
12

Eriarvoisuus somaattisten terveyspalvelujen saatavuudessa

Sosioekonomiset erot avoterveydenhuollon palvelujen käytössä ovat selvät. Ylempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat käyttävät palveluja alempiin kuuluvia enemmän, kun palvelujen tarve otetaan huomioon. Erot muodostuvat pääosin eroista yksityislääkäripalvelujen ja työterveyspalvelujen käytössä. Lääkäripalveluissa näyttää kuitenkin tapahtuneen jonkin verran muutosta tuloneutraalimpaan suuntaan. Vaikka sairaalapalvelujen käyttö jakautuu samansuuntaisesti kuin sairastavuus, hoidon sisällössä on kuitenkin sosiaaliryhmittäisiä eroja. Terveyspalvelujen tarpeenmukaisen ja tasa-arvoisen käytön tavoite ei näytä kaikilta osin toteutuvan Suomessa. Vaikka asia on viime vuosien aikana edistynyt, palvelujen saatavuudessa ja sisällössä on vielä kehitettävää.

Väestöryhmien välinen tasa-arvo on jo pitkään ollut yksi suomalaisen terveyspolitiikan päätavoitteista. 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 (Suomen perustuslaki, Terveystalolaki). Suomi on sitoutunut näihin tavoitteisiin pait-

si lainsäädännön myös useiden kansainvälisten sopimusten kautta. Suomessa on kuitenkin useilla mittareilla tarkasteltuna kansainvälisesti katsottuna suuria väestöryhmien välisiä terveyseroja (Mackenbach ym. 2008) 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 terveyspalvelujen saatavuudessa ja käytössä on tärkeää tarkastella kahdestakin syystä. Yhtäältä terveyspalvelujen kohdentuminen kertoo, miten terveydenhuollon tasa-arvotavoitteessa on onnistuttu. Palvelujen saatavuuden ja laadun kysymykset ovat tärkeitä 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 paraneminen kasvattavat terveyspalvelujen mahdollisuuksia vaikuttaa väestön terveyteen (Nolte ym. 2004; Nolte ym. 2008; Leppo 2008).

Avohoidon terveyspalveluja tuottaa tällä hetkellä Suomessa kolme eri järjestelmää, joissa palvelujen saatavuus ja käytön ehdot eroavat toisistaan (Vuorenkoski ym. 2008). Yksityisten palvelujen saatavuus on hyvä erityisesti kaupungeissa ja kuntakeskuksissa, mutta asiakkaan maksettavaksi jäävä omavastuuosuus rajaa palvelujen käyttöä erityisesti taloudellisesti heikossa asemassa olevilla. Työterveyshuollon palvelut ovat käyttäjälle maksuttomia ja palvelut on järjestetty valtaosalle palkansaajista. Vuonna 2015 palvelut oli järjestetty 88 prosentille palkansaajista, ja luku on pysynyt kohtuullisen vakaana viime vuosina (Kela 2017). Vaikka työterveyshuolto lakisääteisesti kattaa pääosin preventiivisiä työsuojeluun ja työn terveysriskien vähentämiseen tähtäviä palveluja, on sairauksien hoito järjestetty osana työterveyshuoltoa valtaosalla niistä palkansaajista, joilla työterveyshuollon palveluja on käytettävissä (Kauppinen ym. 2012). Terveyskeskus on ainoa koko väestölle avoin avoterveydenhuollon palveluja tarjoava kanava Suomessa ja asiakasmaksut ovat pääosin pieniä, mutta saatavuudessa on ollut joillakin alueilla ongelmia (Mölläri & Vuorio 2016). Avopalvelujen käytön erot voivat heijastua sairaalapalveluihin lähetekäytäntöjen kautta.

Tässä luvussa tarkastellaan sosioekonomisia eroja somaattisten terveyspalvelujen saatavuudessa. Koulutuseroja avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen käytössä arvioimme käyttäen vuosina 2017–2018 kerätyn ja koko Suomen väestöä edustavan FinSote-tutkimuksen sekä aiempien tutkimusten tuloksia. Lisäksi kuvaamme aiempaan tutkimuskirjallisuuteen nojaten sosioekonomisia eroja sairaalapalveluissa ja arvioimme palvelujen käyttöerojen mahdollisia vaikutuksia terveyseroihin.

Aineisto ja menetelmät

FinSote 2017–2018 -väestökyselyyn poimittiin jokaisesta maakunnasta 3 300 henkilöä. Jotta iäkkäitä henkilöitä saataisiin riittävästi aineistoon, painotettiin heidän osuuttaan poimimalla vanhimpaan ikäryhmään (75+-vuotiaat) jokaisesta maakunnasta 1 000 henkilöä ja 2 300 ikäryhmästä 20–74-vuotiaista. Vastausprosentti kyselyssä oli 45,3, vastausaktiivisuus oli korkein 75 vuotta täyttäneillä (57,3 %) ja matalin alle 55-vuotiailla (28 %). Analyyseissä kadon vaikutusta pyrittiin korjaamaan painottamalla tuloksia vastaamaan väestön ikä-, sukupuoli-, siviilisääty-, koulutusaste-, asuinmaakunta- ja asuinkunnan taajama-aste -jakaumaa.

Terveyspalvelujen käyttöä tarkasteltiin kysymällä vastaajilta, kuinka usein he olivat käyneet lääkärin vastaanotolla terveysasemalla, yksityisellä lääkäriasemalla, työterveyshuollossa tai sairaalan poliklinikalla hammashuollon käynnit pois luki-en. Tyydyttymätöntä palvelutarvetta koskevassa kysymyksessä vastaajia pyydettiin arvioimaan, olivatko he saaneet riittävästi lääkärin vastaanottopalveluja 12 viime kuukauden aikana. Vastausvaihtoehdot olivat 1) en ole tarvinnut, 2) olisin tarvinnut, mutta palvelua ei saatu, 3) olen käyttänyt mutta palvelu ei ollut riittävä, 4) olen käyttänyt ja palvelu oli riittävä. Analyysi rajoitettiin palvelua tarvinneisiin (vaihtoehdot 2–4) siten, että tyydyttymättömäksi palvelutarpeeksi luokiteltiin vastausvaihtoehdot 2 ja 3. Ehkäisevien palvelujen käyttöä tarkasteltiin kysymällä vastaajilta, milloin ammattilainen oli mitannut heiltä a) verenpaineen, b) veren kolesterolipitoisuuden, c) veren sokeripitoisuuden, d) vyötärön ympäryksen, e) painon. Vastausvaihtoehdot olivat 1) 12 viime kuukauden aikana, 2) 1–5 vuotta sitten, 3) yli 5 vuotta sitten, 4) ei koskaan, 5) en tiedä. Tarkastelun kohteena oli viiden viime vuoden aikana tehdyt mittaukset (vaihtoehdot 1 ja 2).

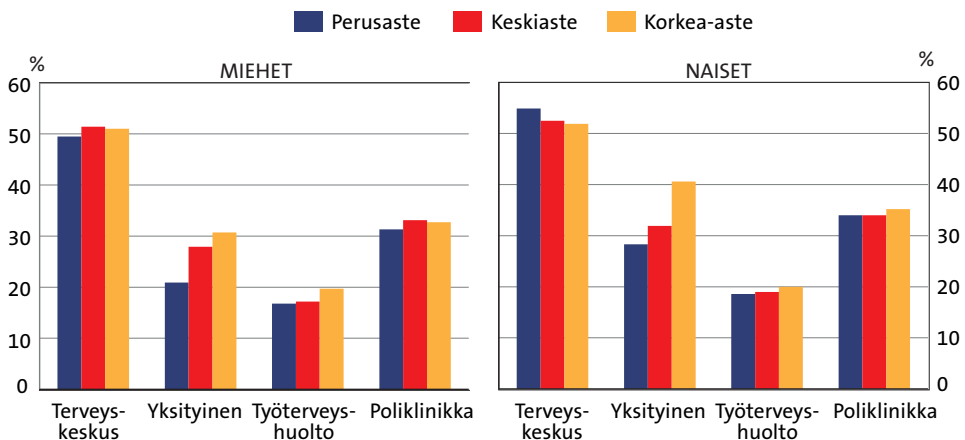
Ahovhoidon lääkäripalveluja koskevat aiemmat tulokset perustuvat Terveysturvan väestötutkimusten (1987 ja 1996), Terveys 2000 -tutkimuksen, Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -tutkimusten (2006 ja 2009) sekä vuoden 2014 Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) tietoihin, joihin on yhdistetty tulotiedot Tilastokeskuksen rekistereistä. Tulotiedot suhteutettiin kotitalouden kulutusyksikkölukuun, joka laskettiin käyttäen OECD:n kaavaa (OECD 2013), jossa kotitalouden ensimmäinen aikuinen saa painon 1, muut aikuiset painon 0,7 ja lapset painon 0,5. Oikeudenmukaisuusindeksin laskemisessa on käytetty Kakwanin ym. (1997) esittelemää laskentatapaa. Indeksi 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. Ikävakioidinnissa käytimme vakioväestönä vuoden 2014 ATH:n koko väestöä.

Sosiaaliryhmittäiset erot avohoidon palvelujen käytössä

Avohoidon lääkäripalvelujen käyttö on väestössä varsin yleistä. Kuviossa 12.1 esitetään lääkärin vastaanottopalveluissa viimeisten 12 kuukauden aikana käyneiden ikävakioidut osuudet koulutusryhmittäin ja sektoreittain. Vuonna 2018 noin kolme neljännestä miehistä ja 80 prosenttia naisista oli käyttänyt avohoidon lääkäripalveluja viimeisen 12 kuukauden aikana. Koulutusryhmittäiset erot palveluja käyttäneiden osuuksissa olivat selvimmät yksityisissä palveluissa.

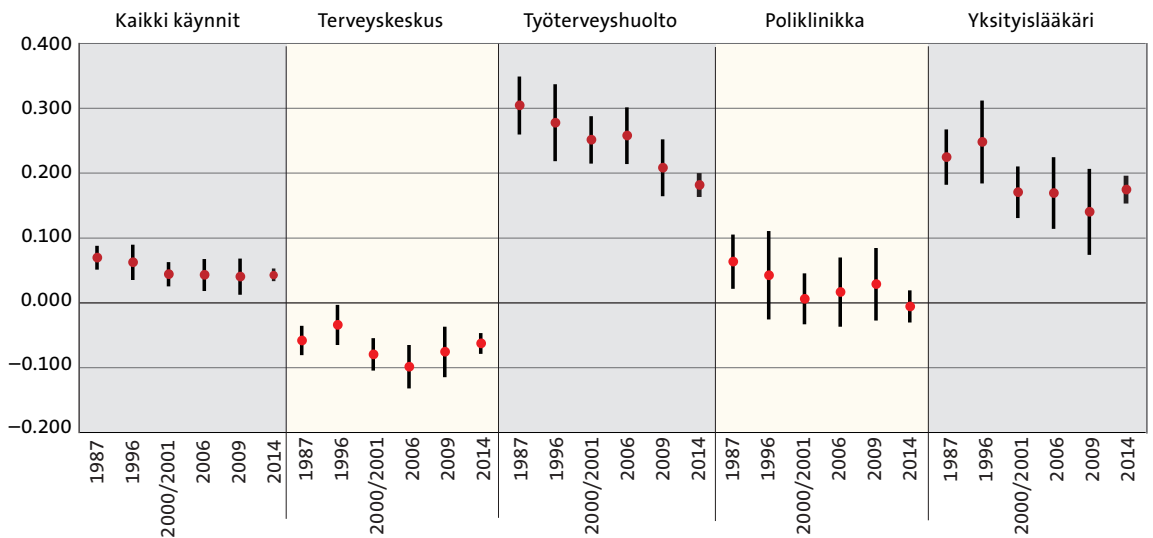
Avohoidon lääkäripalvelujen käytössä on vastaajien terveydentila huomioon ottaen raportoitu aiemmin suuria ja varsin pysyviä eroja. Suurituloiset käyttävät työterveydenhuollon ja yksityisiä lääkäripalveluja pienituloisempia enemmän tarve huomioon ottaen, kun taas terveyskeskusten lääkäripalvelut painottuvat pienituloisiin (Häkkinen & Nguyen 2010). Suomessa erot ovat kansainvälisesti katsoen poikkeuksellisen suuret (OECD 2013). OECD:n tutkijoiden laskelmien mukaan suurituloiset käyttävät lääkäripalveluja suhteessa tarpeeseen OECD-maista eniten Suomessa, USA:ssa ja Virossa.

Kuviossa 12.2 esitetään avohoidon lääkärisäkäyntien horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksit kaikille lääkärisäkäynneille sekä käynneille eri sektoreilla, kun sukupuoli, ikä sekä palvelujen tarve yleisen terveydentilan avulla tarkasteltuna otetaan huomioon (Kakwani ym. 1997). Oikeudenmukaisuusindeksin positiiviset arvot viittaavat siihen, että hyvätuloiset käyttävät palveluja tarve huomioon ottaen muita enemmän ja negatiiviset arvot vastaavasti, että alempiin



KUVIO 12.1. Avohoidon lääkäripalveluja viimeisten 12 kuukauden aikana käyttäneiden ikävakioidut osuudet (%) koulutusryhmittäin ja terveyspalvelusektoreittain 20-vuotiailla ja vanhemmilla miehillä ja naisilla 2018.

Lähde: FinSote 2017–2018.



KUVIO 12.2. Avohoidon lääkärikäyntien horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksit (ja niiden 95 %:n luottamusvälit) terveyspalvelusektoreittain vuosina 1987–2014.

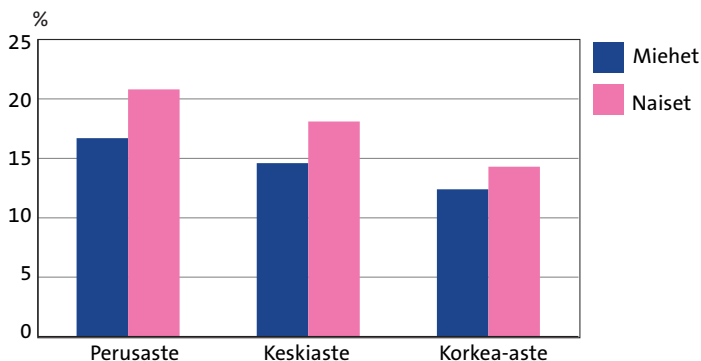
tuloryhmiin kuuluvat käyttävät enemmän palveluja. Kun tarkastellaan kaikkia lääkärisäkäyntejä, suurituloiset käyttivät palveluja koko tarkastelujakson ajan jonkin verran muita enemmän suhteessa tarpeeseen. Eriarvoisuus näyttää johtuvan pääosin yksityisten ja työterveyshuollon palvelujen käytöstä. Työterveyshuollon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

FinSote-tutkimuksessa ei havaittu koulutusryhmittäisiä eroja ennaltaehkäisevissä palveluissa kun tarkasteltiin erilaisten sairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvien verenpaineen, veren kolesterolin tai verensokerin mittauksia edeltävien viiden vuoden aikana. Vyötärön ympäryys ja paino oli mitattu useammin alempiin koulutusryhmiin kuuluilta.

Sosiaaliryhmittäiset erot tyydyttämättömässä palveluntarpeessa

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. Palvelurakenteeseen liittyviä

esteitä taas ovat palvelujen järjestämisen tavat, niiden kustannukset ja asiakasjot (Gulliford ym. 2002; Allin ym. 2009). Näitä puutteita palvelujen saatavuuden tarkastelussa on pyritty viime vuosina kansainvälisessä kirjallisuudessa paikkaamaan tarkastelemalla käytön lisäksi tyydyttämätöntä palveluntarvetta (Allin & Masseria 2009; Bryant ym. 2009; Allin ym. 2010; Shemeikka ym. 2014). Allin ja Masseria raportoivat väestön itse arvioimaa tyydyttämätöntä terveyspalvelujen tarvetta vuonna 2009 EU-maissa ja totesivat tyydyttymättömän palvelutarpeen keskittyneen Suomessa alempiin tuloryhmiin, kun tarve-erot otettiin huomioon (Allin & Masseria 2009). Muissa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu muun muassa sukupuolen, sosioekonomisen aseman, psykososiaalisten tekijöiden ja terveyskäyttämiseen liittyvien tekijöiden olevan yhteydessä tyydyttymättömään palvelutarpeeseen (Allin & Masseria 2009; Bryant ym. 2009; Allin ym. 2010; Shemeikka ym. 2014). Suomessa tyydyttämätöntä palveluntarvetta on tutkittu vähän, mutta avohoidon lääkärin vastaanottokäyntien tarve, toteutuneet käynnit että tyydyttämätön palvelutarve näyttävät olevan yleisimpiä matalasti koulutetuilla ja toimeentulovaikeuksia kokeneilla. Pääasiallisen toiminnan mukaan tyydyttämätön palvelutarve on yleisintä työttömillä (Manderbacka ym. 2012). Suomesta raportoitu tyydyttämätön avohoidon lääkäripalvelujen tarve ja sosioekonomiset erot tyydyttämättömässä palvelutarpeessa ovat olleet lähellä EU-maiden keskiarvoa (OECD 2013). Kuviossa 12.3 esitetään itse ilmoitetun tyydyttämättömän palvelutarpeen koulutusryhmittäiset erot vuonna 2018. Tyydyttämättömässä palvelutarpeessa oli selvä portaittainen lasku alemmista ylempiin koulutusryhmiin sekä miehillä että naisilla. Tyydyttämätön palveluntarve oli naisilla yleisempää kuin miehillä.



KUVIO 12.3. Tyydyttämätöntä palveluntarvetta kokevien ikävakioidu osuus (%) koulutusryhmittäin 20-vuotiailla ja vanhemmilla miehillä ja naisilla vuonna 2018. Lähde: FinSote 2017–2018.

Johtopäätökset

Avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen saatavuudessa ja käytössä näyttää olevan varsin pysyviä sosiaaliryhmittäisiä eroja, jotka eivät selity terveydentilan eroilla. On myös syytä huomata, että palvelujen saatavuudessa ja käytössä havaitut puutteet eivät rajoitu vain pieneen huono-osaisten joukkoon.

Vuodeosastohoito somaattisessa erikoissairaanhoidossa on tutkimusten mukaan jakautunut samalla tavalla kuin sairastavuus, eli alempien tuloryhmien on raportoitu olleen sairaalahoidojaksolla ylempiä useammin. Tuoreita tietoja sairaalahoidon jakautumisesta ei ole saatavilla, mutta vuosien 1995 ja 2010 välillä sairaalahoidon käyttö väheni tasaisesti, mikä johtunee väestön terveydentilan paranemisesta. Koko tarkastelujakson ajan sairaalahoidon käytössä havaittiin lähes säännöllinen portaittainen lasku alimmasta ylimpään tuloviidennekseen eli mitä alempi tuloryhmä sitä useampi oli käyttänyt somaattisia sairaalapalveluja (Manderbacka ym. 2014). Tämä vastaa tiedossa olevia sairastavuuseroja. Sairaalapalvelujen osalta ei ole arvioitu, ovatko palvelujen käytön muutokset kehittyneet tuloryhmittäin samassa suhteessa terveyserojen muutosten kanssa, kun esimerkiksi tuloryhmittäiset kuolleisuuserot kasvoivat tarkastelujaksolla (Tarkiainen ym. 2013).

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-lääkärivuorovaikutuksessa (Willems ym. 2005); Suomessa viitteitä tällaisista eroista on saatu sepevaltimotautipotilailla (Manderbacka 2005). Alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat näyttävät saavan ylempiä vähemmän tietoja sairaudestaan ja osallistuvan ylempiä ryhmiä harvemmin sairautensa 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 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 onkin edistytty. Terveyspalvelut eivät myöskään käytettävissä olevan tutkimustiedon valossa näytä kaikilta

osin vähentävän terveyseroja, vaan monin paikoin ylläpitävän ja jopa kasvattavan niitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon nykymallissa peruspalvelujen on todettu heikentyneen ja väestön terveyserojen kasvaneen. Myöskään yhdenvertaisuus ei nykymallissa toteudu, kun palvelujen saatavuus ja laatu vaihtelevat kunnittain. Valmisteilla olevan sote-uudistuksen voikin toivoa vahvistavan kaikille asukkaille avointa sosiaali- ja perusterveydenhuoltoa, jotta tarpeenmukaisen käytön tavoite toteutuisi tulevaisuudessa. Hyvinvointi- ja terveyseroja ei voida poistaa pelkillä sosiaali- ja terveyspalveluilla tai palvelujärjestelmää kehittämällä, mutta niillä on myös siinä tärkeä rooli.

Tämän luvun aikaisempi versio on julkaistu Suomen sosiaalinen tila -sarjan raporttina 2/2017: Manderbacka, Kristiina & Aalto, Anna-Mari & Kestilä, Laura & Muuri, Anu & Häkkinen, Unto (2017): Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Lähteet

- Allin, Sara & Masseria, Cristina (2009): Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth* 15, 7–9.
- Allin, Sara & Grignon, Michel & Le Grand, Julian (2010): Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Social Science & Medicine* 70, 465–72.
- Bryant, Toba & Leaver, Chad & Dunn, James (2009): Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health Policy* 91, 24–32.
- Gulliford, Martin & Figueroa-Munoz, Jose & Morgan, Myfanwy & Hughes, David & Gibson, Barry & Beech, Roger & Hudson, Meryl (2002): What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research and Policy* 7, 186–8.
- Häkkinen, Unto & Nguyen, Lien (2010): Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää enemmän. *Optimi* 2.
- Kakwani N, Wagstaff A, and van Doorslaer E. (1997) Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference. *Journal of Econometrics* 77: 87–103.
- Kela (2017): Työnantajien omilta työterveysasemilta saa työterveyshuoltopalvelut enää vain joka kymmenes työntekijä. Helsinki: Kela, tilasto- ja tietovarastoryhmä. <http://www.kela.fi/tilastojulkaisut> <http://hdl.handle.net/10138/179350>
- Kauppinen, Timo & Mattila-Holappa, Pauliina & Perkiö-Mäkelä, Merja & Saalo, Anja & Toikkanen, Jouni & Tuomivaara, Seppo & Uuksulainen, Sanni & Viluksela, Marja & Virtanen, Simo (2012): Työ ja terveys Suomessa 2012. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Leppo, Kimmo (2008): Kansanterveys, terveyserot ja yhteiskuntapolitiikka. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45, 228–38.

- Mackenbach, Johan P. & Stirbu, Irina & Roskam, Albert-Jan & Schaap, Maartje M. & Menvielle, Gwenn & Leinsalu, Mall & Kunst, Anton E. (2008): Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine* 358, 2468–81.
- Manderbacka, Kristiina & Arffman, Martti & Keskimäki, Ilmo (2014): Has socioeconomic equity increased in somatic specialist care: a register-based cohort study from Finland in 1995–2010. *BMC Health Services Research* 14:430, 6963-14-430.
- Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Keskimäki, Ilmo & Kaikkonen, Risto & Elovainio, Marko (2012): Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveystalouden saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 49, 4–12.
- Manderbacka, Kristiina (2005): Exploring gender and socioeconomic differences in treatment of coronary heart disease. *European Journal of Public Health* 15, 634–9.
- Mölläri, Kaisa & Vuorio, Satu (2016): Hoi-toonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2016 [Internet] Tilastokatsaus 17/2016; 2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016121931609>.
- Nolte, Ellen & McKee, Martin (2004): Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust.
- Nolte, Ellen & McKee, Martin (2008): Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis. *Health Affairs* 27, 58–71.
- OECD (2013): Health at a Glance 2013: OECD indicators. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- OECD (2013): OECD Framework for statistics on the distribution of household income, consumption and wealth. OECD Publishing.
- Shemeikka, Riikka & Rinne, Hanna & Manderbacka, Kristiina & Murto, Jukka & Kaikkonen, Risto (2014): Terveystalouden saatavuuden alue-erot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet). Teoksessa: Janne Jalava & Katja Borodulin & Pauliina Husu & Janne Härkönen & Sakari Karvonen ym. (toim.): ATH-tutkimuksen tuloksia – Järjestökentän tutkimusohjelma. Työpäpaperi 37/2014. Helsinki: Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, 28–36.
- Suomen perustuslaki; 11.6.1999/731.
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko (2013): The changing relationship between income and mortality in Finland, 1988–2007. *Journal of Epidemiology and Community Health* 67, 21–7.
- Terveystaloudenhuoltolaki 31.12.2010/1326.
- Vuorenkoski, Lauri & Mladovsky, Philippa & Mossialos, Elias (2008): Finland: Health system review. Health Systems in Transition. United Kingdom: WHO.
- Willems, Sara & De Maesschalck, Stéphanie & Deveugele, Myriam & Derese, Anselme & De Maeseneer, Jan (2005): Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling* 56, 139–46.