

Hallinnollisen ohjauksen vaikutus poliklinikkapalvelujen käytön alueelliseen tasa-arvoon

Reijo Salmela

THE EFFECTS OF ADMINISTRATIVE CONTROL ON REGIONAL EQUITY IN THE UTILIZATION OF GENERAL HOSPITAL OUTPATIENT SERVICES

Administrative Studies, vol. 7(1988): 2, 106—116.

Finnish health policy emphasizes the importance of the equal accessibility of the health services to various population groups. In order to guarantee equal accessibility, the state and the municipalities meet approximately 95 per cent of hospital costs and the social insurance system reimburses a part of travelling costs. A major determinant of the utilization of hospital services should be morbidity. Numerous studies, however, suggest that travelling time and travelling distance also effect the utilization of specialized services.

The study presented by the author explores the possible effects of distance on the utilization of specialized general hospital outpatient services in a sparsely populated area in eastern Finland. The area studied covers fourteen municipalities with a total population of 149,000 inhabitants within a radius of more than 100 kilometres of the University Central Hospital of Kuopio. Outpatient visits for the year 1983 are analyzed according to municipality in terms of age, sex and type of visit.

The analysis reveals that only first referral outpatient visits are fairly evenly distributed regardless of distance. For all age groups and for both men and women, emergency visits, repeat visits scheduled by hospital physicians as well as the total number of visits are all strongly dependent on the distance between the place of residence and the Central Hospital.

The author concludes that the various methods of administrative control such as information systems, state subsidies, resource allocation and decentralization have not been effective in realizing regional equity, which is one of the central goals of health policy.

Keywords: health care, public services, equality.

Reijo Salmela, Research Assistant, M.D., M.P.H.
Department of Community Health and General Practice, University of Kuopio, P.O. Box 6
SF-70211 Kuopio, Finland

Saap. 7. 4. 1988
Hyv. 8. 4. 1988

1. JOHDANTO

Suuret alueelliset ja sosiaaliryhmittäiset erot sairastavuudessa, kuolleisuudessa ja terveyspalvelujen saatavuudessa ovat olleet Suomen terveyspolitiikan keskeisiä ongelmia 1970- ja 1980-luvuilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986, 13—21, 38). Näitä ongelmia pyrittiin 1970-luvun alussa ratkaisemaan terveydenhuollon organisatorisilla ja hallinnollisilla toimenpiteillä. Tu-loksena olivat muun muassa kansanterveyslain säätäminen (1972) ja terveydenhuollon 5-vuotis-suunnitelmat kansanterveystyöhön ja erikois-sairaanhoitoon (Kaipainen 1975, 83—89).

Terveyspolitiikan keskeiseksi tavoitteeksi onkin 1970-luvun alusta lähtien katsottu väestön mahdollisimman hyvä terveydentaso ja sen tasanen jakaantuminen (Talousneuvosto 1972, 9, Sosiaali- ja terveysministeriö 1985, 11—12). Suomen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman mukaan sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumisen valvonta on yhteiskunnan tärkein tehtävä. Siihen liittyen on alueellisten ja sosiaaliryhmittäisten sairastavuuserojen kaventuminen lähivuosisikymmenten keskeinen terveyspoliittinen tavoite (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986, 5, 48).

Eräs perustavaa laatua oleva oikeudenmukaisen yhteiskunnan kriteeri John Rawlsin mukaan on se, että yhteiskunnan perushyötyjä (esim. terveyspalveluita) koskevat sosiaaliset epätasa-arvoisuudet ovat hyväksyttävissä vain silloin, kun ne ovat suurimmaksi hyödyksi yhteiskunnan huono-osaisimmille (Heiskanen 1977, 34—35). Tätä kriteeriä on Suomessa sovellettu julkiseen terveydenhuoltoon ohjaamalla kansanterveyslain mukaisia voimavaroja eniten suurimman sairastavuuden alueille Itä- ja Pohjois-Suomeen (Sosiaali- ja terveysministeriö 1987, 9—20). Terveyspolitiikan tavoitteena on jatkosakin huolehtia ensisijaisesti huono-osaisten yksilöiden ja väestöryhmien tarpeista (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986, 69).

Tässä artikkelissa tarkastellaan empiiriseen aineistoon perustuen alueellisen tasa-arvon to-

teutumista käytännössä. Tulosten perusteella arvioidaan tasa-arvoon tähtäävän hallinnollisen ohjausjärjestelmän toimivuutta. Esimerkkinä ovat alueelliset erot keskussairaalan poliklinikkapalvelujen käytössä. Poliklinikakäynnit ovat yhteiskunnalle kalleimpia avohoitopalveluja. Siksi niiden käytössä on syytä tavoitella tasa-arvoa paitsi periaatteellisista myös taloudellisista syistä. Esimerkiksi vuonna 1985 keskimääräiset käyntikustannukset yliopistollisten keskussairaaloiden poliklinikoilla olivat 486 mk ja muiden keskussairaaloiden poliklinikoilla 380 mk (Sairaalaliitto 1986, 28).

Terveyspoliittisin keinoin on pyritty luomaan edellytykset siihen, että kaikilla kansalaisilla olisi varallisuudesta ja asuinpaikasta riippumatta yhtäläiset mahdollisuudet käyttää terveyspalveluja. Terveyspalvelujen tarjonnan alueellisia eroja on pyritty vähentämään, jotta palvelut olisivat kaikkien saavutettavissa. Erikoissairaanhoidon poliklinikkapalveluissa on tasa-arvoa pyritty edistämään kehittämällä koko maahan porrastettu lähete- ja hoitojärjestelmä, säätämällä poliklinikkamaksut alhaisiksi ja korvaamalla sairausvakuutuksen kautta matka- ja ansionmenetykskustannuksia. Poliklinikat on tarkoitettu vain erikoislääkäritasoista tutkimusta ja hoitoa tarvitseville potilaille. Siksi poliklinikalla tutkitaan päivystystapauksia lukuunottamatta yleensä vain potilaita, joilla on lähete (Valtakunnalliset suunnitelmat... 1974, 16, Komiteanmietintö 1982: 19, 2—4).

Edellä mainittujen hoitoon hakeutumisen mahdollisuuksia ja hoitoon pääsyä koskevien periaatteiden toteutuessa keskussairaalan poliklinikkapalvelujen käyttö jakaantuisi väestöön suhteutettuna alueellisesti tasaisesti, ja mahdolliset alueelliset erot johtuisivat lähinnä väestön alueellisista sairastavuuseroista. Tällöin toteutuisi terveyspalvelujen käytön tasavertaisuuden periaate, jonka mukaan ikä- ja sukupuoli-ryhmittäisen sairastavuuden tulisi olla tärkein terveyspalvelujen käyttöön vaikuttava tekijä (Andersen ym. 1975, 10).

2. AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA LÄÄKÄRI-PALVELUJEN SAAVUTETTAVUUDESTA

Poliklinikkapalvelujen *saatavuus* (availability) on periaatteessa turvattu Suomessa sillä, että kaikki kunnat on veloitettu kuulumaan johonkin keskussairaalakuntaliittoon, jolloin väestöllä on oikeus keskussairaalan käyttämiseen yleisen hoidonporrastuksen mukaisesti. Tämä

oikeus ei kuitenkaan merkitse poliklinikkapalvelujen yhtäläistä *saavutettavuutta* (accessibility) eri väestöryhmille. Saavutettavuuden ongelmat voivat ilmetä useilla tavoilla, joita tarkastellaan seuraavassa Suomen terveydenhuoltoon sovellettuna lähinnä Deverin (1980, 251—261 ja 1984, 214—216) esittämän erittelyn mukaisesti.

Maantieteellistä saavutettavuutta (geographical accessibility) voidaan mitata joko palvelujen etäisyytenä potilaista, matkustamiseen kuluvana aikana tai matkakustannusten mukaan. Kaukana asuvilla saattavat etäisyydestä johtuvat matkustushankaluudet, käyntiin kuluva aika ja myös etäisyyden mukana nousevat todelliset potilaan maksettavaksi jäävät matkakustannukset vähentää poliklinikakäyntihalkuutta. Matkustamiseen kuluva aika on todettu tärkeimmäksi tekijäksi palvelupisteen valintapäätöksissä (Cohen & Lee 1985). Erityisesti pienituloisissa perheissä on todettu haluttomuutta pitkiin sairaalamatkoihin (Bosanac ym. 1976). Nämä terveyspalvelujen käytön piirteet merkitsevät Suomessa terveyskeskusten korostumista palvelujen järjestäjänä kaukana poliklinikasta sijaitsevilla kunnissa.

Vuonna 1976 olivat lääkärin puute tai etäisyys ja varojen puute Suomessa yleisimmät esteet hoitoonhakeutumiselle. Yli 14 kilometrin etäisyydellä lääkäristä asuvista noin 70 % piti matkaa liian pitkänä tai muuten hankalana. Lähimmän lääkärin etäisyys vaikutti selvästi lääkärikäyntien tiheyteen ja erityisesti hoitoonhakeutumiseen akuuteissa sairauksissa. Vuonna 1976 asuinpaikan syrjäisyys vähensi lääkäripalvelujen käyttöä enemmän kuin ennen sairausvakuutusta vuonna 1964 (Kalimo 1969, 141, Kalimo ym. 1982, 171—176). Lääkärikäyntien määrän on todettu olevan sitä suurempi, mitä korkeampi on asuinkunnan lääkäritiheys (Purola ym. 1967, 255—256, Kalimo ym. 1982, 164—168).

Koska keskussairaalassa hoidetaan lähinnä vakavia tai korkeaa spesialisoitumista edellyttäviä sairauksia, maantieteellisten tekijöiden ei pitäisi oleellisesti vaikuttaa poliklinikakäynteihin. Erikoislääkäreille matkustetaankin mieluummin pitkiä matkoja kuin yleislääkärille (Weiss ym. 1971). Etäisyyden vaikutus käyntimääriin vaihtelee diagnooseittain (Mayer 1983).

Ajallinen saavutettavuus (temporal accessibility) tarkoittaa aikaa, jolloin poliklinikalle voi käytännössä päästä. Koska ajanvarauskäynnille tulisi yleensä tulla aamupäivällä, voi kaikenikäisillä potilailla olla kulkuyhteyksiin liittyviä esteitä ja työikäisillä työstä johtuvia esteitä vähen-

tämässä kauempana asuvien poliklinikkakäyn-
tejä.

Sosiaalinen saavutettavuus (social accessibility) voidaan jakaa kahteen osaan. Palvelujen hyväksyttävyyttä (acceptability) viittaa niihin psykologisiin, sosiaalisiin ja kulttuurisiin tekijöihin, jotka voivat lisätä tai vähentää joidenkin väestöryhmien hoitoonhakeutumista tai hoidon jatkamista (esimerkiksi halutaan tiettyä sukupuolta olevalle lääkärille). Samat tekijät voivat vaikuttaa siten, ettei lääkäri halua nähdä uusintakäynneillä kaikkia potilaita yhtäläillä. Esimerkiksi kommunikointi saattaa olla helpompaa paremmin koulutettujen kaupunkilaisten kanssa kuin keskimäärin vähemmän koulutusta saaneiden, useammin alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvien maalaiskuntien asukkaiden kanssa, joilla lisäksi palvelujen koettu tarve ja hoitomotiivaatio saattaa olla heikompi (Townsend 1974, Culyer 1976, 19–28).

Hoitoonhakeutumisen taloudelliset mahdollisuudet (affordability) saattavat vaikuttaa poliklinikkapalvelujen käyttöön, koska kauempana keskussairaalaista sijaitsevissa maalaiskunnissa esimerkiksi keskimääräinen tulotaso on yleensä alhaisempi ja työkyvyttömyyseläkeläisten osuus suurempi kuin keskussairaalan sijaintikunnassa. Kaikki eivät saa täyttää ansionmenetyksen korvausta käyntiin kuluneesta ajasta, jolloin ansionmenetyksen on keskimäärin suurempi kaukana asuville.

Suomessa on Sosiaaliturvan tutkimuslaitok-

sen edellämäinöissä laajoissa haastattelututkimuksissa (ks. Purola ym. 1967, Kalimo ym. 1982) selvitetty lähimmän lääkärin etäisyyden vaikutusta lääkärikäyntien määrään. Lisäksi on selvitetty yleissairaalapalvelujen etäisyyttä asuinpaikasta eri puolilla Suomea (Kalimo 1967). Analysoitaessa keskussairaalan vuosikertomustietoja on todettu, että asukaslukuun suhteutettu poliklinikkakäyntien määrä laskee kunnan etäisyyden keskussairaalaista kasvaessa (Salmela & Tuomainen 1985, 40, Rissanen & Piironen 1987, 35). Tarkemmin ei ole tutkittu sitä, mihin väestöryhmiin ja minkälaisiin käynteihin tämä etäisyyden valikoiva vaikutus lähinnä kohdistuu, ja selittyvätkö palvelujen käytön etäisyyteen liittyvät alueelliset erot muiden erikoislääkäripalvelujen käytöllä tai väestön alueellisilla sairastavuuseroilla. Tutkimuksen empiirisessä osassa pyritään etsimään vastauksia näihin kysymyksiin.

3. AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusalueena ovat ne Kuopion yliopistolaisen keskussairaalaaliiton (KYKS) 14 kuntaa, jotka saavat erikoislääkäritasoiset yleissairaalan poliklinikkapalvelut ainoastaan KYKS:sta (kunnat eivät kuulu aluesairaalakuntainliittoihin). Keskussairaalaapiirin 10 muun kunnan asukkaat käyttävät sekä keskus- että aluesairaalapalveluja. Koska aluesairaaloista ei ollut saatavissa iän ja sukupuolen mukaan eriteltyjä tietoja po-

Taulukko 1. Poliklinikkakäynnit KYKS:ssa tutkimusalueen kunnista vuonna 1983 (kunnat etäisyysjärjestyksessä)

Kunta	Etäisyys Kuopiosta (km)	Päivystys- käynnit		Ensi- käynnit		Uusinta- käynnit		Käynnit yhteensä	
		Ikem.	/1000 as.	Ikem.	/1000 as.	Ikem.	/1000 as.	Ikem.	/1000 as.
Kuopio	0.0	13 990	182	8 087	105	25 386	331	67 430	878
Siilinjärvi	22.6	1 412	87	1 639	101	4 499	277	10 835	665
Maaninka	43.5	257	60	418	97	1 083	251	2 603	603
Karttula	44.5	322	101	344	108	860	270	2 124	667
Vehmersalmi	47.2	305	128	252	106	737	309	1 812	762
Tervo	51.5	194	83	239	102	656	280	1 573	671
Leppävirta	53.9	412	36	940	81	2 552	220	5 671	490
Nilsia	54.1	496	63	856	108	2 084	263	4 743	600
Kaavi	55.3	237	52	449	98	1 251	273	2 715	593
Tuusniemi	56.6	263	65	475	119	1 175	293	2 562	638
Juankoski	63.0	447	64	845	122	1 832	264	4 284	616
Vesanto	73.9	221	64	322	93	812	234	1 840	531
Keitele	101.9	126	37	194	57	649	191	1 459	429
Rautavaara	102.6	193	58	333	100	770	232	1 805	543
Yhteensä		18 875	125	15 393	102	44 346	295	111 456	740

liklinikkäkäynneistä, jätettiin nämä kunnat pois tarkastelusta.

Aineistona ovat kunnittaiset käyntiluvut keskussairaalan poliklinikalla vuonna 1983 eriteltynä iän, sukupuolen ja käyntityypin mukaan (Rissanen & Piironen 1987, 241—244). Käyntilukumäärät suhteutettiin kuntien väestöön käyttäen ajankohdan 31. 12. 1983 väestötietoja (Tilastokeskus 1984). Tutkimusalueen asukkaiden tekemät päivystyskäynnit (potilas saapuu ilman ajanvarausta), ajanvarauskäynnit (ensikäynnit ja uusintakäynnit) sekä kaikki käynnit on esitetty kunnittain taulukossa 1.

Ensikäynnit tarkoittavat ensimmäistä käyntiä poliklinikalla lääkärin läheteellä. Uusintakäynnteihin sisältyvät jatkokäynnit poliklinikalla (kun edellisestä käynnistä on korkeintaan 4 kk), osa toisen erikoisalun lähettämistä konsultaatiopotilaista, osastohoidon jälkeiset jälkitarkastuskäynnit sekä käynnit sairaanhoitajan tai vastaavan henkilön antamissa hoidoissa. Kaikkien käyntien kokonaismäärään sisältyvät myös avustavat käynnit (mm. osastopotilaan tutkiminen poliklinikalla ennen osastolle menoa ja poliklinikkahenkilökunnan konsultaatiot osastolla (Rissanen & Piironen 1987, 17—18 ja 30).

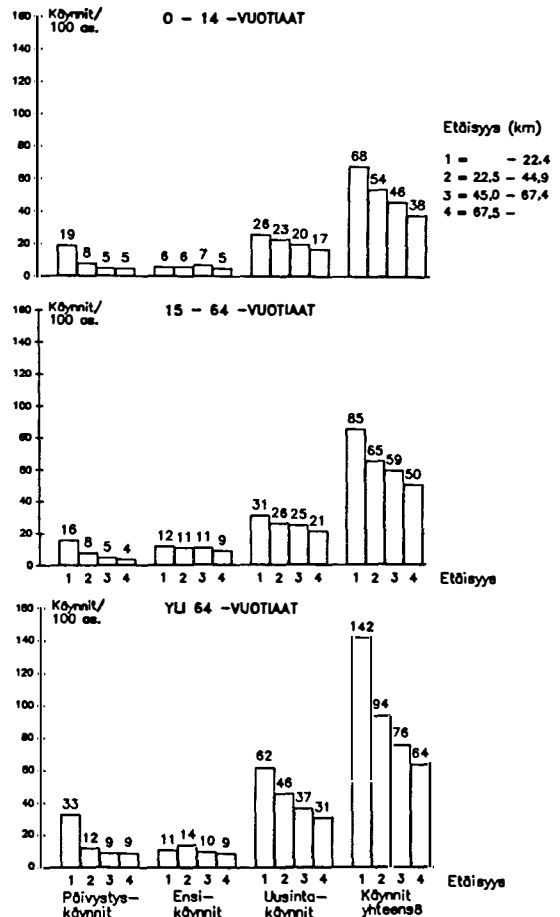
Kunnan etäisyytenä keskussairaalaan käytiin maantiekartastosta mitattua kunnan keskustaajaman lyhintä etäisyyttä Kuopiosta. Kunnat jaettiin neljään etäisyysryhmään seuraavasti (käyttäen jakoperusteena sekä kuntien että väestön jakautumista etäisyyden mukaan):

Etäisyysryhmä	Etäisyys Kuopiosta (km)	Kuntien lkm	Kuntien asukasluku 31.12.83
1	—22.4	1 (= Kuopio)	75 972
2	22.5—44.9	3	23 500
3	45.0—67.4	7	39 952
4	67.5—	3	10 298
Yht.		14	149 722

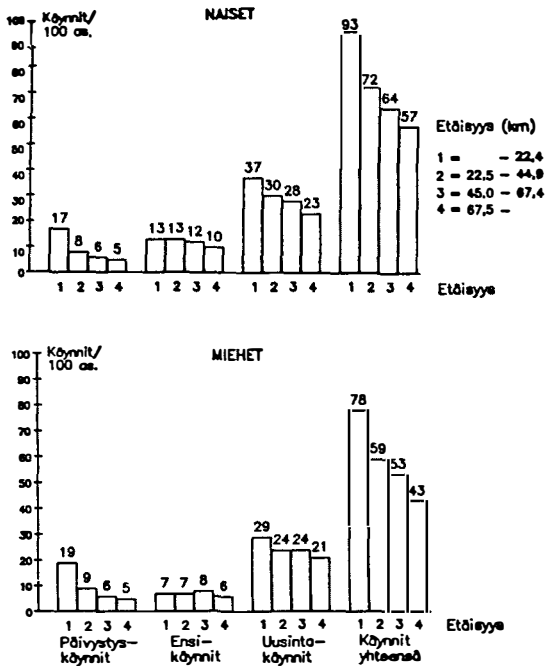
Etäisyyden yhteyttä poliklinikkäkäyntien määrään eri ikä- ja sukupuoliyryhmissä kuntatasolla tutkittiin myös regressioanalyysillä, jolloin etäisyyttä käytettiin jatkuvana muuttujana. Regressiosuorien kulmakerrointen erojen testauksilla selvitettiin, vaikuttaako etäisyys eri käyntityyppeihin (päivystys-, ensi- ja uusintakäynnit) sekä kaikki käynnit eri tavalla, ja onko kussakin käyntityypissä etäisyydellä erilainen vaikutus eri väestöryhmissä joko iän mukaan (lapset, aikuiset ja vanhuks) tai sukupuolen mukaan (naiset ja miehet, kaikki ikäryhmät) tarkastelutuna.

4. TULOKSET

Ensikäyntien määrä ei ollut yhteydessä keskussairaalan ja kunnan väliseen etäisyyteen. Sen sijaan päivystyskäynnit, uusintakäynnit ja kaikki poliklinikkäkäynnit yhteensä vähenivät selvästi asuinkunnan etäisyyden keskussairaalaan kasvaessa (kuvio 1). Etäisimmistä kuntaryhmästä tehtyjen päivystyskäyntien määrä oli kaikissa ikäryhmissä vain noin neljäsosa Kuopion käyntimäärästä. Uusintakäyntejä tekivät etäisimpään kuntaryhmään kuuluvat lapset ja aikuiset noin 30 % ja vanhuksat noin 50 % vähemmän kuin kuopiolaiset. Etäisyysryhmien väliset erot käyntien yhteismäärässä olivat suurimmat yli 64-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa kuopiolaiset tekivät poliklinikkäkäyntejä 2.2-kertaisesti kauimmaisen kuntaryhmän vanhuksiin verrattuna (kuvio 1).



Kuvio 1. Lasten (0—14-vuotiaat), aikuisten (15—64-vuotiaat) ja vanhusten (yli 64-vuotiaat) poliklinikkäkäynnit KYKS:ssa asuinkunnan etäisyyden mukaan vuonna 1983.



Kuvio 2. Naisten ja miesten poliklinikkakäynnit KYKS:ssa asuinkunnan Kuopiosta mitatun etäisyyden mukaan vuonna 1983.

Naiset tekivät 55 % kaikista poliklinikkakäynneistä, mutta ensikäyntien määrä oli eri etäisyysryhmissä naisilla lähes kaksinkertainen miehiin verrattuna (kuvio 2). Asuinkunnan etäisyyden vaikutus poliklinikkakäyntien määrään oli varsin samanlainen sekä naisilla että miehillä.

Vaikka ensikäynnit jakaantuivat etäisyysryhmittäisessä tarkastelussa (kuviot 1 ja 2) varsin tasaisesti, oli yksittäisten kuntien välillä huomattavia eroja ensikäyntien määrässä. Kunnittain tarkasteltuna vaihteli ensikäyntien ikäryh-

män väestöön suhteutettu määrä lapsilla 2-keraisesti ja työikäisillä sekä vanhuksilla 2.3-keraisesti poliklinikkapalveluja eniten ja vähiten käyttäneen kunnan välillä.

Etäisyyden yhteys kunnittaisten poliklinikkakäyntien määrään osoittautui varsin erilaiseksi eri käyntityypeissä. Taulukossa 2 on esitetty tulokset koko tutkimusalueen väestölle laskeutusta regressioyhtälöistä, joissa selitettävänä oli poliklinikkakäyntien määrä 1000 asukasta kohti ja selittävänä tekijänä etäisyys (kilometreinä). Vakio osoittaa regressiosuoran leikkauspistettä y-akselilla. Regressiosuoran kulmakerroin (= regressiokerroin) osoittaa, paljonko yhden kilometrin lisäys etäisyydessä keskimäärin vähentää käyntejä vuodessa 1000 asukasta kohti. Tilastollisen merkitsevyyden p-arvot osoittavat, että ensikäyntejä lukuunottamatta regressiokertoimet poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi nolasta. Korrelaatiokertoimen neliö (R^2) osoittaa, mikä on etäisyyden selitysosuus kuntien välisestä vaihtelusta poliklinikkakäyntien määrässä.

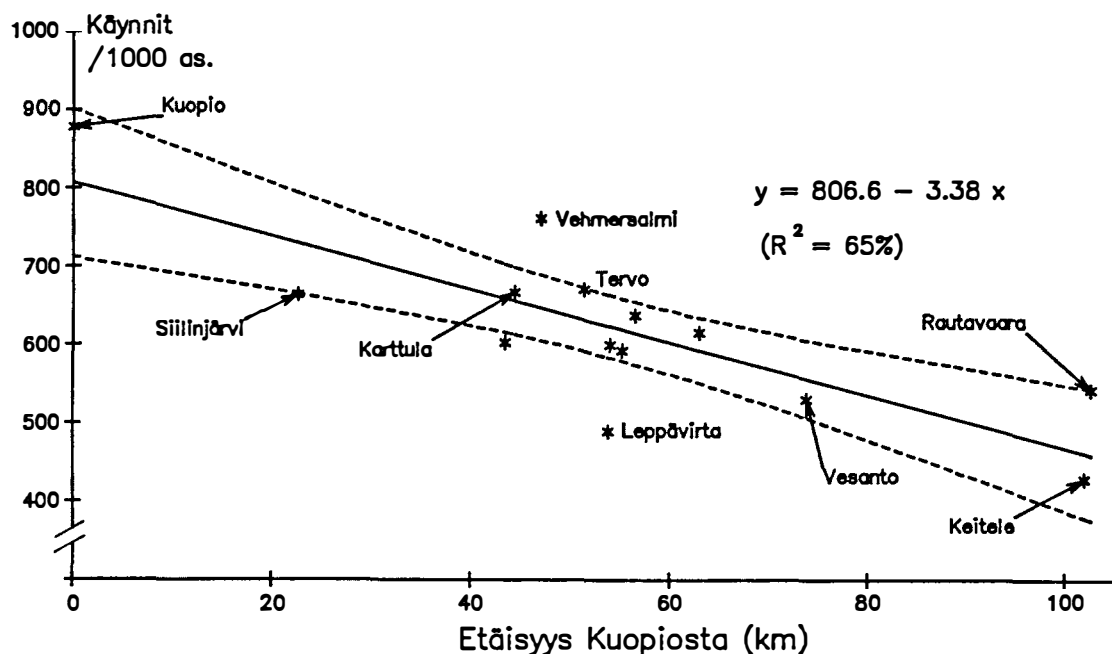
Päivystyskäyntien, ensikäyntien ja uusintakäyntien regressiosuoran kulmakerroin poikkesi tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($p \leq 0.001$) kaikkien poliklinikkakäyntien regressiokertoimesta. Etäisyyden vaikutus oli voimakkain poliklinikkakäyntien yhteismäärään, jossa myös etäisyyden selitysosuus kuntien välisestä käyntitiheyden vaihtelusta oli suurin (65 %).

Regressiosuorien kulmakerrointen vertailut osoittivat, että etäisyyden keskussairaalaista kasvaessa vähenivät päivystyskäynnit eniten vanhuksilla ja sukupuolittain tarkasteltuna miehillä. Myös uusintakäyntien määrä väheni etäisyyden kasvaessa eniten vanhusten ikäryhmässä.

Kuviossa 3 on havainnollistettu sirontakuviolla kaikkien poliklinikkakäyntien ja kuntien etäisyyden välistä yhteyttä (etäisyydet esitetty

Taulukko 2. Asuinkunnan etäisyyden ja KYKS:n poliklinikkakäyntien välinen riippuvuus eri käyntityypeissä regressioanalyysillä tarkasteltuna.

Käynnit 1000 asukasta kohti	Vakio	Regressiosuoran kulmakerroin	Kulmakertoimen keskivirhe (SE)	p-arvo	Etäisyyden selitysosuus R^2 (%)
Päivystyskäynnit	134.4	-1.04	0.29	0.0040	51
Ensiikäykynnit	113.6	-0.25	0.15	0.1298	18
Uusintakäynnit	321.7	-1.06	0.25	0.0011	60
Kaikki käynnit yhteensä	806.6	-3.38	0.71	0.0005	65



Kuvio 3. KYKS:n poliklinikkakäyntien ja asuinkunnan etäisyyden välinen riippuvuus (kaikki käynnit, 14 kuntaa), sekä riippuvuutta kuvaava regressiosuora ja sen 95 %:n luottamusväli (katkovivvat).

taulukossa 1). Regressiomalli soveltuu hyvin kunnittaisen vaihtelun selittämiseen lukuunottamatta kahta kuntaa (Vehmersalmi ja Leppävirta).

Poliklinikkakäyntien väheneminen etäisyyden kasvaessa olisi ymmärrettävissä avohoidon erikoislääkäripalvelujen tarpeenmukaisen käytön kannalta, mikäli myös sairastavuus laskisi tai muiden erikoislääkäripalvelujen käyttö lisääntyisi etäisyyden mukana. Kuntien etäisyyden ja sairastavuuden yhteyttä tarkasteltiin käyttäen kunnittaisia työkyvyttömyyseläkeläisten ja kokonaan korvattuja lääkkeitä käyttäneiden väestöosuuksia sekä sairaudesta johtuvien päivärahopäivien määriä (Kansaneläkelaitos 1983 a). Näistä kaksi ensiksi mainittua ilmaisee karkeasti pitkäaikaissairauksien ja päivärahopäivät lyhytaikaisemman sairastavuuden esiintymistä. Ikävakiomattoman sairastavuuden ja kunnan etäisyyden väliset korrelaatiokertoimet olivat näillä sairastavuusmittareilla 0.50 (työkyvyttömyyseläkeläiset), 0.41 (ilmaislääkkeet) ja 0.35 (sairauspäivärahopäivät). Yleisesti ottaen sairastavuus lisääntyi etäisyyden kasvaessa päinvastoin kuin poliklinikkakäynnit, eikä poliklinikkakäyntien vähenemistä etäisyyden kas-

vaessa siten voida perustella sairastavuuseroilla.

Muut erikoislääkärikäynnit painottuivat tutkimusalueella voimakkaasti Kuopioon ja sen lähiympäristöön, eikä niiden käyttö siten selittänyt poliklinikkakäyntien vähenemistä etäisyyden kasvaessa. Terveyskeskusten vuosikertomusten mukaan tutkimusalueen terveyskeskuksissa oli vuonna 1983 erikoislääkärikäyntejä yhteensä vain 1080 (joista Kuopiossa 82 %). Yksityislääkärikäyntejä (joista noin 71 % tehtiin erikoislääkärille) suorittivat tutkimusalueen 14 kunnan asukkaat vuonna 1983 seuraavasti (Kansaneläkelaitos 1983 b, 5 ja 1984, 103):

Kunnan etäisyys Kuopiosta	Käynnit/100 as.
—22.4	102.7
22.5—44.9	47.7
45.0—67.4	26.1
67.5—	24.1
Yhteensä	68.4

Käynnit tutkimusalueen ulkopuolisissa keskus- tai aluesairaaloissa sekä sairaalalääkärei-

den konsultaatiokäynnit terveyskeskuksissa olivat niin vähäisiä, että niillä ei ole merkitystä suoritettussa etäisyyden mukaisessa tarkastelussa (Rissanen & Piironen 1987, 9—16). Yleislääkärin terveyskeskuskäynnit lisääntyivät kolmessa ensimmäisessä etäisyysryhmässä etäisyyden Kuopiosta kasvaessa, ja ilmeisesti ne osittain korvasivat poliklinikkakäyntejä etenkin kauempana sijaitsevilla kunnissa.

5. POHDINTA

Kuntien etäisyysryhmittäinen tarkastelu (kuviot 1 ja 2) osoittaa, että etäisyys vähentää keskussairaalan poliklinikan käyttöä kaikissa ikä- ja sukupuoliryhmissä. Eniten etäisyys vaikuttaa päivystys- ja uusintakäyntien määrään. Sairastavuuden alueellinen jakaantuminen ja muiden erikoislääkäripalvelujen tarjonta ja käyttö eivät selitä poliklinikkakäyntien vähenemistä etäisyyden mukana. Poliklinikkakäyntien väheneminen etäisyyden kasvaessa liittyy keskussairaalan palvelujen saavutettavuuteen, mutta saavutettavuuden eri osatekijöiden keskinäistä tärkeysjärjestystä ei voida tutkimusaineiston perusteella tarkemmin osoittaa.

Tässä saadut tulokset poliklinikka-, terveyskeskus- ja yksityislääkärikäyntien vuorovaikutuksesta ovat pääosin samansuuntaisia kuin Kekillä, jonka tutkimus perustui koko maan terveyskeskusalueittaiseen aineistoon vuodelta 1975. Kekin mukaan terveyskeskuslääkäreiden lisääminen vähentää poliklinikkakäyntejä. Myös sairaalalääkärien määrän lisääminen vähentää Kekin mukaan poliklinikkakäyntejä, jotka silloin korvautuvat osittain yksityislääkärikäynneillä (Kekki 1979, 76—77). Tällaista korvautumista tässä tutkimuksessa on todettavissa ainoastaan vanhusten ensikäynneissä. Lääkäripalvelujen rakenne oli vuonna 1975 voimakkaasti vinoutunut siten, että suurissa kaupungeissa käytettiin runsaasti yksityisen ja julkisen sektorin erikoislääkäripalveluja, kun taas maaseudulla käytettiin pääasiassa yleislääkärien palveluja, ja erikoislääkäripalvelujen saavutettavuus oli heikko (Kekki 1980). Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että terveydenhuollon suunnittelulla ei ole pystytty vielä 1980-luvullakaan korjaamaan saavutettavuudesta johtuvia erikoislääkäripalvelujen käytön alueellisia eroja ja palvelurakenteen vinoutumia.

Läheteellä tapahtuvat ensikäynnit kuvastavat parhaiten avohoitolääkärien harkitsemmaa erikoislääkärin tutkimus- ja hoitotarvetta. En-

sikäyntien määrä ei riippunut etäisyydestä, vaikka alhaisen sairastavuuden ja runsaan yksityisten erikoislääkäripalvelujen käytön perusteella niitä olisi odottanut olevan vähemmän Kuopiossa kuin tutkimusalueen muissa kunnissa.

Päivystyskäyntien selvä väheneminen etäisyyden keskussairaalaan lisääntyessä selittyy sillä, että osittain kyseessä on potilaiden oma päätös hakeutua suoraan lähellä sijaitsevaan mahdollisimman korkeatasoiseen hoitopaikkaan. Tutkimusaineiston perusteella ei voida eritellä lääkärin läheteellä tehtyjä päivystyskäyntejä erikseen potilaan omaan päätökseen perustuvista päivystyskäynneistä. Sairaalapoliklinikan etäisyys vaikuttaa myös lääkäreiden lähetepäätöksiin kiireellisissä tapauksissa. Ajanvarauksella suoritettavat uusintakäynnit ovat käyntejä, joista keskeisesti päättää poliklinikan lääkäri. Kunnittaiset erot uusintakäyntien määrässä ovat suurelta osin heijastusta päivystys- ja ensikäyntien määrän vaihtelusta.

Kuntien välisiä poliklinikkakäyntien eroja tarkasteltaessa on nähtävissä, että myös terveyskeskusten palvelutaso (arvioituna lähinnä henkilökunnan ja suoritteiden määrällä ks. Kuopion lääninhallitus 1984, 69, 74, Salmela & Tuomainen 1985, 34) vaikuttaa erityisesti päivystyskäynteihin keskussairaalaan. Kuopiossa oli lääkäreitä ja muuta henkilökuntaa vähemmän kuin tutkimusalueella keskimäärin, mikä vaikeutti riittävän avosairaanhoidon palvelutason ylläpitämistä. Vehmersalmella ja Leppävirralla olivat terveyskeskusten henkilökunta- ja muut voimavarat tutkimusalueen parhaita. Vehmersalmen terveyskeskus ei kuitenkaan erittäin pienen väestöpohjansa (noin 2400 asukasta) vuoksi pystynyt ylläpitämään riittävää päivystys- ja tutkimusvalmiutta, mikä johti varsin runsaaseen keskussairaalan käyttöön. Sen sijaan Leppävirran voi pitää esimerkkinä kunnasta, jossa terveyskeskuksen palvelutaso oli hyvä. Leppävirran asukkaat teki päivystyskäyntejä 71 %, ensikäyntejä 21 %, uusintakäyntejä 25 % ja poliklinikkakäyntejä yhteensä 34 % vähemmän kuin tutkimusalueen asukkaat keskimäärin. Leppävirtaa voidaankin käyttää esimerkkinä hyvin toimivasta terveyskeskuksesta ja tavoiteltavasta avohoidon porrastuksesta terveyskeskuksen ja keskussairaalan välillä. Leppävirtaa vertailuperusteena käyttäen tekivät kuopiolaiset liikaa päivystyskäyntejä 405 %, ensikäyntejä 30 %, uusintakäyntejä 50 % ja poliklinikkakäyntejä yhteensä 79 %.

Päivystys- ja ensikäyntien suhde uusintakäynteihin (taulukko 1) oli runsaasti keskussai-

raalan poliklinikkaa käyttävillä kunnilla noin 2, mutta vähän poliklinikkaa käyttävillä kunnilla vain 1,2—1,3. Tämä viittaa siihen, että hyvin toimivista terveyskeskuksista tulee keskussairaalaan tutkittavaksi potilaita vähän, ja potilaiden lähettäminen perustuu yleislääkärin huolelliseen harkintaan. Näistä potilaista valtaosa tarvitsee myös keskussairaalan lääkäreiden mielestä keskussairaalan tutkimusta ja hoitoa ja siten useampia uusintakäyntejä. Toisaalta heikomman palvelutason terveyskeskuksista tulee poliklinikalle enemmän potilaita, jotka eivät kaipaa keskussairaalan lisäselvityksiä.

Avohoidon lääkäripalvelujen porrastus terveyskeskuksen ja keskussairaalan välillä vaikuttaa oleellisesti myös kuntien terveydenhuoltoon. Vuoden 1982 tietojen perusteella on arvioitu, miten Kuopion läänin terveydenhuoltokustannusten tulisi jakaantua, jotta ne vastaisivat kuntien väestörakenteen ja sairastavuuden perusteella laskettua palvelu- ja kustannustarvetta (Pekurinen ym. 1987, 50—57). Laskelmien mukaan olisi yleissairaaloiden poliklinikakustannuksia pitänyt Kuopiossa vähentää 32 % ja Leppävirralla lisätä 67 %. Koko avohoidon käyttömenoja olisi Kuopiossa pitänyt vähentää 3,5 % ja Leppävirralla lisätä 9,7 %. Tämä osoittaa, että hyvin toimivat terveyskeskuspalvelut vähentävät myös kunnan avohoidon kokonaiskustannuksia, ja terveyskeskusten heikko palvelutaso käy kunnalle ja valtiolle kalliiksi johtaessaan tarpeettoman runsaaseen kalliiden poliklinikkapalvelujen käyttöön.

Kuopiolaiset tekivät tutkimusalueella suhteellisesti eniten käyntejä sekä keskussairaalan poliklinikalle että yksityislääkärille. Poliklinikkapalvelujen hyvän saavutettavuuden ja yksityispalvelujen hyvän saatavuuden ohella tähän vaikuttanee heikko lääkärihoidon jatkuvuus. Sen on todettu lisäävän käyntien kokonaismäärää silloin, kun saatavilla on runsaasti erilaisia lääkäripalveluja (Kronenfeld 1978).

Poliklinikakäyntien jakaantuminen alueellisesti päivävastoin kuin sairastavuudella mitattu tarve merkitsee sitä, että runsaan käytön alueella todennäköisesti suuremmalla osalla kävijöistä (kuin vähäisen käytön alueilla) on kyse sellaisesta lievemmästä sairaudesta tai alhaisemmasta terveysriskistä, jossa palvelujen kustannusvaikuttavuus on epidemiologiselta kannalta vähäinen. Voimavarojen käyttö tavalla, joka ei perustu pelkästään sairastavuudesta johtuvaan kysyntään vähentää siten terveyspalveluista koko väestölle saatavaa hyötyä (Hulka ym. 1985).

6. HALLINNOLLISEN OHJAUKSEN KEINOT JA POLIKLINIKKAPALVELUJEN KÄYTÖN ALUEELLINEN TASA-ARVO

Poliklinikakäyntien alueellisten erojen tarkastelu osoittaa, ettei valtakunnallisten terveydenhuollon suunnitelmien tavoiteohjaus tai terveydenhuollon hallinnollinen rakenneohjaus (porrastettu hoitojärjestelmä) riitä takaamaan hallinnon palvelukykyisyyttä siten, että terveyspalvelut olisivat yhtäläillä saavutettavissa asuinpaikasta riippumatta. Tavoiteohjaus tai hallinnon rakennerationalisointi ei takaa myöskään hallinnon responsiivisuutta (Ahonen 1985, 80). Julkisen hallinnon palvelukyky kytkeytyy koko julkisen toiminnan rakenteisiin, periaatteisiin ja toimintatapoihin. Palveluperiaate tarkoittaa sitä, että kaikkien asiakkaiden asiointi organisaatiossa (tässä tapauksessa keskussairaalaossa) on helppoa, vaivatonta, yksinkertaista ja sujuvaa. Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus on eräs palvelutason osatekijä, ja eräs keskeinen palveluperiaatteen toteutumisen osoitin on palvelujen käyttöön asiakkaalta kuluva aika (Kiviniemi 1985, 5, 11—18). Palvelujen käyttöön kuluneen ajan asemesta on tässä tutkimuksessa kuitenkin käytetty helpommin saatavissa olevaa matkustusetaisyyttä.

Seuraavassa tarkastelussa arvioidaan, missä poliittis-hallinnollisen ohjauksen eri muodot (ks. esim. Heiskanen 1977, 22—23, Sinkkonen & Nikkilä 1988) ovat epäonnistuneet erikoislääkäripalvelujen saavutettavuuden parantamisessa, ja miten niitä voitaisiin tehokkaammin käyttää alueellisen tasa-arvon tavoitteen saavuttamiseksi erikoislääkäripalvelujen käytössä.

Tavoiteohjaus alueelliseen tasa-arvoon toimii vain valtakunnallisissa suunnitelmissa ja terveyspoliittisissa ohjelmissa, niissäkin vain abstraktina yläkäsitteenä. Toistaiseksi ei ole konkreettisemmin määritelty esimerkiksi sitä, millä kriteereillä alueellisen tasa-arvon toteuttamista keskussairaalapalvelujen käytössä tulisi arvioida, ja miten esimerkiksi väestörakenteesta ja sairastavuudesta johtuvat palvelujen tarverot tulisi ottaa huomioon. Kokonaan puuttuu yksityiskohtaisempi *ohjelmaohjaus* siitä, miten ja minkä aikataulun puitteissa alueelliseen tasa-arvoon keskussairaalaapiireissä tulisi pyrkiä.

Voimavaroista harjoitetaan valtakunnallisessa suunnittelussa siten, että pyritään vähentämään keskussairaalaapiirien välisiä voimavarojen eroja. Keskussairaalaapiirien sisäisestä voimavarojen käytöstä päättää suurelta osin vahvin erikoissairaanhoidon yksikkö, eli keskus-

sairaala. Tällöin ei alueairaaloiden tai terveyskeskusten toiveita erikoislääkäripalvelujen kehittämiseksi priorisoida kovinkaan korkealle (Teittinen 1985, 226—232, Piironen & Rissanen 1986, 182—183). Uudet erikoissairaanhoidon voimavarat keskitetään lähinnä keskussairaalaan, vaikka voimavarojen hajasijoittaminen saattaisi palvelukykyisyyden ja erityisesti palvelujen saavutettavuuden kannalta olla parempi ratkaisu. Erikoislääkäri virkojen perustaminen maaseutusterveyskeskuksiin ei yleensä ole ollut kansanterveystyön valtakunnallisten suunnitelmien mukaan mahdollista.

Valtionosuusjärjestelmä on eräs keskeinen voimavaraohjauksen muoto. Heikkoutena alueellisen tasa-arvon toteuttamisen kannalta on se, että kantokykyluokasta riippuvan prosenttiosuuden mukainen valtionosuus maksetaan automaattisesti kuntien toteutuneisiin terveydenhuoltomenoihin eikä kuntien valtionosuus perustu laskennalliseen terveyspalvelujen tarpeeseen (Komiteanmietintö 1982: 66, 34). Täten esimerkiksi Kuopion läänin vaurain kunta Kuopio saa valtionosuuden myös epätarkoituksenmukaisen runsaaseen keskussairaalakäyttöön, vaikka hyvin toimiva terveyskeskus olisi sekä taloudellisesti että hoidon porrastuksen ja keskussairaalan tarkoituksenmukaisen käytön kannalta parempi ratkaisu. Valtionosuusjärjestelmä ei rankaise tai palkitse kuntia sen mukaan, miten hyvin ne järjestävät asukkaidensa terveyspalvelut kokonaisuutena. Lähinnä nykyjärjestelmä suosii vauraita kaupunkikuntia, joilla on varaa korvata terveyskeskuslääkärikäynnit 400—500 markan poliklinikkakäynneillä (vrt. myös Kekki 1980).

Rakenne- tai muoto-ohjauksella on terveydenhuollossa pyritty palvelujen tarkoituksenmukaiseen porrastukseen, jota edellä on tarkasteltu eräiden esimerkkikuntien osalta. Terveydenhuollon suunnittelun pirstoutuminen kunta- ja terveyskeskustasolla tehtävään kansanterveystyön suunnitteluun ja toisaalta suurissa sairaalakuntainliitoissa toteutettavaan erikoissairaanhoidon suunnitteluun aiheuttaa sen, että palvelujen porrastuksen kehittämiseen ei kiinnitetä riittävästi huomiota kunnissa, sairaalakuntainliitoissa tai lääninhallituksissa. Seurauksena tästä on varsin erilainen terveydenhuollon palvelujen rakenne ja palvelutaso eri kunnissa (Kekki 1980, Salmela & Tuomainen 1985, 34, 73).

Informaatio-ohjausta voitaisiin keskussairaalapiiriin suunnittelussa käyttää siten, että kuntien väliset palvelujen käyttöerot ja niiden yhteys palvelujen saavutettavuuteen tulisi esille.

KYKS:n suunnitelmissa tai vuosikertomuksissa ei etäisyydestä johtuviin palvelujen saavutettavuuden ja käytön alueellisiin eroihin ole kiinnitetty huomiota, ja toimintasuunnitelmissa on kullekin kunnalle ennakointi yhtäläistä poliklinikkakäyntien kasvuprosenttia. Näin suunnitelmien toteutuminen merkitsee käytön alueellisten erojen säilymistä. Vuosina 1975—1982 poliklinikkakäyntien absoluuttinen lisäys 100 asukasta kohti olikin yhtä suuri kaikissa kuntien etäisyysryhmissä (Salmela 1988).

Normatiivista (regulatiivista) ohjausta on yritetty toteuttaa velvoittamalla keskussairaalat valtakunnallisilla suunnitelmilla järjestämään esimerkiksi ilta- ja poliikkatoimintaa ja erikoislääkäreiden konsultaatioita terveyskeskuksille. Näillä keinoilla on pyritty lisäämään palvelujen saavutettavuutta ja keskussairaalaorganisaation palvelukykyä. KYKS:n passiivisuus näiden tavoitteiden toteuttamisessa (Teittinen 1985, 227) on osaltaan merkinnyt erojen säilymistä erikoislääkäripalvelujen saavutettavuudessa. Keskushallinnolla ei ole ollut riittäviä keinoja normin täyttämisen valvontaan.

7. PÄÄTELMÄT

1. Koska terveyspolitiikan tavoitteiksi on asetettu sairastavuuden ja palvelujen tarjonnan alueellisten erojen vähentäminen, myös poliikkapalvelujen kohdentumista tulisi seurata alueellisesti ja suhteessa sairastavuuteen keskussairaalapiiriin sisällä. Lääkintöhallituksen, lääninhallituksen ja sairaalaliiton julkaisemat vuositilastot osoittavat kuitenkin vain poliikkakäyntien määrän keskimäärin asukasta kohti keskussairaalapiireissä. Erot ovat kuitenkin huomattavasti suurempia keskussairaalapiirien sisällä kuin piirien välillä.

2. Erikoislääkäripalvelujen saavutettavuuden parantamiskeinoina tulisi harkita erikoislääkärikonsultaatioiden lisäämistä erityisesti kaukana poliikkikoista sijaitsevilla terveyskeskuksissa, ilta- ja poliikkatoiminnan laajentamista, terveyskeskusten erikoislääkäri virkojen lisäämistä ja keskussairaalapiirien erikoislääkäritönnän hajasijoittamista nykyistä enemmän aluesairaaloihin. Palvelujen keskitetty lisääminen ei turvaa riittävästi niiden saavutettavuutta ja tarpeenmukaista käyttöä.

3. Runsa yksityisten erikoislääkäripalvelujen käyttö ei vähennä sairaalapoliklinikan käyttöä, vaan molempia käytetään selvästi eniten juuri yliopistosairaalan sijaintikunnassa. Mikäli

todella pyritään erikoislääkäripalvelujen alueellisten tarjontaerojen vähentämiseen terveystoimittaisen tavoiteohjelman mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986, 106), olisi lisättävä myös yksityisten erikoislääkäripalvelujen alueellista ohjausta ja sitä kautta palvelujen saatavuutta. Viimeaikaisten sairausvakuutuksen kehittämissuunnitelmien (Komiteanmietintö 1987: 34, 59—62) toteutuminen ilmeisesti lisäisi edelleen yksityisten palvelujen keskittymistä kaupunkeihin, koska suunnitelmien tavoitteena on vain tukea nykyistä enemmän palvelujen kysyntää eikä vaikuttaa tarjonnan alueelliseen jakaantumiseen.

4. Erikoislääkäripalvelujen voimakasta alueellista keskittämistä perustellaan kalliin sairaalateknologian ja erikoistuneen työvoiman tehokkaalla käytöllä. Keskittämistä johtuvat alueelliset erot erikoislääkäripalvelujen saavutettavuudessa ja käytössä saattavat kuitenkin vähentää palvelujen vaikuttavuutta koko väestön terveydentilaan. Tulokset antavat aihetta jatkotutkimuksiin. Niissä tulisi selvittää, kuinka etäisyys vaikuttaa eri erikoispoliklinikoiden käyttöön ja mikä olisi erilaisten erikoislääkäripalvelujen optimaalisin tarjonnan tapa Suomen harvaanasutuissa lääneissä.

5. Kunnille myönnettävä terveydenhuollon valtionosuus tulisi muuttaa laskennallisiin tarpeisiin perustavaksi tai vaihtoehtoisesti tulisi muuten sanktioida kalleimpien terveyspalvelujen suhteellista ylikäyttöä. Myös valtionosuusjärjestelmän tulisi tukea alueellisen tasa-arvon ja hoidon porrastuksen kehittämistä, koska se on ilmeisesti tehokkain käytettävissä olevista ohjaukeinoista.

LÄHTEET

- Ahonen, P.: Hallinnon arvioinnin lähestymistapoja, *Valtionvarainministeriön järjestelyosaston julkaisuja*, Valtion Painatuskeskus, Helsinki 1985.
- Andersen, R., Kravits, J., Anderson, O. W. (toim.): *Equity in Health Services: Empirical Analyses in Social Policy*, Ballinger Publishing Company, Cambridge MA 1975.
- Bosanac, E. M., Parkinson, R. C., Hall, D. S.: Geographic Access to Hospital Care: A 30-Minute Travel Time Standard. *Medical Care* 14(1976): 7, s. 616—624.
- Cohen, M. A., Lee, H. L.: The Determinants of Spatial Distribution of Hospital Utilization in a Region. *Medical Care* 23(1985): 1, s. 27—38.
- Culyer A. J.: *Need and the National Health Service, Economics and Social Choice*, York Studies in Economics, Martin Robertson, Oxford 1976.
- Dever, C. E. A.: *Community Health Analysis*. An Aspen Publication, Rockville MD 1980.
- Dever, C. E. A.: *Epidemiology in Health Services Management*, An Aspen Publication, Rockville MD 1984.
- Heiskanen, I.: Julkinen, kollektiivinen ja markkinaperusteinen, Suomalaisen yhteiskunnan hallintajärjestelmien ja julkisen päätöksenteon ja hallinnon kehitys ja kehittäminen 1960- ja 1970-luvuilla, *Delta* 31, Valtion Painatuskeskus, Helsinki 1977.
- Hulka, B. S., Wheat, J. R.: Pattern of Utilization, The Patient Perspective. *Medical Care* 23(1985): 5, s. 438—460.
- Kaipainen, O.: Kansanterveystlain keskeiset periaatteet ja terveystoimittainen merkitys. Kirjassa *Aer J* (toim.): *Kansanterveystyön käsikirja*, Tammi, Helsinki 1975.
- Kalimo, E.: Lääkintäpalvelusten tarjontaorganisaation ekologiset ominaisuudet, *Kansaneläkelaitoksen julkaisusarja M: 4/1967*.
- Kalimo, E.: Lääkintäpalvelusten käyttöön vaikuttavat tekijät, *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja sarja A: 5*, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki 1969.
- Kalimo, E., Nyman K., Klaukka, T., Tuomikoski, H., Savolainen, E.: Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964—1976, *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A: 18*, Helsinki 1982, Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 1982.
- Kansaneläkelaitoksen tilastollisia vuosikatsauksia 1982, Aluutilastot *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T3: 11B*, Helsinki 1983 a.
- Kansaneläkelaitos: Sairausvakuutuksen erityisotanta, toukokuu 1983, Yksityislääkäreiden palkkiot, *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T7: 23*, Helsinki 1983 b.
- Kansaneläkelaitoksen tilastollisia vuosikatsauksia 1983, Aluutilastot, *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T3: 12B*, Helsinki 1984.
- Kekki, P.: Analysis of Relationships Between Resources and Use of Health Services in Finland, A Cross-Sectional Study, *Publications of the Social Insurance Institution. M: 34/1979*, Helsinki 1979.
- Kekki, P.: Sairauden vuoksi tehtyjen lääkäriissäkäyntien jakautuminen Suomessa. *Suomen Lääkäreilehti* 35 (1980), s. 1195—1198.
- Kiviniemi, M.: Julkisen hallinnon ja toiminnan palvelukykyisyys, *Valtiovarainministeriön järjestelyosaston julk.* Valtion Painatuskeskus, Helsinki 1985.
- Komiteanmietintö 1982: 19, *Hoitavan lääkärin valinnan ja poliklinikkatoiminnan kehittämistoimikunnan mietintö*, Valtion Painatuskeskus, Helsinki 1982.
- Komiteanmietintö 1982: 66, *Kuntien valtionosuus- ja -avustusjärjestelmän kehittäminen*, Valtion Painatuskeskus, Helsinki 1983.
- Komiteanmietintö 1987: 34, *Sairausvakuutuksen kehittämistoimikunnan mietintö*, Valtion Painatuskeskus, Helsinki 1987.
- Kronenfeld, J. J.: Provider Variables and the Utilization of Ambulatory Care Services. *Journal of Health and Social Behavior* 19(1978 March), s. 68—76.
- Kuopion lääninhallitus: *Yhteenvedo Kuopion läänin sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamissuunnitelmien vahvistuspäätöksistä vuosille 1985—1989*, Sosiaali- ja terveysosasto, 1985.
- Mayer, J. D.: The Distance Behavior of Hospital Patients: A Disaggregated Analysis. *Social Science and Medicine* 17(1983), s. 819—827.
- Pekurinen, M., Vohlonen, I., Aro, S.: Menetelmä ter-

- veydenhuollon voimavarojen alueittaisen tarpeen arvioimiseksi, *Lääkintöhallituksen tutkimuksia 43*, Helsinki 1987.
- Piironen, P. ja Rissanen, V.: Savolainen sairaus I: Mitä hoito maksaa? *Kuopion yliopiston julkaisuja, Kansanterveystiede, Tilastot ja selvitykset 5/1986*.
- Purola, T., Kalimo, E., Sievers, K., Nyman, K.: Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta, *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A: 1*. Valtion Painatuskeskus, Helsinki 1967.
- Rissanen, V. ja Piironen, P.: Savolainen sairaus II: Terveydenhuollon toteutuminen ja väestön sairastavuus 1970- ja 1980-luvuilla, *Kuopion yliopiston julkaisuja, kansanterveystiede, Tilastot ja selvitykset 3/1987*.
- Sairaalaliitto: Suomen sairaalatilasto 1985, *Tilastojulkaisu 111*. Vol. 23, Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 1986.
- Salmela, R. ja Tuomainen, R.: Kuopion läänin kuntien terveydenhuollon indikaattoritarkastelu, *Kuopion Yliopiston julkaisuja, Kansanterveystiede, Tilastot ja selvitykset 1/1985*.
- Salmela, R.: Lääkäripalvelujen käytön alueelliset erot Kuopion läänissä vuosina 1975 ja 1982. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 25* (1988, painossa).
- Sinkkonen, S., Nikkilä, J.: *Terveydenhuollon hallinnon oppikirja*, WSOY 1988 (painossa).
- Sosiaali- ja terveysministeriö: *Hallituksen terveyspoliittisen selonteon eduskuntakäsittely 26.—27. 3. 1985*, Valtion Painatuskeskus, Helsinki 1985.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: *Terveyttä kaikille vuoteen 2000, Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma*, Valtion Painatuskeskus, Helsinki 1986.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta vuonna 1985. *Suunnitteluosaston selvityksiä 3: 1987*, Valtion Painatuskeskus, Helsinki 1987.
- Talousneuvosto: Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkiva jaosto, Liite 1, *Terveyspolitiikan tavoitteita tutkivan työryhmän raportti*, Helsinki 1972.
- Teittinen, T.: Julkisten toimintaohjelmien ominaisuudet ja toimeenpano-organisaatio, Toimeenpanoanalyysin käsitteellistä kehittelyä ja tapaustutkimus Kuopion yliopistollisesta keskussairaalaista sairaanhoidon valtakunnallisten suunnitelmien toimeenpanosta suunnittelukausina 1974—78 — 1983—87, *Kuopion Yliopiston julkaisuja, Yhteiskuntatieteet, Alkuperäistutkimukset 1/1985*.
- Tilastokeskus: *Suomen virallinen tilasto VI A: 149; Väestö 1983, osa II*. Valtion painatuskeskus 1984.
- Townsend, P.: Inequality and the Health Service. *The Lancet, June 15, 1974*, s. 1179—1190.
- Valtakunnalliset suunnitelmat kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä vuosina 1975—1979*, Valtion Painatuskeskus, Helsinki 1974.
- Weiss, J. E., Greenlick M. R. ja Jones, J. F.: Determinants of Medical Care Utilization: The Impact of Spatial Factors. *Inquiry 8* (1971): 4, s. 50—57.