

TOIMEENTULOASIAKKAIDEN TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ PÄÄKAUPUNKISEUDULLA

Maria Vaalavuo: *PhD, Erikoistutkija, Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*

maria.vaalavuo@tbl.fi

Janus vol. 24 (3) 2016, 230–250

Janus

Tiivistelmä

Artikkeli tarkastelee toimeentulotukiasiakkaiden käyttämiä julkisia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluita sekä lääkkeiden käyttöä pääkaupunkiseudun kolmessa kaupungissa. Tutkimus perustuu laajaan rekisteriaineistoon. Artikkelin tuo ilmi, että toimeentulotukiasiakkaat käyttävät muuta väestöä huomattavasti enemmän julkisia palveluita ikään ja sukupuoleen katsomatta. Toimeentulotukiasiakkaat käyttävät erityisen usein psykiatrian palveluita muuhun väestöön verrattuna. Lisäksi selviää, että pitkään toimeentulotukea saaneet käyttävät perusterveydenhuollon palveluita useammin kuin lyhyemmän aikaa tukea saaneet, mutta kausaliteettisuhteen ja valikoitumismekanismien todentaminen jää tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Vaikka täydellistä yhtäläisyyttä ei terveyspalveluiden käytön ja terveydentilan välillä voidakaan osoittaa, terveyspalveluiden huomattava käyttö kertonee toimeentulotukiasiakkaiden terveysongelmien laajuudesta, mikä vahvistaa aiempien tutkimusten tuloksen pienituloisten muita heikommasta terveydestä. Ns. Kela-siirron myötä toimeentulotukiasiakkaiden moninaisten ongelmien tunnistaminen on tärkeää, kun kosketus sosiaalityöntekijään voi jäädä vähäiseksi.

JOHDANTO: TOIMEENTULOTUKIASIAKKAAT TERVEYDENHUOLLON PALVELUISSA

Tämän artikkelin tavoitteena on kuvata toimeentulotukiasiakkaiden julkisen terveydenhuollon palveluiden ja lääkkeiden käyttöä kolmessa pääkaupunkiseudun kaupungissa, Espoossa, Helsingissä ja Vantaalla. Artikkelin esittelemiä useista rekisteriaineistoista koottuja ja yhdistettyjä tilastoja ei ole ollut aiemmin saatavilla, joten tiedot palveluiden käytöstä antavat entistä rikkaamman kuvan toimeentulotukiasiakkaista. Kunnittainen vertailu mahdollistaa lisäksi potentiaalisten alueellisten erojen tarkastelun.

Toimeentulotukiasiakkaiden tarkastelu on kiinnostavaa sinänsä, sillä he ovat

suomalaisen yhteiskunnan tunnistettavain huono-osaisuuden ilmentymä. Esimerkiksi Ahola & Hiilamo (2013) ovat todenneet, että toimeentulotukiasiakkaiden köyhyyttä voi pitää lähes varmana tarkan tulo- ja tarvearvioinnin takia. Samalla tämän artikkelin tulokset kertovat suomalaisen hyvinvointivaltion kyvystä tukea huono-osaisimpien terveyttä sekä yhteyksistä pienituloisuuden ja terveydenhuollon palveluiden käytön välillä. Tältä osin artikkelin tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi keskustelussa suomalaisten terveyseroista. Toisaalta saamme lisää tietoa siitä, millainen on toimeentulotukiasiakkaiden ryhmä. Erilaisten toimeentulotukiasiakkaiden välille ei osata tai edes viitsitä tehdä suuria eroja poliittisessa debatissa. Tieteellisessä tutkimuksessa-

kin toimeentulotukiasiakkaita käsitelään usein yhtenä homogeenisena ryhmänä¹.

Toimeentulotukiasiakkaiden terveyden ja terveystalouden käytön analysointi täydentää tietovajetta siitä, mikä on palveluiden käytön yhteys pienituloisuuteen ja miten sosiaalityötä toimeentulotukiasiakkaiden parissa voidaan kehittää. Tämä taas edistää ymmärrystä siitä, miten toimeentulotuen maksun siirtämisessä Kelaan (nk. Kela-siirto) tulisi huomioida toimeentulotukiasiakkaiden moninaiset tarpeet esimerkiksi juuri terveyteen liittyen.

Artikkelin seuraavassa osiossa kerron yleisemmin toimeentulotuen saannista Suomessa, siinä tapahtuneista trendeistä ja toimeentulotukiasiakkaiden heterogeenisyydestä, joka on tärkeä ottaa huomioon tutkimuksen tuloksia tulkittaessa. Lisäksi käyn läpi aiempaa tutkimusta terveyden, terveystalouden käytön ja pienituloisuuden yhteydestä. Artikkelissa käytetty aineisto on esitelty tämän jälkeen. Analyysiosiossa tarkastelen toimeentulotukiasiakkaiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden sekä lääkkeiden käyttöä. Artikkelin päättyy yhteenveetöön, jossa pohdin sosiaalipolitiikan ja terveydenhuollon yhteyttä sekä nostan esille muutaman suomalaisen sosiaali- ja terveystalouden kehityskohteen.

TUTKIMUKSEN TAUSTA

Toimeentulotuen asiakkaat ja kustannukset

Toimeentulotuki on sosiaalihuoltoon kuuluva viimesijainen taloudellinen tuki, jonka lakisääteisenä tarkoituksena

on henkilön ja perheen toimeentulon turvaaminen ja itsenäisen selviytymisen edistäminen (Laki toimeentulotuesta 1412/1997). Tuen avulla turvataan ihmisarvoisen elämän kannalta vähintään välttämätön toimeentulo. Tuki kuuluu kunnan tuottamiin sosiaalipalveluihin ja on myös yksi keskeinen sosiaalityön väline. Toimeentulotuen perusosan maksu siirtyy kuitenkin vuonna 2017 Kansaneläkelaitoksen maksettavaksi.

Toimeentulotuki on tiukasti harkinnanvarainen etuus. Kaikilla Suomen sosiaaliturvan piiriin kuuluvilla on kuitenkin oikeus toimeentulotukeen silloin, kun hänen toimeentulonsa ansioiden tai ensisijaisten sosiaaliturvatuksien avulla jää riittämättömäksi. Toimeentulon laskemisessa otetaan huomioon henkilön koko kotitalouden tulot ja tarpeet.² Toimeentulotukea voidaan myöntää terveystalouhihin. Esimerkiksi Helsingissä toimeentulotukimenoista hieman yli 10 prosenttia osoitettiin terveystalouhihin ja tuensaajista jopa kaksi kolmasosaa sai tukea terveystalouhihin. Suurin kululaji oli lääkkeet ja seuraavaksi yleisin sairaala- ja poliklinikkamaksut. (Aaltonen ym. 2013.)³

Toimeentulotukimenot ovat noin 1–2 prosenttia kaikista Suomen sosiaalimenoista. Vuonna 2013 tämä tarkoitti 736,3 miljoonan euron kustannuksia. Tarkka menoera vaihtelee työttömyyden, yleisen taloustilanteen ja asumiskustannusten heilahteluiden mukaisesti. Alueelliset vaihtelut ovat samoista syistä merkittäviä: toimeentulotukea maksettiin eniten Uudellamaalla (197 EUR/asukas) ja vähiten Ahvenanmaalla (50 EUR/asukas) ja Keski-Pohjanmaalla (60 EUR/asukas) (Virtanen & Kiuru

2014). Marginaalisena pidetystä tukimuodosta tuli 1990-luvun alun laman myötä yhä yleisemmin käytetty. Vaikka Suomen taloustilanne parantui vuosittuhannen vaihteessa, ei toimeentulotukiasiakkaiden määrä enää palautunut lamaa edeltävälle tasolle (Kuivalainen 2004). Vuonna 2013 noin 245 000 kotitaloutta sai toimeentulotukea ja näistä suurin osa oli yksin asuvia (Virtanen & Kiuru 2014).

Toimeentulotuki on alun perin suunniteltu lyhytkestoiseksi, nk. kriisiavuksi, mutta aina 1990-luvulta lähtien sen käyttö on muuttunut yhä pitkäkestoisemmaksi (nousut vuoden 1990 keskimääräisestä 4 kuukaudesta 6 kuukauteen vuonna 2011). Tästä kehityksestä johtuen on yhä vaikeampi vetää rajaa perusturvan ja viimesijaisen sosiaaliturvan välille. Voidaan todeta, että toimeentulotuen käyttö heijastelee suuressa määrin yhteiskunnassa tapahtuvia muutoksia, niin työmarkkinoiden aaltoilua kuin perusturvan kehitystä. Erityisesti nuorten vähentyneet työllistymismahdollisuudet laman aikana ovat lisänneet toimeentulotukeen turvautumista – etenkin työttömyysetuuksissa tehtyjen kiristysten takia (esimerkiksi Lorentzen ym. (2014) ovat todenneet Pohjoismaissa tapahtuneen nuorten työttömyysturvan heikennyksiä tai sääntöjen kiristymistä; tämä on johtanut siihen, että toimeentulotuesta ja työmarkkinatuesta on tullut nuorten tärkein sosiaaliturvan muoto). Esimerkiksi Helsingissä nuorten 18–24-vuotiaiden tuensaajien määrä kasvoi 40 prosentilla vuodesta 2008 vuoteen 2009.⁴ Muissa kaupungeissa kasvu ei ollut yhtä rajua, mutta joka tapauksessa huomattavaa ja juuri nuoriin kohdistuvaa. Asiakaskunnan suurten muutosten seurauksena

voi olla vaikea tulkita terveystalouden käyttöä eri vuosina, sillä tuensaajien profiili ja syyt toimeentulotuen hakemiseen muuttuvat samanaikaisesti. Tästä johtuen tässä artikkelissa analyysit keskittyvät vuoden 2011 terveystalouden käyttöön eikä muutoksia palveluiden käytössä tarkastella.

Vastaavat erot toimeentulotukiasiakkaiden profiileissa tulee ottaa huomioon lisäksi kuntavertailussa, sillä syyt toimeentulotuen käyttöön ovat moninaisia ja jossain määrin paikkaankin sidottuja. Toimeentulotuen saantiin vaikuttavat kunnan asukasrakenne, talous- ja työllisyystilanne ja esimerkiksi asumiskustannukset; nämä taas osaltaan voivat vaikuttaa terveystalouden käyttöön niin toimeentulotukea saavien kuin muun väestön parissa. Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla vertailtaessa tuleekin siis muistaa, että näiden kaupunkien toimeentulotukiasiakkaat voivat olla hyvinkin erilaisia taustoiltaan, mikä vaikuttaa tässä artikkelissa analysoitavien terveystaloudenkin käyttöön.

Aiempi tutkimus on osoittanut löyhän kiinnittymisen työmarkkinoille, maahanmuuttajataustan, korkean iän, yksin asumisen, alhaisen koulutuksen, huumausaineiden käytön sekä heikon terveydentilan olevan yhteydessä toimeentulotuen saantiin useissa eri maissa (Cappellari & Jenkins 2008; Hammer & Hyggen 2010; Bäckman & Bergman 2011; Kauppinen ym. 2014). Suomessa toimeentulotukea saavilla yksi keskeinen taustatekijä on työttömyys: työmarkkinatukea tai peruspäivärahaa sai 40,9 prosenttia tuen saajista vuonna 2013 (Virtanen & Kiuru 2014). Etenkin pääkaupunkiseudulla myös asu-

misen kalleus johtaa usein asumistuen riittämättömyyteen ja siten toimeentulotukeen turvautumiseen. Tämän suhteen on tapahtunut huomattava muutos viime vuosikymmeninä: kun 1990-luvulla tukimenoista kului arvioiden mukaan noin kolmannes asumismenojen kattamiseen, on tämä osuus noussut noin puoleen 2010-luvulla (Kuivalainen 2013). Lähes 70 prosentilla tuensaajista yhtenä tulonlähteenä on asumistuki (Virtanen & Kiuru 2014).

Vaikka on olemassa tiettyjä tekijöitä, jotka monille toimeentulotukiasiakkaille ovat yhteisiä, on hyvä korostaa, kuinka heterogeenisestä joukosta lopulta on kyse. Norjalaisten toimeentulotukiasiakkaiden luokittelussa Clausen (1996) päätyi viiteen ryhmään: 'sairaat', 'poikkeavat' (esim. entiset rikolliset ja huumeiden käyttäjät), 'riippuvaiset' (esim. yksinhuoltajaäidit), 'velkaantuneet' ja muut (noin puolet kaikista asiakkaista). Yksinkertaisemmin tukiasiakkaat voidaan jakaa lyhyt- ja pitkäkestoisiin asiakkaisiin. Suomessa lyhytaikaisesti, eli 1–3 kuukautta vuoden aikana, tukea saa 38 prosenttia toimeentulotukiasiakkaista (Virtanen & Kiuru 2014). Heitä ei voi luultavasti määrittellä huono-osaisuuden ytimeksi – varsinkaan jos huono-osaisuuden yhdeksi kriteeriksi katsotaan pitkäkestoinen puute ja siihen usein liittyvä sosiaalinen syrjäytyminen. Esimerkiksi vuoden 2009 taloustaantumasta heijastui toimeentulotukiasiakkaiden määrään välittömästi, kun erityisesti nuorten ja opiskelijoiden mahdollisuudet kesätöihin vähenivät. Heille toimeentulotuki turvaa kohtalaisen toimeentulon väliaikaisesti.

Todennäköisesti hyvin erilainen tukiasiakkaiden ryhmä on pitkään tai toistuvasti tuella elävien joukko. Kuten mainittu, pitkäkestoinen tuensaanti on viime vuosina yleistynyt: lähes kolmasosa tuensaajista saa tukea yli 10 kuukauden ajan vuodessa (Virtanen & Kiuru 2014). Osa toimeentulotukiasiakkaista kärsii lisäksi useista ongelmista samanaikaisesti. Terveysongelmat (erityisesti mielenterveydelliset), taloudellinen epävarmuus, päihteiden käyttö, puutteellinen koulutustaso ja esimerkiksi asunto-ongelmat kasaantuvat usein samoille henkilöille (Paugam 1996; Overbye & Saebo 1998; Rintala & Karvonen 2003; Korpi ym. 2007; Aaltonen ym. 2015; Ohisalo ym. 2015). Juho Saari (2015) onkin kirjoittanut: ”Pitkäaikainen sosiaaliturvariippuvuus tulkitaan turhan usein yksinkertaisesti kannustin- tai laiskuusongelmaksi, vaikka ilmiön takaa löytyy myös terveysongelmia, kimmoisuuden⁵ heikentymistä, niukkuutta, sopeutumista ja addiktioita.” Nämä henkilöt tarvitsevat huomattavasti kokonaisvaltaisempaa tukea kuin vain taloudellista apua. Viimesijaisessa tukimuodossa ei olekaan ollut kyse vain taloudellisesta avustamisesta, vaan pyrkimyksenä on ollut myös sosiaalityön menetelmin puuttua niihin ongelmiin, jotka vaikeuttavat henkilöiden itsenäistä toimeen tuleamista (Forsén ym. 2012).

Terveys, terveyspalveluiden käyttö ja pienituloisuus

Suomalaisen terveystalouden tavoitteena on universaali ja tasa-arvoinen pääsy terveydenhoitoon henkilön sosioekonomiseen taustaan katsomatta. Tästä huolimatta terveyserot eri väestöryhmien välillä ovat suomalaisen

hyvinvointipolitiikan häpeätahra. Tulos yllättää, sillä samalla Suomi on tulonjaoltaan yksi kehittyneen maailman tsaissimmista (Vaalavuo & Moisio 2014). Terveyden eriarvoisuus on syvälle juurtunutta. Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -aineiston analyysistä on selvinnyt, että koetussa terveydessä erot eri sosiaaliluokkien välillä ovat jopa kasvaneet viimeisen kymmenen vuoden aikana, vaikka kaiken kaikkiaan terveydentilan kehitys on ollut positiivista. Keskinäinen tai sitä huonompi koettu terveys oli selvästi yleisempi alhaisesti koulutettujen ja alimpaan tuloviidennekseen kuuluvien keskuudessa kuin korkeasti koulutettujen tai parempituloisten ryhmässä. Lisäksi ylempiin sosiaaliluokkiin kuuluvat kärsivät harvemmin pitkäaikaissairauksista (Martelin ym. 2014).

Julkinen terveydenhuoltojärjestelmä ja sairausvakuutus kattavat kaikki Suomessa vakituisesti asuvat henkilöt. Toisaalta työterveyshuolto luo järjestelmään rakenteellisen eriarvoisuutta tuottavan elementin, kun suurimmalla osalla työntekijöistä on etuoikeutettuna turvanaan myös työterveyshuolto (Räsänen 2006). Koska toimeentulotukiasiakkaat ovat usein työelämän ulkopuolella, heillä tätä terveydenhuollon ohituskaistaa ei ole. Myös suhteellisen korkeat asiakasmaksut voivat estää joidenkin pienituloisten terveyspalveluiden käytön (Keskimäki 2006).⁶ Lisäksi noin viidesosa kaikista suomalaisten lääkärikäynneistä tehdään yksityisellä sektorilla: OECD:n tutkimuksen mukaan näitä käyntejä rahoittava korvausjärjestelmä on hyvätuloisia selvästi suosiva (van Doorslaer ym. 2004). Toimeentulotukiasiakkaiden elinoloja ja hyvinvointia kartoittaneesta tutki-

muksesta selviää, että merkittävä osa toimeentulotuen saajista tinkii kuluksistaan: rahan puutteen vuoksi lääkkeiden ostosta tinki 26 prosenttia (muu väestö 9 %) ja lääkärissä käynneistä jopa yli kolmannes (muu väestö 10 %). Niistä toimeentulotukiasiakkaista, jotka terveyspalveluita olivat käyttäneet, jopa 36 prosenttia arvioi käytön aiheuttaneen taloudellisia ongelmia, kun loppuväestössä näin koki 14 prosenttia. (Hannikainen-Ingman ym. 2013.)

Lukemattomat tutkimukset osoittavat, että erot terveydessä ovat yhteydessä sosioekonomiseen statukseen (Mackenbach & Kunst 1997; Lynch & Kaplan 2000; Siegrist & Marmot 2006; WHO 2013). Vaikka yhteys pienituloisuuden ja heikon terveyden välillä on näytetty toteen toistuvasti, sen kaksisuuntaisuus ja kompleksisuus jättävät monia kysymyksiä avoimiksi niin tutkijoille kuin päätöksentekijöillekin. Huono terveys voi olla köyhyyden katalysaattori ja toisaalta köyhyys voi pahentaa terveysongelmia. Pienituloisten terveydentilan vertaaminen muuhun väestöön antaa siis vain poikkileikkauksen heidän heikommasta terveydentilastaan, eikä kerro johtaako pienituloisuus huonoon terveyteen vai toisin päin (kausaliteettista ja valikoitumisesta terveyden ja tulojen välisessä yhteydessä ovat kirjoittaneet mm. Blane ym. 1993; Wilkinson 2005; Siegrist & Marmot 2006).

Terveys ei ole vain päämäärä, vaan se on myös voimavara, joka antaa ihmisille mahdollisuuden tehdä valintoja ja elää sosiaalisesti ja taloudellisesti täysipainoista elämää (Euroopan komissio 2013). Hyvin kehitetystä sosiaaliturvajärjestelmästä huolimatta sairaus voi yhä olla todellinen riski ja johtaa talou-

delliseen ahdinkoon samanaikaisten ansioiden heikkenemisen ja sairaanhoitoon liittyvien kustannusten kasvun takia (WHO 2009). Samalla tavalla kuin hyvä terveys voi parantaa henkilön tuottavuutta ja työllistettävyyttä, voivat sairauden vaikutukset olla erityisen haitallisia jo ennestään haavoittuville ryhmille, esimerkiksi alhaisesti koulutetuille (Arrow 1996; Schuring ym. 2013). Williamsonin & Fastin (1998) tutkimustulokset Kanadasta osoittavat, että politiikkatoimenpiteet, jotka heikentävät toimeentulotukiasiakkaiden terveydenhuoltoetuuksia, todennäköisesti vahingoittavat työllistämistoimenpiteiden onnistumista. Parempi terveys vaikuttaa myös köyhyysriskissä elävän henkilön yleiseen tyytyväisyyteen, työllistymismahdollisuuksiin ja tuottavuuteen.

Vain harvat tutkimukset ovat perehtyneet toimeentulotukiasiakkaiden terveyteen tai terveyspalveluiden käyttöön ja nekin ovat lähinnä perustuneet paikallisesti kerättyihin haastattelututkimuksiin Pohjois-Amerikassa (Williamson & Fast 1998; Taylor & Smith Barusch 2004). Niissä on havaittu, että pitkäaikaisilla tuensaajilla on moninaisia haasteita, jotka vaikuttavat heidän kykyynsä löytää töitä ja ylläpitää työsuhteita. Taylorin & Smith Baruschin (2004, 175) tutkimukseen osallistuneista tuensaajista lähes 35 prosenttia kertoi fyysisten terveysongelmien estävän työnteon. Kanadalainen 18 kuukauden seurantatutkimus taas osoitti, että terveyden heikentyminen mitattuna lääkärikäyntien määrän kasvulla edelsi toimeentulotukiasiakkuutta 49 prosentilla asiakkaista (Morris ym. 2005). Määttä (2012) taas on kuvannut väliinputoamistilanteita, joissa terveysongelmista kärsivien ihmisten työkyvyttömyyttä

ei tunnusteta etuuden perustaksi, mutta samalla osallistuminen työttömyysturvaa edellyttämiin aktivointitoimenpiteisiin on hankalaa. Jäljellä olevaksi vaihtoehdoksi jää tällöin turvautuminen toimeentulotukeen.

Norjalaisen rekisteritutkimuksen perusteella tiedämme, että toimeentulotukiasiakkaiden terveydentila on muuta väestöä huomattavasti heikompi. Ohrem Naper (2009, 823) havaitsi, että tuensaajien kuolleisuus on korkeampaa kuin muiden (tulokset ikävakioitu): suurin ero kuolleisuudessa johtui alkoholiin ja huumeisiin liittyneistä syistä: miehillä kuolleisuus näistä syistä oli jopa 19 kertaa korkeampi ja naisilla 16 kertaa korkeampi toimeentulotukiasiakkaiden parissa. Lisäksi pitkäaikaisasiakkailla on huomattavasti useammin psykologisia ongelmia, vaikka demografiset tekijät otettaisiin analyysissä huomioon (Norja: Løyland ym. 2011; USA: Taylor & Smith Barusch 2004). Mielenterveysongelmat ovat tutkitusti yhteydessä alempaan koulutustasoon, heikompiin asumisolosuhteisiin ja köyhyyteen (Murali & Oyebode 2004) sekä löyhään kiinnittymiseen työmarkkinoilla (Pacheco ym. 2014). Monissa maissa, myös Suomessa, mielenterveysongelmat ovat myös yksi suurimmista syistä jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle. Samalla on huomattava, että etenkin nuorilla henkilöillä työkyvyttömyys on yksi merkittävimmistä köyhyysriskitekijöistä ja johtaa usein myös toimeentulotukiasiakkuuteen (Tuominen ym. 2011; Kauppinen ym. 2014). Tuore suomalaistutkimus havaitsi lisäksi, että syrjäytyneiden nuorten terveydentila on huomattavasti heikompi kuin muulla vastaavanikäisellä väestöllä ja

terveysongelmia oli eniten ”kroonisesti syrjäytyneillä” (Aaltonen ym. 2015).

TUTKIMUSAINEISTO JA MUUTTUJAT

Tutkimusta varten on kerätty rekisteriaineistot Helsingistä, Espoosta ja Vantaalta. Aiempiin tutkimuksiin verrattuna tämä aineisto on siinä mielessä poikkeuksellisen laaja, että kansallisiin rekistereihin on yhdistetty kaupunkien omat rekisterit julkisen perusterveydenhuollon palveluiden käytöstä.

Tutkimuksessa käytetyt aineistot ja ajanjakso:

- Helsingin, Espoon ja Vantaan ke-
räämät perusterveydenhuollon re-
kisterit (2011)
- THL:n toimeentulotukirekisteri
(2005–2011)
- THL:n erikoissairaanhoidon ja
vuodeosastohoidon hoitoilmoitus-
rekisteri (2011)
- Kelan lääkekorvausrekisteri ja eri-
tyiskorvattavien lääkeoikeuksien
rekisteri (2011)
- Kelan rekisteri yksityisten lääkäri-
käyntien korvauksista (2011)

Tutkimuksen analyysiosiossa tarkas-
tellaan toimeentulotukiasiakkaiden ja
muun väestön lääkärikäyntejä peruster-
veydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa
sekä erikseen psykiatrisessa sairaan-
hoidossa vuonna 2011 (jokaisen kun-
talaisen vuoden 2011 yhteenlasketut
lääkärikäynnit). Lisäksi otetaan huomi-
oon Kelan korvaamat yksityiset lääkä-
rikäynnit. Kyselytutkimusten mukaan
kaikista suomalaisten lääkärikäynneistä
33 prosenttia tehtiin terveyskeskuk-
sessa, 22 prosenttia sairaalan poliklini-

kalla, 23 prosenttia työterveyshuollossa
ja 19 prosenttia yksityisvastaanotolla
(Nguyen & Seppälä 2014), näistä työ-
terveyshuollon käynnit ovat tämän
tutkimusaineiston ulottumattomissa.
Erikoissairaanhoidon käyntejä koske-
vat tiedot ovat vertailukelpoisempia
väestöryhmien ja kuntien välillä, sillä
työterveyshuolto vaikuttaa vähemmän
tuloksiin kuin perusterveydenhuollon
kohdalla, koska työterveyshuolto kor-
vaa vähemmän erikoissairaanhoidon
palveluita. Myös kirjaamistavat kuntien
välillä ovat harmonisoidummat valta-
kunnallisessa HILMO-aineistossa kuin
perusterveydenhuollossa, joka perustuu
kuntien omiin rekisteritietoihin.

Terveyspalveluiden käytön ja tervey-
dentilan välisestä yhteydestä on yllättä-
vän vähän tietoa, mutta voidaan olettaa,
että terveyspalveluiden ja reseptilääkkei-
den laaja käyttö kertoo jossain määrin
henkilön heikommasta terveydentilasta
(ks. myös Morris ym. 2005). Nguyen
& Seppälä (2014) ovat kirjoittaneet,
että lääkäripalveluiden käyttömäärä on
makrotasolla osittain yhteydessä väes-
tön toimintakyvyn ja terveydentilan
kehitykseen. Miilunpalo ym. (1997)
ovat tutkineet koetun terveydentilan
yhteyttä terveyspalveluiden käyttöön
ja osoittaneet, että lääkärissä käyntien
määrä oli käänteisesti yhteydessä arvi-
oituun terveydentilaan. Muualla taas
on osoitettu, että koettu terveydentila
korreloi kuolleisuuden ja sairastavuus-
den kanssa (Kaplan ym. 1996; Idler &
Benyamini 1997; Benjamins ym. 2004).
Vaikka terveyspalveluiden käyttö ei siis
suoraan kerro henkilön terveydentilas-
ta ja palveluiden käyttöön vaikuttavat
monet muutkin tekijät (Andersen &
Newman 2005[alkup. 1973]; Andersen
1995; Vaalavuo ym. 2013), voidaan lää-

kärikäyntejä käyttää yhtenä välillisenä terveydentilan mittarina.

Tässä tutkimuksessa mukana on koko Helsingin, Espoon ja Vantaan aktiivikäinen 18–64-vuotias väestönosa, ja aineisto kattaa siten yli 0,7 miljoonaa henkilöä. Tulokset esitellään ikäryhmittäin ja sukupuolitain, sillä terveystalveluiden käyttö on vahvasti yhteydessä näihin tekijöihin (Vaalavuo ym. 2013). Lisäksi vertailen tuloksia kunnittain, jolloin pääsemme tarkastelemaan myös alueellisia eroja toimeentulotukiasiakkaiden profiilissa. Toimeentulotukiasiakkaiksi määrittävät tutkimuksessa THL:n toimeentulotukirekisterin pohjalta kaikki ne, joilla on vuoden aikana vähintään yhdeltä kuukaudelta merkintä toimeentulotuen saannista. Myös henkilön puoliso lasketaan tällöin toimeentulotuen saajaksi, vaikka tätä ei olisikaan merkitty toimeentulotukirekisterissä nk. viitehenkilöksi (kotitaloudesta vain yksi henkilö haake toimeentulotukea). Käyttämässäni

toimeentulotukirekisterissä on tiedot ajalta 2005–2011, eli tiedossa on, onko henkilö saanut tukea tällä ajanjaksolla nollasta seitsemään vuoteen⁷. Koska aiemmalla ajanjaksolla ei ole tietoja, voi kyseessä olla myös yli seitsemän vuotta kestänyt tukijakso (siksi käytän tuloksissa merkintää 7+).

Taulukossa 1 on kuvattu toimeentulotuen saajien osuuksia ikäryhmittäin tutkimuskunnissa vuonna 2011. Nuorten toimeentulotuen saannin riski muihin ikäryhmiin verrattuna on suuri. Esimerkiksi Vantaalla nuorista 18–24-vuotiaista jopa 14,4 prosenttia sai vuonna 2011 toimeentulotukea, kun 55–64-vuotiaista tukea sai alle kuusi prosenttia (taulukko 1). Lähes puolet kaikista kolmen kaupungin tuensaajista taas oli alle 35-vuotiaita. Toisaalta nuorilla toimeentulotuen käyttö on harvemmin pitkäkestoista kuin muissa ikäryhmissä (ks. myös Parpo & Moisio 2006) (kuvio 1). Miesten osuus tuensaajista on hieman naisia suurempi.

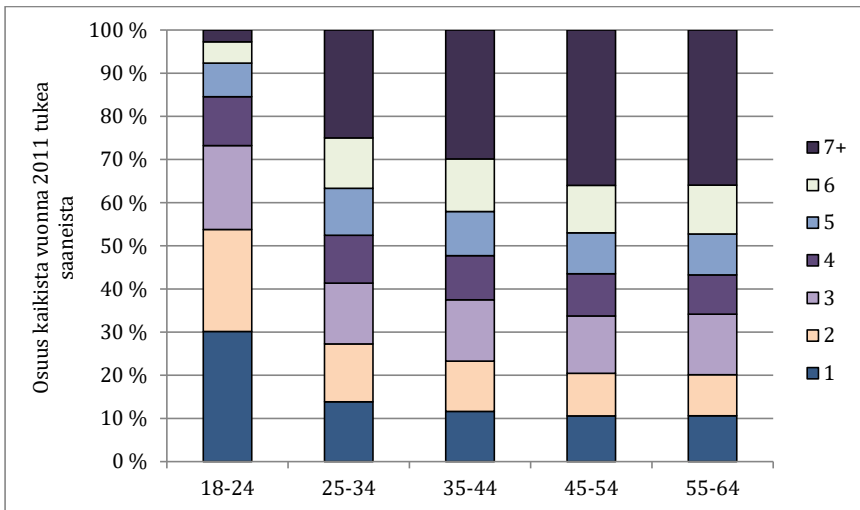
Taulukko 1. Toimeentulotukiasiakkaiden osuus ikäryhmästä, 2011.

	Espoo			Helsinki			Vantaa		
	Osuus ikäryhmästä	Lukumäärä	Miesten osuus	Osuus ikäryhmästä	Lukumäärä	Miesten osuus	Osuus ikäryhmästä	Lukumäärä	Miesten osuus
18-24	11,5 %	2679	49,5%	13,2%	8032	49,5%	14,4%	2638	47,0%
25-34	7,5 %	2826	52,8%	8,9%	9737	51,3%	10,8%	3258	50,0%
35-44	5,9 %	2218	51,7%	9,5%	7814	54,6%	9,4%	2782	51,0%
45-54	5,9 %	2091	53,6%	9,7%	7920	55,7%	8,2%	2414	53,9%
55-64	4,4 %	1313	53,3%	6,9%	5240	54,8%	5,9%	1566	49,1%
Kaikki toimeentulotukiasiakkaat (18-64)	7,0 %	11127	52,2 %	9,6 %	38743	53,2 %	9,8 %	12658	50,2 %
Ei tukea saaneiden määrä (18-64)		153209			371640			121133	

Tutkimuksessa tarkastellaan myös tuensaannin keston yhteyttä terveystuenteiden käyttöön, koska pitkäkestoisen tuensaannin voidaan olettaa kertovan syvemmästä huono-osaisuudesta. Kuviossa 1 on esitelty tukivuosien määrä eri ikäryhmissä (liitetaulukossa 1 tuen kesto on esitelty lisäksi kunnittain ja sukupuolen mukaan jaoteltuna). Ajanjaksolla 2005–2011 joka vuosi tukea saaneiden osuus on huomattava erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä: yli 35 prosenttia 45–64-vuotiaiden keskuudessa. Nuorimmassa ikäryhmässä noin kolmannes on saanut tukea vain vuoden verran, mikä tosin liittyy myös ikärajaan, eli esimerkiksi vuoden 2011 18-vuotiaat eivät ole voineet saada tukea aiempina vuosina.

Perusterveydenhuollon palveluiden käyttö

Alla olevat tulokset osoittavat, että toimeentulotukiasiakkaat käyttävät julkisia perusterveydenhuollon palveluita keskimäärin enemmän kuin muu väestö kaikissa tutkimuskunnissa ikään ja sukupuoleen katsomatta. Tämä voi johtua osaksi siitä, että toimeentulotukiasiakkailla ei yleensä ole oikeutta työterveyshuoltoon, mutta toisaalta myös siitä, että huono-osaisilla suomalaisilla, joihin useat toimeentulotukiasiakkaatkin voidaan lukea, on muuta väestöä heikompi terveydentila.



Kuvio 1. Vuoden 2011 toimeentulotukiasiakkaiden tuensaannin kesto ikäryhmittäin.

Taulukko 2. Perusterveydenhuollon lääkäreiden vastaanottokäynnit (keskiarvo) vuonna 2011 sukupuolen, ikäryhmän ja kunnan mukaan: toimeentulotukea saaneet ja muut.

	Espoo			Helsinki			Vantaa			
	Ei saanut toimeentulotukea	Sai toimeentulotukea	Suhde	Ei saanut toimeentulotukea	Sai toimeentulotukea	Suhde	Ei saanut toimeentulotukea	Sai toimeentulotukea	Suhde	
Miehet	18-24	0,4	1,2	3,1	0,5	1,2	2,6	0,7	1,6	2,3
	25-34	0,3	1,4	5,4	0,3	1,5	4,4	0,5	1,9	4,2
	35-44	0,2	1,8	7,1	0,4	1,9	5,0	0,5	2,2	4,8
	45-54	0,3	1,9	6,0	0,5	2,2	4,8	0,5	2,4	4,4
	55-64	0,5	1,8	3,3	0,7	2,3	3,3	0,9	2,7	2,9
	Keski-arvo	0,3	1,6	5,0	0,5	1,8	4,0	0,6	2,2	3,7
Naiset	18-24	0,7	2,0	2,9	0,8	2,2	2,8	1,1	2,7	2,5
	25-34	0,6	2,5	3,9	0,7	2,3	3,5	0,9	2,8	3,1
	35-44	0,6	2,6	4,7	0,7	2,7	4,1	0,8	2,9	3,4
	45-54	0,6	3,0	5,3	0,6	2,9	4,7	0,8	3,6	4,4
	55-64	0,7	2,6	3,5	0,8	2,9	3,5	1,2	3,7	3,1
	Keski-arvo	0,6	2,5	4,1	0,7	2,6	3,7	1,0	3,1	3,3

Huom. Suhde kertoo toimeentulotuki-asiakkaiden käyntimäärän suhteessa muuhun väestöön.

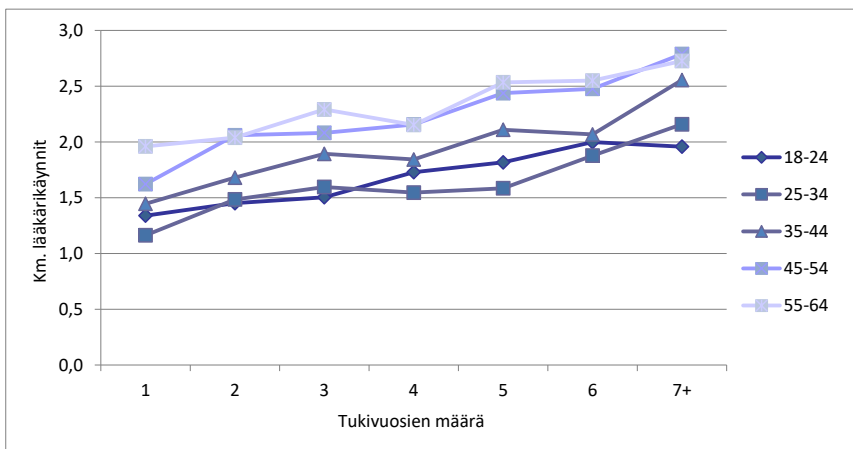
Kun tarkastelemme perusterveydenhuollon lääkärikäyntejä, huomaamme, että kuntien välillä on merkittäviäkin eroja (taulukko 2). Espoossa ero toimeentulotukiasiakkaiden ja muun väestön välillä on suurin ja Vantaalla pienin. Nuorimmassa ja vanhimmassa ikäryhmässä erot ovat pienimmät kaikissa kaupungeissa ja lisäksi naisilla erot ovat pienemmät kuin miehillä. Sukupuolten välinen ero vastaa Morrisin ym. (2005) tulosta, joka osoitti, että lääkärikäyntien määrä kasvoi miehillä huomattavasti naisia enemmän toimeentulotuen saannin yhteydessä. Toisaalta se vastaa myös ajatusta siitä, että naisilla esimerkiksi parisuhteen päättyminen voi olla suurempi taloudellinen riski ja syy toimeentulotukeen turvautumiseen (Clausen, 1998). Ikäryhmittäiset tulokset taas kertonevat siitä, että valikoituminen ”parhaassa työiässä” (35–44-vuotiaat) toimeentulotukiasiakkaaksi on useammin yhteydessä huonoon terveyteen tai että toimeentulotuen vaikutukset terveyteen ovat tällöin vahvemmat. Espoossa, missä toimeentulotukiasiakkaita on tutkimuskunnista vähiten (taulukko 1), erot muuhun

väestöön ovat suurimmat.⁸ Tätä tulosta voi verrata Martikaisen ym. (2007) havaintoon, että laman aikana työttömyyden vaikutukset terveyteen ovat vähäisemmät kuin talouskasvun aikana. Toisaalta tutkimustulos voi kirjoittajien mukaan johtua myös tiukemmasta valikoitumisesta työttömyyteen talouskasvun aikana. Tässä pitää tosin huomioida se, että Espoossa toimeentulotukea saavat käyttävät palveluita kuitenkin vähemmän kuin helsinkiläiset tai vantaalaiset toimeentulotukiasiakkaat ja eroa muuhun väestöön selittää ei tukea saavien vähäinen palveluiden käyttö.

Kun tarkastelemme samanaikaisesti yksilön tukivuosien määrää vuosina 2005–2011 ja perusterveydenhuollon lääkärikäyntejä (kuvio 2), näemme, että tuen kesto on voimakkaasti yhteydessä lääkärikäyntien määrään. Samalla näemme, että käyntien ja tukivuosien määrät ovat yhteydessä toisiinsa samalla tavoin kaikissa ikäryhmissä. Käyntimäärä on yli puolitoistakertainen niillä asiakkailla, jotka ovat saaneet tukea seitsemän vuotta tai enemmän verrattuna ensimmäisen vuoden asiakkaai-

siin. Vastaavasti Aaltonen ym. (2013) havaitsivat, että pidempään tukea saaneilla toimeentulotuesta korvatut mediaanilääkemenot olivat huomattavasti korkeammat kuin lyhytaikaisilla asiakkailla. Tulokset eivät kuitenkaan kerro, onko kyseessä valikoituminen vai syyseuraussuhde. Tämän todentamiseksi tulee jatkotutkimuksissa seurata samoja henkilöitä vuodesta toiseen.

toimeentulotukiasiakkaiden ja muiden kaupunkilaisten välillä on kuitenkin jälleen tuntuva, joskin pienempi kuin perusterveydenhuollon kohdalla. Toimeentulotukiasiakkaat käyttävät erikoissairaanhoidon palveluita noin kaksi kertaa enemmän kuin muu väestö. Perusterveydenhuollosta poiketen ero nuorten naisten keskuudessa on erityisen suuri.



Huom. Kuviossa huomioitu vain vuonna 2011 tukea saaneet.

Kuvio 2. Toimeentulotukiasiakkaiden perusterveydenhuollon lääkäreiden vastaanottokäynnit (keskiarvo) tukivuosien mukaan vuonna 2011.

Erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö

Taulukosta 3 käy ilmi, että erikoissairaanhoidossa (pois lukien psykiatrian lääkärikäynnit) erot kuntien välillä ovat pienemmät kuin perusterveydenhuollon kohdalla. Lisäksi ero miesten ja naisten välillä on lähes olematon. Ero

Taulukossa 4 kuvataan psykiatrian lääkärikäyntejä. Erot toimeentulotukiasiakkaiden ja muun väestön välillä ovat huomattavan suuret. Huomio kiinnittyy erityisesti nuoriin 25–34-vuotiaisiin miehiin, jotka käyttävät psykiatrian palveluita yli kymmenkertaisesti muuhun ikäryhmään verrattuna. Kunnittaiset tulokset ovat keskimäärin sa-

Taulukko 3. Erikoissairaanhoidon käynnit (pl. psykiatria) (keskiarvo) vuonna 2011 sukupuolen, ikäryhmän ja kunnan mukaan: toimeentulotukea saaneet ja muut.

	Espoo			Helsinki			Vantaa			
	Ei saanut toimeentulotukea	Sai toimeentulotukea	Suhde	Ei saanut toimeentulotukea	Sai toimeentulotukea	Suhde	Ei saanut toimeentulotukea	Sai toimeentulotukea	Suhde	
Miehet	18-24	0,5	1,0	2,1	0,4	0,8	1,8	0,4	0,6	1,4
	25-34	0,4	1,3	3,0	0,4	1,0	2,3	0,4	0,7	1,6
	35-44	0,5	1,3	2,6	0,5	1,4	2,7	0,5	1,2	2,3
	45-54	0,8	2,1	2,8	0,7	1,7	2,2	0,7	1,6	2,3
	55-64	1,2	1,9	1,6	1,3	2,3	1,9	1,2	1,7	1,5
	Keskiarvo	0,7	1,5	2,4	0,7	1,4	2,2	0,6	1,2	1,8
Naiset	18-24	0,8	1,8	2,4	0,6	1,5	2,5	0,6	1,6	2,5
	25-34	1,3	2,4	1,9	1,0	2,1	2,2	1,2	1,9	1,6
	35-44	1,1	1,9	1,8	1,0	2,0	2,0	0,9	1,9	2,1
	45-54	1,1	2,5	2,3	1,0	2,1	2,2	1,0	1,7	1,8
	55-64	1,3	2,8	2,1	1,4	2,6	1,8	1,3	1,8	1,4
	Keskiarvo	1,1	2,3	2,1	1,0	2,1	2,1	1,0	1,8	1,9

Huom. Suhde kertoo toimeentulotukiasiakkaiden käyntimäärän suhteessa muuhun väestöön.

mansuuntaiset: miesten kohdalla ero on Espoota ja Vantaata pienempi Helsingissä, kun taas naisten kohdalla Espoossa ero on suurin ja Vantaalla pienin. Myös Hammer & Hyggen (2010) ovat huomanneet mielenterveysongelmien olevan voimakkaasti yhteydessä toimeentulotuen saantiin nuorilla norjalaisilla. Osaksi tämä voi selittyä kou-

lupudokkuudella ja alhaisella sosioekonomisella perhetaustalla, jotka osaltaan myös lisäävät toimeentulotukeen turvautumista ja sen pitkittymistä nuorilla aikuisilla (Hammer & Hyggen 2010; Kauppinen ym. 2014).

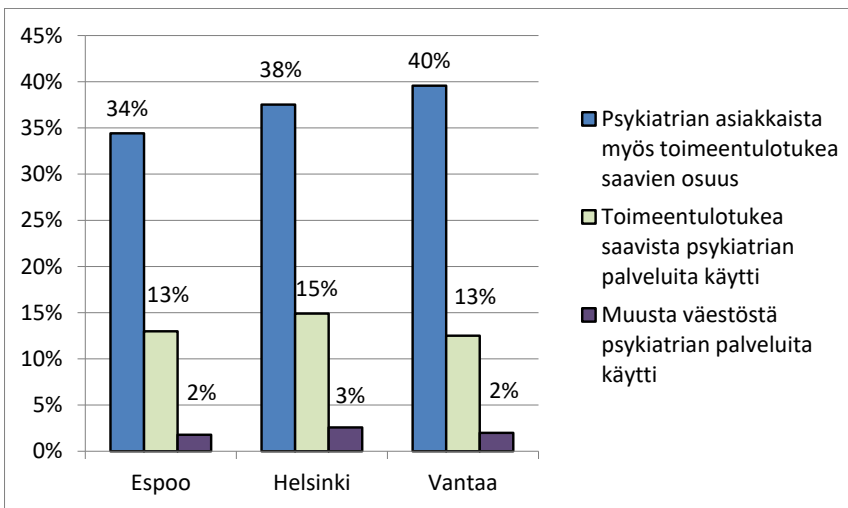
Taulukko 4. Erikoissairaanhoidon psykiatrian käynnit (keskiarvo) vuonna 2011 sukupuolen, ikäryhmän ja kunnan mukaan: toimeentulotukea saaneet ja muut.

	Espoo			Helsinki			Vantaa			
	Ei saanut toimeentulotukea	Sai toimeentulotukea	Suhde	Ei saanut toimeentulotukea	Sai toimeentulotukea	Suhde	Ei saanut toimeentulotukea	Sai toimeentulotukea	Suhde	
Miehet	18-24	0,2	0,7	3,9	0,2	1,2	5,4	0,1	1,2	8,6
	25-34	0,2	3,3	16,1	0,2	2,7	12,9	0,2	2,3	12,9
	35-44	0,2	2,1	10,6	0,2	2,3	9,3	0,2	1,8	11,2
	45-54	0,2	0,9	5,9	0,2	1,1	4,5	0,2	1,0	6,0
	55-64	0,1	0,8	7,7	0,2	0,6	2,9	0,1	0,6	5,4
	Keski-arvo	0,2	1,6	8,8	0,2	1,6	7,0	0,2	1,4	8,8
Naiset	18-24	0,4	2,1	4,9	0,4	2,0	4,7	0,4	2,0	4,7
	25-34	0,3	3,5	10,4	0,4	2,9	8,4	0,3	2,1	7,8
	35-44	0,3	2,1	7,6	0,4	2,5	6,4	0,2	1,4	5,5
	45-54	0,2	1,7	7,9	0,3	2,3	6,6	0,3	1,4	5,6
	55-64	0,2	1,0	5,9	0,3	1,5	5,5	0,2	0,9	5,2
	Keski-arvo	0,3	2,1	7,3	0,4	2,2	6,3	0,3	1,6	5,8

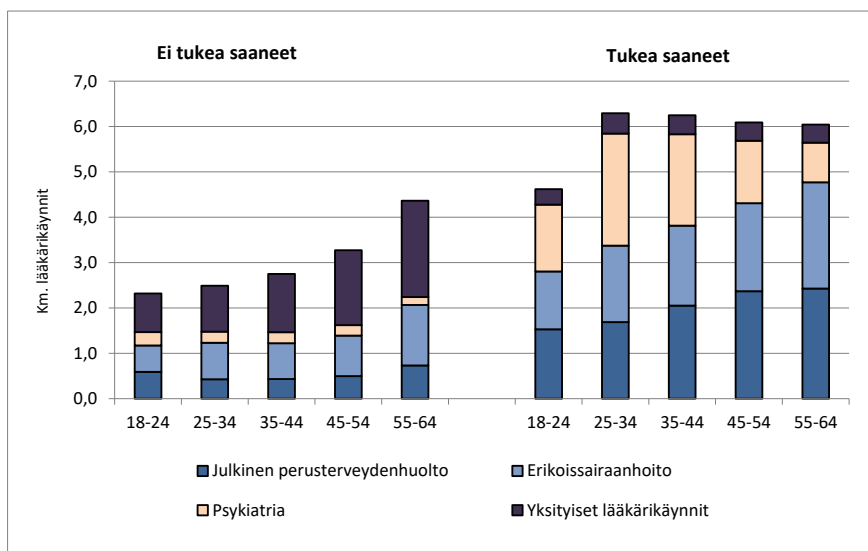
Huom. Suhde kertoo toimeentulotukiasiakkaiden käyntimäärän suhteessa muuhun väestöön.

Kuviosta 3 käy lisäksi ilmi, että käynnit psykiatrilla ovat voimakkaasti yhteydessä toimeentulotukiasiakkuuteen. Psykiatrian asiakkaista reilusti yli kolmannes sai toimeentulotukea ja toisin päin tarkasteltuna 14 prosenttia toimeentulotukiasiakkaista oli käyttänyt myös psykiatrian palveluita, kun muussa väestössä luku oli noin 2 prosenttia. Kausaliteettisuhde on jälleen tämän tuloksen suhteen epäselvä, sillä tulos kuvaa ainoastaan palvelun käytön ja toimeentulotukiasiakkuuden yhteyttä. Tästä huolimatta voidaan arvioida, että oli kyse sitten ennaltaehkäisystä tai työkyvyn kehittämisestä, nämä tulokset kertovat siitä, että pienituloisuuden ja työmarkkinoilta syrjäytymisen vastaisessa työssä mielenterveyspalveluiden kohentamisen tulee olla prioriteettialueella korkealla. Samaan on päätyttyä OECD (2014) mielenterveyspalveluihin panostamiseen tähtäävässä suosituksessaan.

Näiden edellä esitettyjen tulosten perusteella voidaan olettaa, että osalla toimeentulotukiasiakkaista on selkeästi muuta väestöä heikompi terveydentila. Tähän terveyspalveluiden käytössä esiintyvään huomattavaan eroon vaikuttaa jossain määrin yksityisten palveluiden käyttö. Kuviossa 4 on otettu huomioon tämä seikka ja laskettu yhteen yllä esitety palveluiden käyttö ja Kelan korvaamien yksityisten lääkäripalveluiden käyttö. Yksityiset palvelut eivät kuro umpeen eroa toimeentulotukea saavien ja muiden välillä, vaan ero on yhä selvä kaikissa ikäryhmissä. Kuviosta näkyy lisäksi, että toimeentulotukiasiakkaat käyttävät yksityisiä palveluita muita huomattavasti vähemmän. Todennäköisesti ero kaventuisi, mutta ei poistuisi, jos työterveyspalvelut lisättäisiin kuvioon. Nguyen & Seppälä (2014) ovat laskeneet kyselytutkimuksen perusteella, että työikäisellä väestöllä työterveyslääkäripalveluiden kesikäyttömäärä oli 0,9.



Kuvio 3. Psykiatrian lääkärikäyntien ja toimeentulotuen välinen yhteys.



Kuvio 4. Kaikkien käyntien yhteislukumäärä yksityiset Kelan korvaamat lääkärikäynnit mukaan lukien.

LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ JA KUSTANNUKSET

Kelan rekisteritiedot kertovat henkilöiden Kelan korvauksen piiriin kuuluvista lääkkeiden kustannuksista. Lääkkeiden käyttö täydentää kuvaa toimeentulokiasiakkaiden terveydentilasta, vaikka edellä on myös mainittu aiempaan tutkimukseen perustuen, että monet pienituloiset karsivat menoja juuri esimerkiksi lääkkeiden kohdalla (Hannikainen-Ingman ym. 2013). Kaupunkien välillä erot lääkkeiden käytössä ovat lähes olemattomat, mutta ero on jälleen merkittävä toimeentulotukea saaneiden ja muun väestön välillä: toimeentulokiasiakkailla lääkekustannukset ovat noin kaksinkertaiset muuhun väestöön verrattuna (tulokset esitetty liitetäulukossa 2). Tämä on hyvä muistaa silloin, kun suunnitellaan muutoksia lääkekorvausjärjestelmään. Toki voi olla myös niin, että monet

hakevat toimeentulotukea juurikin lääkeostoksia kattaakseen. Aaltonen ym. (2013) ovat tutkimuksessaan analysoineet tarkemmin helsinkiläisten toimeentulokiasiakkaiden lääkemenoja. Heidän tulosten mukaan noin puolelle toimeentulotukea saaneista kotitalouksista korvattiin lääkemenoja. Näistä tuloksista voi vetää johtopäätöksen, että lääkkeiden omavastuuosuuksien korottaminen siirtää kustannuksen osittain toimeentulotukiluukulle.

JOHTOPÄÄTÖKSET: LISÄÄ SOSIAALIPOLITIikkaa TERVEYDENHUOLTOON JA TERVEYS SOSIAALIPOLITIikan KESKIÖÖN

Tutkin artikkelissa toimeentulokiasiakkaiden terveystalouden käyttöä kolmessa pääkaupunkiseudun kaupungissa. Toimeentulotuen tarkastelu on

kiinnostavaa, sillä kyseessä on Suomen sosiaaliturvan viimesijainen tuki ja muutokset tuen saannissa kertovat niin yhteiskunnassa tapahtuvista muutoksista kuin muun sosiaaliturvan riittävydestä. Samalla kyseessä on henkilöryhmä, johon usein lukeutuu Suomen huono-osaisimmat.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (STM, 2016) painotetaan, että

- kaikkein heikoimmassa asemassa olevien taloudellista toimeentuloa parannetaan;
- samalla toimeentulotuen ja siihen kytkettyjen kunnallisten palveluiden ja työllistämispalveluiden tulisi muodostaa eheä kokonaisuus; sekä
- asianmukaisen tuen ja avun saamisen varmistamiseksi toimeentulotuen hakijan tulisi saada ammattihenkilön apua.

Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi ja toimeentulotukiasiakkaiden tukemiseksi entistä tehokkaammin ja vaikuttavammin tarvitsemme lisätietoa toimeentulotukiasiakkaiden palveluiden käytöstä, tarpeista ja erilaisista mekanismeista, jotka johtavat toimeentulotuen turvautumiseen ja lopulta siitä irti pääsemiseen. Artikkelin tulokset kertovat selvästi toimeentulotukiasiakkaiden keskimäärin muita merkittävästi suuremmasta terveyspalveluiden käytöstä. Myös Nguyen & Seppälä (2014) ovat havainneet pienituloisten käyttävän terveyskeskuspalveluita muita enemmän. Tämä tulos ei sinänsä ole yllättävä, sillä toimeentulotukiasiakkaiden ryhmä eroaa muusta väestöstä esimerkiksi koulutuksen ja työllisyyden suhteen,

joiden taas on osoitettu olevan yhteydessä sairastavuuteen ja siten palveluiden käyttöön (McKee-Ryan ym. 2005; TEM 2008; Vaalavuo ym. 2013). Lisäksi aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet pienituloisuuden olevan kiinteästi yhteydessä henkilön terveydentilaan niin Suomessa kuin muuallakin (Mackenbach ym., 1997; Lynch & Kaplan 2000; Siegrist & Marmot 2006; Palosuo ym. 2009; Martelin ym. 2014). Toisaalta artikkelin tulokset eivät kerro siitä, saavatko toimeentulotukiasiakkaat *tarpeeseensa nähden* riittävästi terveydenhuollon palveluita – aiempien tutkimusten (esim. Hannikainen-Ingman ym. 2013) perusteella voi tosin arvioida, etteivät saa.

Tulokset kuntien välillä ovat samansuuntaiset, mutta toisaalta nähdään, että Espoossa ero toimeentulotukiasiakkaiden ja muun väestön välillä on suurin erityisesti perusterveydenhuollon palveluita tarkasteltaessa. Kunnittaiset erot voivat kertoa erilaisesta valikoitumisesta toimeentulotuen asiakkaaksi (vrt. Martikainen ym. 2007), toimeentulotuen ja siihen johtaneiden syiden erilaisista vaikutuksista terveyteen, yleisestä julkisten terveyspalveluiden käytöstä tai terveyspalveluiden saatavuudesta eri kunnissa. Näiden mahdollisten tekijöiden vaikutuksen selvittäminen vaatii jatkotutkimusta. Ikäryhmittäinen tarkastelu kertoo, että erityisesti ”parhaassa työiässä” olevat miehet eroavat ikäryhmästään palveluiden käytön suhteen. Tämä tulee esille varsinkin psykiatrian käynneissä. Psykiatrian palveluiden käytön laajuus toimeentulotukiasiakkaiden parissa herättääkin kysymyksen, panostetaanko mielenterveysongelmien ehkäisyyn ja vähentämiseen tarpeeksi ja otetaanko mielenterveysongelmista

aiheutuvia laajempia kustannuksia tarvittavalla tavalla huomioon poliittisessa päätöksenteossa. Myös OECD (2014) on huomionnut mielenterveysongelmien yhteyden muihin suoriin ja epäsuoriin kustannuksiin niin yksilö- kuin yhteiskuntatasolla ja huomauttaa, että puolet mielenterveysongelmista kärsivistä aikuisista on kärsinyt ongelmasta jo nuoruudessaan.

Selvittämällä toimeentulotukiasiakkaiden terveyspalveluiden käyttöä, terveydentilaa ja sen vaihtelua asiakkuuden eri vaiheissa ja erilaisilla asiakkailla voimme jatkossa myös kehittää resurssien kohdentamista kustannusvaikuttavasti. Jo esitettyjen tulosten avulla on mahdollista pohtia, missä määrin pitkäaikaiset tukiasiakkaat ovat potentiaalisesti työmarkkinoiden käytössä ja missä määrin tulisi tukea heidän terveyden ylläpitoa heti tukiasiakkuuden alkaessa. Tutkimustulokset voisivat kannustaa kuntia myös ehkäisevään toimintaan, sillä tulosten perusteella voimme perustellusti todeta, että toimeentulotuen 736 miljoonan euron vuosikustannukset⁹ ovat yhteydessä huomattavasti laajempiin sosiaali- ja terveyssektorin kustannuksiin.

Tämän tutkimuksen tuloksista voivat hyötyä niin sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekijät, sosiaalityöntekijät kuin myös terveydenhuollon henkilökunta. On tärkeää ymmärtää, että toimeentulotukiasiakkaiden ryhmä on heterogeeninen, jolloin sekä syyt toimeentulotuen saantiin että mahdolliset seuraukset ovat moninaiset. Terveyspalveluiden voimakas käyttö osalla toimeentulotukiasiakkaista viittaa siihen, että heikko terveys on yksi tärkeä tekijä tukiasiakkuuden ymmär-

tämisessä. Kunnissa tämä tarkoittaa, että sosiaalityöntekijät tarvitsevat moninaisia työkaluja asiakkaan aseman parantamiseen ja yhteistyö terveydenhuollon palvelutarjonnan kanssa on tärkeää. Valtakunnan tasolla pitää pohtia sitä, onko sairausvakuutusjärjestelmämme etenkin huono-osaisten kohdalla riittävä ja voisiko terveydenhuollon asiakasmaksuja pienentämällä vähentää sairaiden joutumista toimeentulotukiasiakkaiksi. Tätä kysymystä pohtivat myös Aaltonen ym. (2013) analysoidessaan toimeentulotuesta maksettuja terveyskuluja Helsingissä. He arvioivat, että toimeentulotuen tarvetta voisi vähentää poistamalla omavastuuosuudet pienituloisilta terveyspalveluiden käyttäjiltä. Kela-siirron myötä asiaan voisi olla helpompi puuttua.

Toisaalta terveyspalveluiden huomattavan suuri käyttö erityisesti pitkäaikaisilla toimeentulotuen saajilla voi kertoa myös syrjäytymisen mekanismista. On löydettävä menetelmiä, joiden avulla potentiaaliset pitkäaikaisasiakkaat tunnistetaan varhain, ja panostettava heidän toimeentulo-ongelmiensa korjaamiseen ja mahdollisten terveysongelmien syntymisen ehkäisyyn tai vähentämiseen. Tätä varten tutkimusta toimeentulotukiasiakkaista ja asiakkuuteen johtavista mekanismeista tarvitaan lisää. Tässä tutkimuksessa ei ole selvitetty terveyspalveluiden käytön ja toimeentulotukiasiakkuuden välillä olevaa kausaalisuhdetta tai sen suuntaa; tähän pitäisi pyrkiä jatkotutkimuksessa. Myös sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työtä tekevien tulisi paremmin hahmottaa terveysongelmiin liittyvät taloudelliset ongelmat, jotta he voisivat monipuolisemmin auttaa potilaita ja ohjata heidät lääketieteellisen hoidon jälkeen oikei-

siin sosiaalipalveluihin. Sosiaali- ja terveystieteiden integroinnissa tämän asian organisointi tulisi olla yhtenä päämääränä.

Perustuen tutkimustulokseen toimeentulotukiasiakkaiden muuta väestöä suuremmasta terveystieteiden käytöstä sekä aiempaan tutkimukseen pienituloisuuden ja heikon terveydentilan välisestä yhteydestä voisi sosiaali- ja terveystieteiden kehittämistä pohtia jatkossa seuraavista näkökulmista käsin:

- Aktivointipolitiikka ei voi olla kaiken toimeentulotukiasiakkaille kohdistetun toiminnan perusta, myös muita tukitoimia tarvitaan. Samalla aktivointipolitiikan suunnittelussa tulisi kiinnittää huomiota henkilön terveydentilaan nykyistä enemmän.
- Tarvitaan lisää resursseja toimeentulotukiasiakkaiden (sekä työttömien ja etenkin pitkäaikaistyöttömien) terveydentilan seurantaan ja terveyden tukemiseen (ks. myös Saikku 2009; TEM 2011).
- Kela-siirron myötä pitäisi kehittää järjestelmä, jonka avulla voitaisiin ”liputtaa” tukea hakevista ne, joilla tuen saannin syynä/seurauksena on heikentynyt terveydentila. Tähän voitaisiin käyttää rekisteritietoja.

Kehittämistyö vaatii kuitenkin myös jatkuvaa lisätietoa ja tutkimusta, johon on jo artikkelin aiemmissa osissa viitattu. Tämä työ edellyttää käyttökelpoisia aineistoja. Tässä tutkimuksessa käytetyn laajan aineiston keruu ja kokoaminen on ollut haastavaa, sillä kaupunkien rekisterit on suunniteltu erilaisille pohjille ja merkitsemiskäytännöt vaihtelevat kaupunkien välillä. Lähes kaiken rekis-

teritutkimuksen tärkein sanoma saattaaakin olla, että yhtenäisempi valtakunnallinen käytäntö tällaisten rekisterien keräämisessä ja suunnittelussa tuottaisi pidemmän päälle hyötyä kerättyjen tietojen analysoinnin ja vertailtavuuden suhteen. Jossain määrin kaupunkien vertaileminen keskenään kärsii rekisterien harmonisoinnin puutteesta. Samoin kaupunkien sisällä tapahtuneet merkitsemiskäytäntöjen muutokset vuosien varrella vaikuttavat analyysiin.

VIITTEET

- 1 Erinomaisena poikkeuksena Juho Saari (2015) tosin kirjoittaa erilaisten huonosaisten ryhmien sisäisestä hajanaisuudesta.
- 2 Yksin asuvalla henkilöllä toimeentulotuen perusosa on 485,50 euroa (vuonna 2014); kotitalouden toisella aikuisella 85 prosenttia tästä summasta. 18 vuotta täyttäneellä vanhempiensa luona asuvalle lapsella toimeentulotuen suuruus on 73 prosenttia yksinasuvan perusosasta, 10–17-vuotiaalla 70 prosenttia ja alle 10-vuotiaalla 63 prosenttia. Yksinhuoltajalle toimeentulotuen perusosa maksetaan korotettuna (534,05 euroa). (<http://stm.fi/documents/1271139/1427700/Toimeentulotuki1.pdf/58dc0920-fdef-43f4-a016-17326e8a7caf>).
- 3 Tosiasiassa terveystieteiden kattava toimeentulotuen osuus on varmasti suurempi kuin Aaltosen ym. (2013) laskema 10 prosenttia, sillä tämä kattaa vain maksusitoumukset. Tämän lisäksi tilille maksettava toimeentulotuki voi korvata asiakkaan itse maksamia lääkeliikenne- ja palvelumenoja. THL:n toimeentulotukirekisteriin ei erikseen kirjata toimeentulotuen käyttökohteita.
- 4 Perustuu Sotkanetin tilastotietoihin: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku>.
- 5 Kimmoisuudella Saari viittaa henkilön sietokykyyn tai ”resilienssiin”.
- 6 Kunnallisen terveydenhuollon maksukatto on 679 euroa vuodessa (vuonna 2014), mikä saattaa olla monelle pienituloiselle

suuri kynnys ja myös syy hakea toimeentulotukea.

7 THL:n toimeentulotukirekisteriin on kuitenkin kerätty tietoja jo vuodesta 1985 lähtien.

8 Toisaalta Vantaalla muu väestö käyttää palveluita joka tapauksessa enemmän kuin Helsingissä tai Espoossa. Tämä ei välttämättä kerro ainoastaan kaupunkilaisten terveydentilasta, vaan myös palveluiden tarjonasta, saavutettavuudesta sekä rekisterien kirjaamiskäytännöistä.

9 Suorien kustannusten lisäksi toimeentulotukityö työllistää kuntien sosiaalityöntekijöitä ja -ohjaajia huomattavissa määrin ja osa sosiaalityöntekijöistä katsookin, että sosiaalityö on jäänyt etuuskäsittelyn jalkoihin (Blomgren & Kivipelto 2012; Saikku & Kuivalainen 2013).

KIRJALLISUUS

- Aaltonen, Katri & Ahola, Elina & Martinkainen, Jaana (2013) Toimeentulotuen käyttö terveys- ja lääkemenoihin Helsingissä 2008–2010. Teoksessa Elina Ahola & Heikki Hiilamo (toim.) *Köyhyyttä Helsingissä. Toimeentulotuen saajat ja käyttö 2008–2010. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 127. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 99–110.
- Aaltonen, Sanna & Berg, Päivi & Ikäheimo, Salla (2015) Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto.
- Ahola, Elina & Hiilamo, Heikki (2013) Johdanto. Teoksessa Elina Ahola & Heikki Hiilamo (toim.) *Köyhyyttä Helsingissä. Toimeentulotuen saajat ja käyttö 2008–2010. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 127. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 11–17.
- Andersen, Ronald (1995) Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior* 36 (1): 1–10.
- Andersen, Ronald & Newman, John F. (2005, alkup. 1973) Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly* 83 (4): 1–28.
- Arrow, J.O. (1996) Estimating the influence of health as a risk factor on unemployment: a survival analysis of employment durations for workers surveyed in the German Socio-Economic Panel (1984–1990). *Social Science & Medicine* 42 (12): 1651–1659.
- Benjamins, Maureen Reindel & Hummer, Robert A. & Eberstein, Isaac W. & Nam, Charles B. (2004) Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. *Social Science & Medicine* 59 (6): 1297–306.
- Blane, David & Smith, George Davey & Bartley, Mel (1993) Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health & Illness* 15 (1).
- Blomgren, Sanna & Kivipelto, Minna (2012) Valtaistus. Valtakunnallinen sosiaalityön kartoitus. Raportti 27. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Bäckman, Olof & Bergman, Åke (2011) Escaping welfare? Social assistance dynamics in Sweden. *Journal of European Social Policy* 21(5): 486–500.
- Cappellari, Lorenzo & Jenkins, Stephen P. (2008) The dynamics of social assistance receipt. Measurement and modelling issues, with an application to Britain. OECD Social, Employment and Migration Working Papers. No. 67. Paris: OECD.
- Clausen, S-E. (1996) A Classification of social assistance recipients in Norway. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 5: 208–214.
- Van Doorslaer, Eddy & Masseria, Christina & the OECD Health Equity Research Group (2004) Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. OECD Health Working Paper, no. 14. Paris: OECD.
- Euroopan komissio (2013) Investing in Health. Commission Staff Working Document. February 2013. http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health_en.pdf Luettu 25.8.2016.
- Forssén, Katja & Roivainen, Irene & Ylinen, Satu & Heinonen, Jari (2012) Kohtaako sosiaalityö köyhyyden? Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja. Kuopio: UNIpress.
- Hammer, Torild & Hyggen, Christer (2010) Lost in transition? Substance abuse and

- risk of labour market exclusion from youth to adulthood. *Norsk Epidemiologi* 1: 93–100.
- Hannikainen-Ingman, Katri & Kuivalainen, Susan & Sallila, Seppo (2013) Toimeentulotuen asiakkaiden elinolot ja hyvinvointi. Teoksessa Susan Kuivalainen (toim.) Toimeentulotuki 2010-luvulla. Raportti 9/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 81–112.
- Idler, Ellen L. & Benyamini, Yael (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 38 (1): 27–37.
- Kaplan, George A. & Goldberg, Debbie E. & Everson, Susan A. & Cohen, Richard D. & Salonen, Riitta & Tuomilehto, Jaakko & Salonen, Jukka (1996) Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischemic heart disease risk factor study. *International Journal of Epidemiology* 25 (2): 259–65.
- Kauppinen, Timo M. & Angelin, Anna & Lorentzen, Thomas & Bäckman, Olof & Salonen, Tapio & Moisio, Pasi & Dahl, Espen (2014) Social background and life-course risks as determinants of social assistance receipt among young adults in Sweden, Norway and Finland. *Journal of European Social Policy* 24 (3): 273–288.
- Keskimäki, Ilmo (2006) Use of health services in different social groups. Teoksessa Seppo Koskinen & Arpo Aromaa & Jussi Huttunen & Juha Teperi (toim.) Health in Finland. Helsinki: National Public Health Institute, National Research and Development Centre for Welfare and Health & Ministry of Social Affairs and Health, 153–155.
- Korpi, Tomas & Nelson, Kenneth & Stenberg, Sten-Åke (2007) The accumulation of social problems 1974–2000. *International Journal of Social Welfare* 16: S91–S104.
- Kuivalainen, Susan (2004) Missä määrin toimeentulotuki poistaa köyhyyttä? *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (6): 583–593.
- Kuivalainen, Susan (2013): Toimeentulotuen muuttunut asema. Teoksessa Susan Kuivalainen (toim.) Toimeentulotuki 2010-luvulla. Raportti 9/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 15–34.
- Laki toimeentulotuesta 1997/1412.
- Lorentzen, Thomas & Angelin, Anna & Dahl, Espen & Kauppinen, Timo & Moisio, Pasi & Salonen, Tapio (2014) Unemployment and economic security for young adults in Finland, Norway and Sweden: from unemployment protection to poverty relief. *International Journal of Social Welfare* 23 (1): 41–51.
- Løyland, Borghild & Miaskowski, Christine & Dahl, Espen & Paul, Steven M. & Rustøen, Tone (2012) Psychological distress and quality of life in long-term social assistance recipients compared to the Norwegian population. *Scandinavian Journal of Public Health* 39: 303–311.
- Lynch, John & Kaplan, George (2000) Socioeconomic position. Teoksessa Lisa F. Berkman & Ichiro Kawachi (toim.) *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 13–35.
- Mackenbach, Johan P. & Kunst, Anton E. (1997) Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science & Medicine* 44 (6): 757–771.
- Martelin, Tiina & Murto, Jukka & Pentala, Oona & Linnamäki, Eila (2014) Terveys, terveyserot ja niiden kehitys. Teoksessa Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 62–79.
- Martikainen, Pekka & Mäki, Netta & Jäntti, Markus (2007) The effects of unemployment on mortality following workplace downsizing and workplace closure: a register-based follow-up study of Finnish men and women during economic boom and recession. *American Journal of Epidemiology* 165 (9): 1070–1075.
- McKee-Ryan, Frances M. & Song, Zhaoli & Wanberg, Connie R. & Kinicki, Angelo J. (2005) Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology* 90 (1): 53–76.
- Miilunpalo, Seppo & Vuori, Ilkka & Oja, Pekka & Pasanen, Matti & Urponen, Helka (1997) Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of

- physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology* 50 (5): 517–528.
- Murali, Vijaya & Oyeboode, Femi (2004) Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment* 10 (3): 216–224.
- Määttä, Anne (2012) Perusturva ja poiskäännyttäminen. *A Tutkimuksia* 36. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Morris, Evan & Rosenbluth, David & Scott, Doug & Livingstone, Trish & Lix, Lisa & McNutt, Mary & Watson, Felecia (2005) To what extent does poor health precede welfare? *Canadian Journal of Public Health* 96 (3): 201–205.
- OECD (2014) Making mental health count. Focus on Health. July 2014. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf> Luettu 24.8.2016
- Nguyen, Lien & Seppälä, Timo T. (2014) Väestön lääkäripalvelujen käyttö ja kokemukset terveystalvuuksista. Teoksessa Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 192–211.
- Ohisalo, Maria & Laihiala, Tuomo & Saari, Juho (2015) Huono-osaisuuden ulottuvuudet ja huono-osaisuuden kasautuminen leipäjonoissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 80 (5): 435–446.
- Ohrem Naper, Sille (2009) All-cause and cause-specific mortality of social assistance recipients in Norway: A register-based follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health* 37: 820–825.
- Overbye, Einar & Saebo, G. (1998) Cumulative patterns of well-being among young social assistance recipients versus other youths. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 7: 174–179.
- Pacheco, Gail & Page, Dom & Webber, Don J. (2014) Mental and physical health: re-assessing the relationship with employment propensity. *Work, employment and society* 28 (3): 407–429.
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Labelma, Eero & Kostainen, Elina & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Linnanmäki, Eila (2009) Health inequalities in Finland. Trends in socioeconomic health differences 1980–2005. Publications 2009:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Parpo, Antti & Moisio, Pasi (2006) Toimeentulotuen saannin kesto ja dynamiikka Suomessa 1992–2003. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (2): 121–133.
- Paugam, Serge (1996) Poverty and social disqualification: a comparative analysis of cumulative social disadvantage in Europe. *Journal of European Social Policy* 6 (4): 287–303.
- Rintala, Taina & Karvonen, Sakari (2003) Koetun huono-osaisuuden kasautuminen erilaisissa kuntatyypeissä. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (5): 454–464.
- Räsänen, Kimmo (2006) Occupational health services. Teoksessa Seppo Koskinen & Arpo Aromaa & Jussi Huttunen & Juha Teperi (toim.) *Health in Finland*. Helsinki: National Public Health Institute, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Ministry of Social Affairs and Health, 138–139.
- Saari, Juho (2015) Huono-osaiset. Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla. Helsinki: Gaudeamus.
- Saikka, Peppi (2009) Terveystalvuus työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja –palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Raportti 22/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saikka, Peppi & Kuivalainen, Susan (2013) Toimeentulotukityö kunnissa – organisointi, työnjako ja kokemukset. Teoksessa Susan Kuivalainen (toim.) *Toimeentulotuki 2010-luvulla*. Raportti 9/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 115–147.
- Schuring, Merel & Robroek, Suzan & Otten, Ferdy & Arts, Coos & Budorf, Alex (2013) The effect of ill health and socioeconomic status on labour force exit and re-employment: a prospective study with ten years of follow-up in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 39 (2): 134–143.
- Siegrist, Johannes & Marmot, Michael (2006) *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*. Oxford: Oxford University Press.
- STM (2016) Toimeentulotuki. <http://stm>.

- fi/toimeentulotuki Luettu 23.8.2016.
- Taylor, Mary Jane & Smith Barusch, Amanda (2004) Personal, family, and multiple barriers of long-term welfare recipients. *Social Work* 49 (2): 175–183.
- TEM (2008) Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Julkaisuja 14/2008. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- TEM (2011) Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveyspalvelut. Raportteja 10/2011. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Tuominen, Eila & Nyman, Heidi & Lampi, Jukka: (2011) Eläkkeiden reaalin kehitys vuosina 2000–2010. Teoksessa Mikko Kautto (toim.) Eläkkeet ja eläkkeensaajien toimeentulo 2000–2010. Raportteja 04/2011. Helsinki: Eläketurvakeskus, 45–77.
- Vaalavuo, Maria & Häkkinen, Unto & Fredriksson, Sami (2013) Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vaalavuo, Maria & Moisio, Pasi (2014) Tuuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kehitys. Teoksessa Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 98–117.
- Wilkinson, Richard (2005) *The impact of inequality. How to make sick societies healthier.* Oxfordshire: Routledge.
- Virtanen, Ari & Kiuru, Sirkka (2014) Toimeentulotuen menot 2013. Tilastoraportti 14/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- WHO (2009) WHO guide to identifying the economic consequences of disease and injury. Geneva: WHO.
- WHO (2013) Review of social determinants and the health divide in the WHO European region. Final report. Geneva: WHO.
- Williamson, Deanna L. & Fast, Janet E. (1998) Poverty status, health behaviours and health: implications for social assistance and health care policy. *Canadian Public Policy* 24 (1): 1–25.