

Sosioekonomiset erot ja terveystalvelujen saatavuus

Mahdollisuus käyttää terveydenhuollon palveluita maksukyvästä riippumatta on tärkeä terveystalveluittinen tavoite. Terveystalvelujen saatavuutta on usein mitattu palvelujen käytön määrällä.

Avoterveydenhuollon palvelujen käytössä on suuria eroja, jotka eivät johdu eroista palveluiden tarpeessa, eli sairastavuudessa. Suomalaiset eivät liioin näytä käyttävän sairaalatalveluita täysin tarvettaan vastaavasti, vaan sosioekonomisilla tekijöillä näyttää olevan vaikutusta myös niiden käyttöön.

Monet tutkimustulokset viittaavat siihen, että alemmissa tuloryhmissä on hyvätulaisia enemmän sellaista kuolleisuutta, joka voitaisiin välttää terveydenhuollon keinoin. Samoin pienituloisilla on hyvätulaisia enemmän tyydyttämätöntä terveystalveluiden tarvetta. Tämä osoittaa, että pelkkä palveluiden käytön tutkimus ei tuo esiin kaikkia sosioekonomisia eroja palveluiden saatavuudessa.

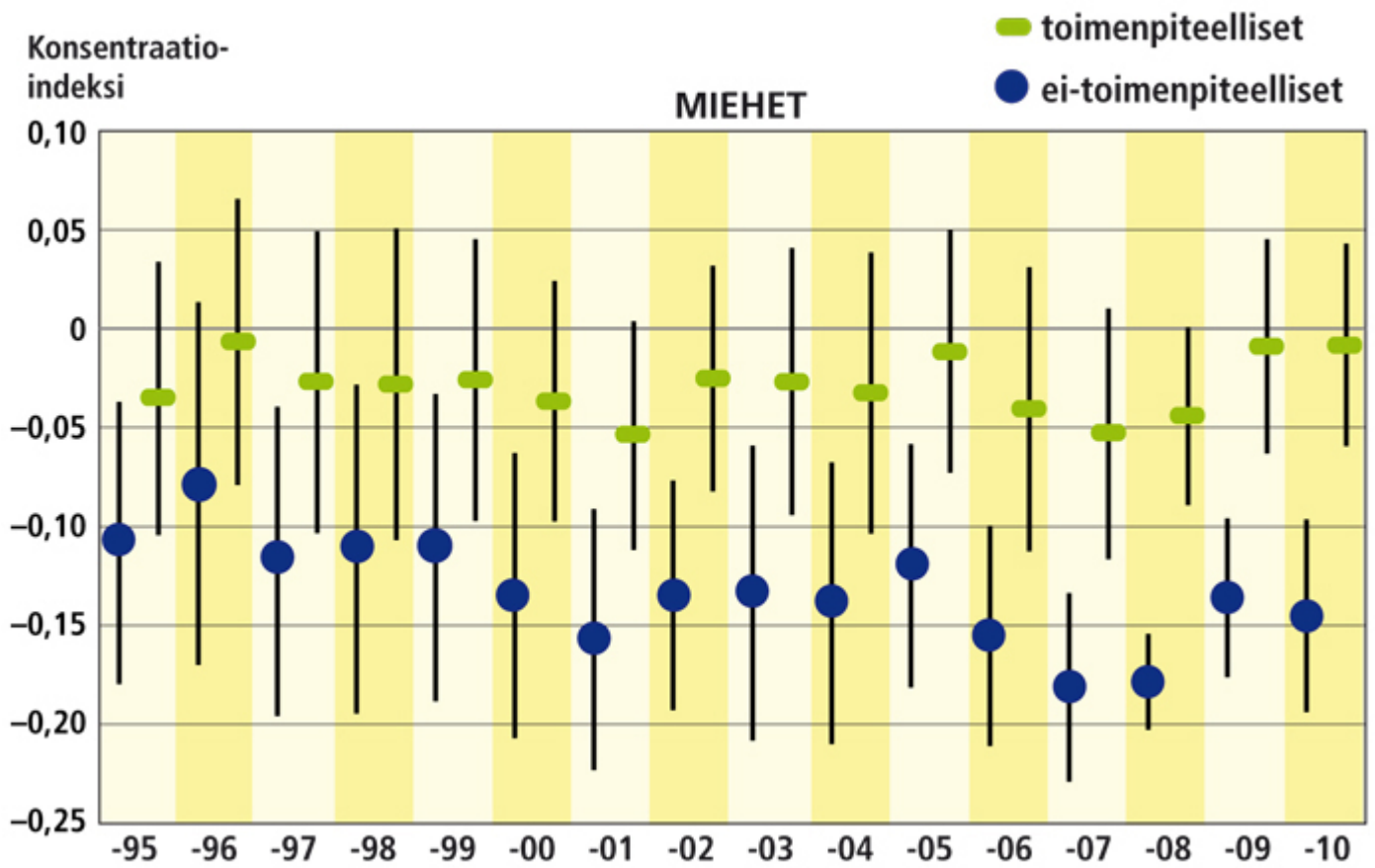
Palvelujen käytössä näyttää olevan palvelujen tarpeeseen liittymättömiä eroja

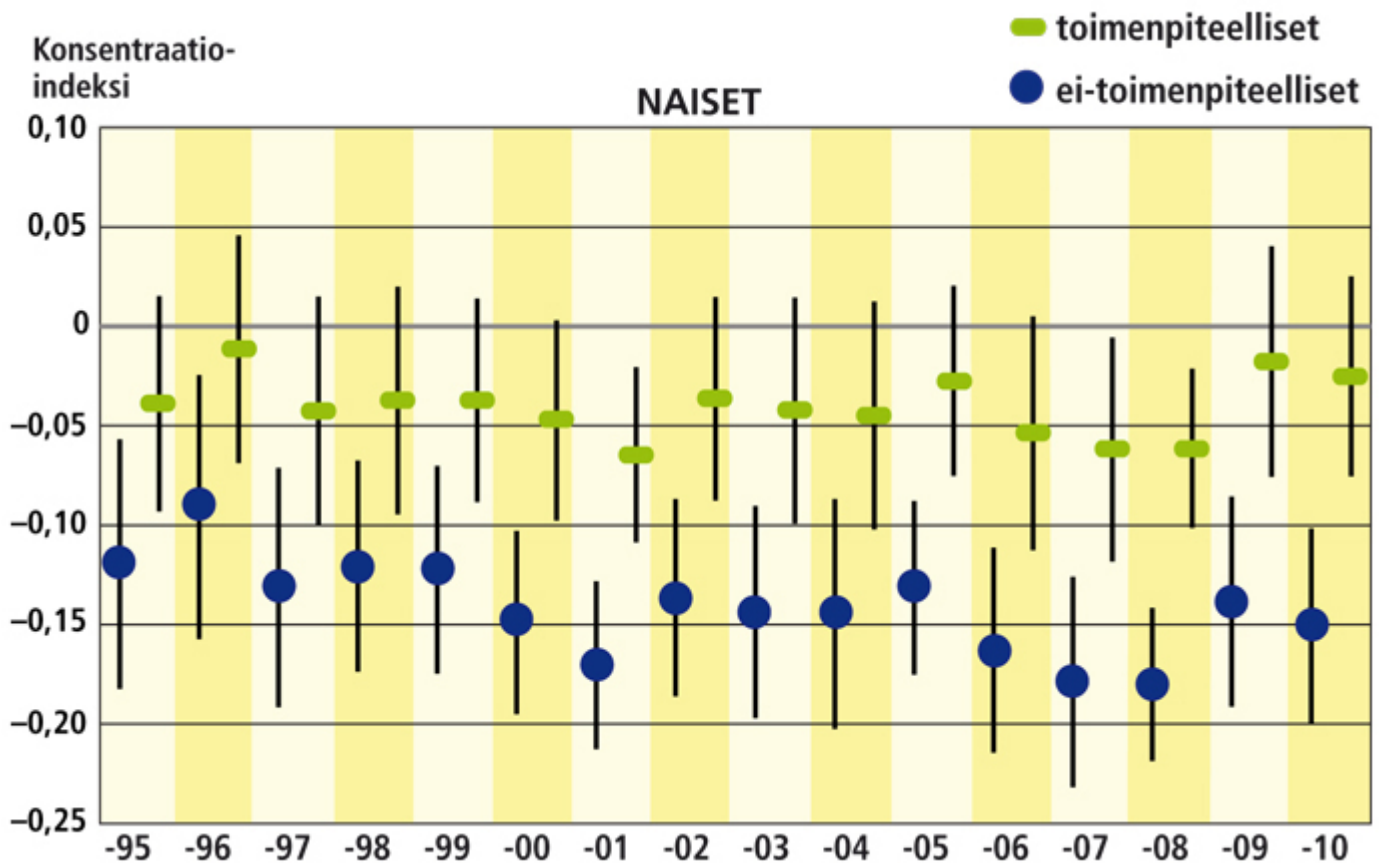
Tutkimusten mukaan avohoidon lääkäritalvelujen käytössä on ollut viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana pysyviä eroja. Suurituloiset käyttävät palveluiden tarve huomioon ottaen työterveyshuoltoa ja yksityisiä palveluita muita enemmän. Terveystalvelukeskusten lääkäritalvelut painottuvat puolestaan pienituloisiin.

Julkaisimme äskettäin tutkimuksen somaattisten erikoissairaalatalveluiden käytöstä. Se kertoi, että 25–84-vuotiaiden palvelujen käyttö jakautui vuosina 1995–2010 samalla tavalla portaittaisesti kuin sairastavuus, eli pienituloiset käyttivät palveluja enemmän kuin suurituloiset. Pienituloisilla oli myös toimenpiteettömiä hoitajaksoja enemmän kuin muilla. Kuviossa 1 eroja on kuvattu konsentraatioindeksin avulla. Indeksien arvo vaihtelee -1:stä 1:een ja negatiiviset arvot kuvaavat tilannetta, jossa käyttö on painottunut alempiin tuloryhmiin ja positiiviset arvot käänteistä tilannetta. Indeksi saa arvon 0 jos käyttö on jakautunut tulojen suhteen neutraalisti.

Sen sijaan hyvätuloiset potilaat olivat useammin toimenpiteellisessä sairaalahoidossa, vaikka tuloryhmien väliset erot olivatkin pienet. Saman 15-vuoden seurantajakson aikana

sairaalahoitojaksojen kokonaislukumäärä väheni, mikä liittyyne väestön terveydentilan paranemiseen ja avohoitopainotteisten hoitomuotojen kehittymiseen.





Kuvio 1. Toimenpiteellisten ja toimenpiteettömien hoitojaksojen konsentraatioindeksit 1995-2010 25-84 –vuotiailla miehillä ja naisilla.

Kiireettömiä polven ja lonkan tekonivelleikkauksia tehtiin seurantajakson edetessä suhteellisesti yhä enemmän pienituloisille. Sepelvaltimoiden ohitusleikkaukset ja pallolaajennukset taas painoutuivat 1990-luvun lopulla suurituloisiin, mutta 2000-luvun puolella enemmän pienituloisiin. Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot ovat kuitenkin kasvaneet saman ajanjakson aikana. On epäselvää, onko mainittu somaattisen sairaalahoidon käytössä tapahtunut muutos ollut riittävän suuri tuloryhmittäiset sairastavuuserot huomioon ottaen, sillä sairastavuuden sosioekonomisesta jakautumisesta tai sen kehityksestä ei oikein minkään sairausryhmän osalta ole julkaistu tietoja.

Vältettävissä olevat kuolemat ja tyydyttämätön palvelutarve yleisempiä alemmilla tuloryhmillä

Terveydenhuollon palveluja on pyritty arvioimaan myös epäsuorilla tavoilla kuten terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevien kuolemien määrillä. Pienituloisimpaan viidennekseen kuuluvat miehet kuolivat vuonna 2008 lähes neljä kertaa suurituloisimpaan viidennekseen kuuluvia miehiä todennäköisemmin sellaisiin syihin, jotka olisivat olleet terveydenhuollon keinoin vältettävissä. Pieni- ja suurituloisten naisten välillä ero oli yli

kaksinkertainen. Suhteelliset erot ovat kasvaneet samalla, kun terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevat kuolemat ovat vähentyneet. Huono-osaisuuden riskiä kasvattavat heikko työmarkkina-asema, yksin asuminen ja yksinhuoltajuus, mitkä näyttävät selittävän osan tuloryhmittäisistä eroista.

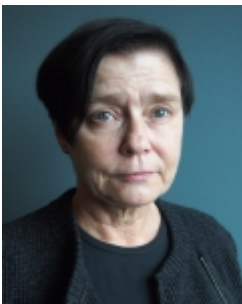
Pienituloiset raportoivat muita useammin, että he eivät ole saaneet tarvitsemaansa avohoidon terveystalvueluita. Sama kokemus on työttömillä ja taloudellista uhkaa kokeneilla.

Käytön tarkastelu aliarvioi palvelujen saatavuuseroja

Pelkkä palvelujen käyttö aliarvioi sosiaaliryhmien välisiä eroja palvelujen saatavuudessa, koska käytölle voi olla sekä kysyntään että tarjontaan liittyviä esteitä. Asiakkaasta johtuvia esteitä voivat olla esimerkiksi sosioekonomiset tekijät, ikä, aiemmat kokemukset palveluista, hoitopreferenssit ja asenteet. Tällöin asiakas ei ehkä hakeudu tarvitsemiinsa palveluihin.

Esteet voivat liittyä myös palvelurakenteeseen, kuten palvelujen järjestämisen tapoihin, asiakasmaksuihin, lähetekäytäntöihin ja jonoihin.

Tarvitaan siis monipuolista tutkimusta, ennen kuin voimme arvioida, onko kaikilla tuloryhmillä yhtäläiset mahdollisuudet terveystalvueluiden käyttöön.



Kristiina Manderbacka
tutkimuspäällikkö
Palvelujärjestelmän tutkimusyksikkö
etunimi.sukunimi@thl.fi
(Kuvaaja: Saija Järvimäki)

Lisää tietoa:

Lumme S, Sund R, Leyland A, Keskimäk I. Socioeconomic equity in amenable mortality in Finland 1992 – 2008. Soc Sci Med 2012;75: 905-913.

Manderbacka K, Peltonen R, Martikainen P. Amenable mortality by household income and living arrangements: a linked register-based study of Finnish men and women in 2000 – 2007. *J Epidemiol Community Health Online First* 2014; July 24 10.1136/jech-2014-204272.a

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 Services Research* 2014;14,430.

Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, Kaikkonen R, Elovainio M: [Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveysten palvelujen saatavuudesta?](#) *Sosiaalilääket Aikakauslehti* 2012;49; 4-12.