseen suhteutettuna yleislääkäripalveluja enemmän kuin suurituloiset Tanskassa, Belgiassa, Itävallassa, Ranskassa, Uudessa Seelannissa ja Kanadassa. Suomessa suurituloiset kävivät yleislääkärissä myös useammin kuin pienituloiset, joskaan tuloluokittaiset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Lähes kaikissa maissa erikoislääkärin vastaanotolle hyvätuloiset hakeutuivat pienituloisia enemmän, kun hoidon tarve oli huomioitu. Suomi kuului seitsemän maan ryhmään, jossa erikoislääkäripalvelujen käyttö painottui suurituloisiin: palvelujen käyttö Suomessa oli kolmanneksi eriarvoisinta heti Espanjan ja Ranskan jälkeen ja yhtä eriarvoista kuin Sveitsissä ja Virossa.

Myös hammaslääkärin vastaanotolle suurituloiset hakeutuivat kaikissa tutkimukseen osallistuneissa maissa huomattavasti useammin kuin muut tuloryhmät. Hammaslääkärissäkäynnit jakaantuivat suurituloisia suosivasti kaikissa tutkituissa maissa lukuun ottamatta Tshekkiä, Sveitsiä ja Sloveniaa. Maiden sijoitus tässä OECD:n vertailussa pysyi samana kuin järjestön vuoden 2000 aineistoihin perustuvassa tutkimuksessa - oli sitten kyse ylipäätään lääkärin vastaanotolle hakeutuminen tai yleislääkärin vastaanotolle hakeutuminen. Tulokset selittyvät osittain sillä, että Suomessa työssäkäyvien henkilöiden lääkäripalvelujen saatavuus on parempi ja palvelujen käyttö yleisempää kuin työelämän ulkopuolella olevien, keskimäärin pienituloisempien henkilöiden.

Kansainvälisissä vertailuissa jako yleis- ja erikoislääkärissäkäyntien välillä on häilyvä, minkä vuoksi vertailukelpoisuus on paras, kun kaikki lääkärisäkäynnit otetaan analyysiin mukaan.

## Miten eriarvoisuutta ja tasa-arvoisuutta OECD:n tutkimuksissa mitattiin?

Lääkäripalvelujen käytön tuloryhmien välistä oikeudenmukaisuutta arvioitiin indeksillä, jossa palvelujen käyttö oli suhteutettu arvioituun hoidon tarpeeseen. Hoidon tarpeen mittarina käytetään ikää, sukupuolta, pitkäaikaista sairastavuutta ja koettua terveydentilaa huomioiden henkilön tulot. Muut kontrolloidut muuttujat olivat koulutus, pääasiallinen toiminta, suuralueet, asuinkunnan kaupungistumisen taso ja terveystakuutus. Mitä lähempänä nollaa indeksin arvo on, sitä paremmin palvelujen käyttö vastaa hoidon tarvetta. Mitä positiivisempi (negatiivisempi) indeksin arvo on, sitä enemmän suurituloiset (pienituloiset) käyttävät palveluja suhteessa tarpeeseen. Jos indeksi on +1 (-1), suurituloiset (pienituloiset) käyttävät kaikki palvelut tarve huomioituna. Hammaslääkäripalvelujen käytön tuloryhmien välistä tasa-arvoisuutta kuvailevassa indeksissä huomioitiin vain henkilön tulot suhteuttamatta palvelujen käyttöä arvioituun hoidon tarpeeseen.



Lien Nguyen  
erikoistutkija  
CHESS-yksikkö  
etunimi.sukunimi@thl.fi  
(Kuvaaja: Linda Tammisto)

Lisää tietoa:

Devaux M, de Looper M (2012). [Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009](#).

OECD Health Working Papers, No.58, OECD Publishing. (Päivitetty 16.8.12)

[Health at a Glance 2011: OECD Indicators](#), OECD Publishing, 2011.