

Tuloryhmien väliset erot sairaalapalvelujen käytössä

Tutkimuksessa selvitettiin suomalaisen 25 vuotta täyttäneen väestön yleissairaalahoitoa käyttäen tuloryhmittäin vuosien 1987-1988 sairaaloiden poistoilmoitusrekisteristä. Aineistosta poistettiin psykiatriset ja raskauden hoitoon liittyvät sekä yli 30 päivää kestäneet sairaalahoidot. Tulo- ja riskiväestötiedot saatiin vuoden 1987 työssäkäyntitilastosta, jonka verotus- ja perhetiedoista laskettiin perheiden kulutusyksikkölukuun suhteutetut käytettävissä olevat tulot. Kokonais- sekä eräiden päädiagnoosiryhmien sairaalakäyttö näytti jakautuvan oletetun tarpeen mukaan. Tarkasteltaessa erikseen kirurgisia ja ei-operatiivisia hoitajaksoja todettiin, että ylempille tuloryhmille suoritettiin useimmissa päädiagnoosiryhmissä suhteessa enemmän kirurgisia toimenpiteitä, kun taas alemmissä tuloryhmissä hoito oli useammin konservatiivista. Yksittäisistä toimenpiteistä erot korostuivat sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa, joita ylimmälle tuloviidennekselle suoritettiin 70 % alinta enemmän. Saman suuntaisia, mitä ilmeisemmin tarvetta vastaamattomia eroja oli kaihi- leikkauksissa, kohdun- ja eturauhasenpoistoissa sekä lonkan tekonivelleikkauksissa. Tulosten perusteella sairaalakäytön tuloryhmäerot saattavat ainakin osittain johtua terveydenhuoltojärjestelmän potilaita taloudellisilla perusteilla eriarvoistavista piirteistä: erikoismaksuluokan ja yksityissairaaloiden keskeisestä merkityksestä kirurgisessa hoidossa sekä yksityissektorin suuresta osuudesta avohuollon erikoislääkäripalvelujen tarjonnassa.

ILMO KESKIMÄKI

Suomen terveystalouden keskeisenä tavoitteena on ollut tarjota koko väestölle yhtäläiset mahdollisuudet terveyspalvelujen käyttöön palveluja tarvitsevien taloudellisista edellytyksistä riippumatta (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986). Tavoitteella on perusteltu 1960-luvulta lähtien terveydenhuollossa tehtyjä merkittävämpiä uudistuksia kuten sairaskorvausjärjestelmää ja kansanterveyslakia (Nyman ja Kalimo 1973, Kaipainen 1975). Suomessa on laajasti hyväksytty käsitys, että terveydenhuoltojärjestelmä on onnistunut hyvin tasa-arvotavoitteensa toteuttamisessa. Tätä käsitystä ovat tukeneet Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen ja lääkintöhallituksen 1960-luvulta lähtien toteutamat väestöhaastattelut, joiden mukaan palve-

lujen käytössä olevat sosiaaliryhmien väliset erot terveyspalvelujen käytössä ovat asteittain pienentyneet (Purola ym. 1967, 1971, Kalimo ym. 1992, Nyman 1993). Yksityispalvelujen ja työterveyspalvelujen käyttöön liittyviä eroja oli edelleen 1980-luvun lopulla, mutta tulojen merkitys terveyspalvelujen käyttöä ylipäättään määrävänä tekijänä näytti asteittain vähentyneen (Nyman 1993). Kansaneläkelaitoksen ja lääkintöhallituksen haastattelut ovat kuitenkin pääasiassa käsitelleet vain avosairaanhoitoa palveluja. Niissä on tiedusteltu myös sairaalakäyttöä, mutta väestötutkimusten pienuuden takia sairaalapalvelujen käyttöä ei ole kyetty perusteellisesti analysoidaan.

Vaikka Suomen terveydenhuoltojärjestel-

män rakenteen voi pääosin katsoa tukevan palvelujen käytön tasa-arvotavoitetta, on terveydenhuollossa eräitä rakenteellisia piirteitä, joiden voi olettaa asettavan potilaat sosiaalisen aseman perusteella eriarvoiseen asemaan palvelujen saatavuuden suhteen (Keskimäki 1997). Keskeisimpänä tällaisena tekijänä on yleensä pidetty hammashuollon erityisasemaa suhteessa muuhun terveydenhuoltoon ja yhteiskunnan tukeen sen palvelujen käytössä (Nyman 1986, 1990). Vastaavia, ehkä vähemmän kärjistyneitä piirteitä on kuitenkin myös muualla terveydenhuollossa. Sairaalapalveluissa potilaiden varallisuus määrittää mahdollisuuksia käyttää yksityissairaaloiden ja kunnallisten sairaaloiden erikoismaksuluokan palveluja. Avoterveydenhuollossa puolestaan ylimääräisiä kustannuksia käyttäjilleen aiheuttaa yksityislääkäripalvelujen käyttö. Vaikka sairausvakuutus korvaa osan mainittujen palvelujen kustannuksista, potilaan maksettavaksi jäävä osa ylittää monien käyttäjien taloudelliset mahdollisuudet. Korkea työttömyys on puolestaan viime vuosina vähentänyt työterveyshuollon piirissä olevan väestön määrää (15 %:lla vuosina 1988-1993, Kansaneläkelaitos 1996). Mitä ilmeisemmin kehitys on kärjistänyt sosiaaliryhmien välisiä eroja työterveyspalvelujen saatavuudessa. Työssäkäynnin ohella työterveyspalvelujen saatavuus vaihtelee selvästi myös ammattialoittain ollen heikointa pientyöpaikoilla, rakennusaloilla ja ylipäätään aloilla, joissa työntekijöiden työmarkkina-asema on heikko ja työttömyysriski suuri (Kalimo ym. 1991).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan tuloryhmien välisiä eroja sairaaloiden lyhytkestoisen, somaattisen vuodeosastohoidon käytössä. Palvelujen kokonaiskäytön ohella selvitetään palvelujen käyttöä hoidon pääasiallisen syyn mukaan. Koska on luultavaa, että erot palvelujen käytössä tulevat esiin erityisesti harkinnanvaraisissa hoidonsyissä, tarkastellaan tuloryhmittäisiä eroja myös eräissä yksittäisissä, elektiivisissä kirurgisissa toimenpiteissä. Tutkimuksen perimmäisenä tavoitteena on saada viitteitä siitä, miten suomalaisen terveystalouden tavoite, 'etteivät taloudelliset tekijät muodosta estettä terveyspalvelujen tarkoituksenmukaiselle käytölle' (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986) on toteutunut sairaalapalveluissa.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimuksen sairaalapalvelujen käyttöä koskevat tiedot perustuvat vuosien 1987-1988 sairaaloiden poistoilmoitusrekisteriin. Myöhempiä tarkasteluun soveltuvia aineistoja ei valitettavasti ollut käytettävissä. Koska tarkoituksena oli erityisesti tutkia somaattisen, kuratiivisen sairaalahoidon käytössä olevia eroja, aineistosta poistettiin yli 30 päivää kestäneet hoitajakset sekä psykiatrinen ja synnytyksiin liittyvä sairaalahoido. Tarkastelu myös rajoitettiin pelkästään 25 vuotta täyttäneen väestön sairaalapalvelujen käyttöön.

Hoidonsyittäisen tarkastelun mahdollistamiseksi poistoilmoitusrekisterin hoitajaksetietoihin liitettiin tieto kunkin hoitajakson Diagnosis Related Groups (DRG) -ryhmästä tietokoneohjelmalla, jossa DRG-ryhmittelysääntöjä on sovellettu suomalaisiin diagnoosi- ja toimenpide-luokitukseen (Virtanen ym. 1995). DRG-luokitus on alunperin Yhdysvalloissa kehitetty sairaalahoitajaksojen luokittelujärjestelmä, joka luokittelee hoitajakset hoidonsyyn, hoitajakson aikana suoritettujen toimenpiteiden, potilaan iän ja mahdollisten hoitoa komplisoivien liitännäissairauksien takia kliinisesti mielekkäisiin ryhmiin, joissa voimavarojen kulutus on likimain samankaltaista. DRG-ryhmittäistä sairaalapalvelujen käyttöä tarkasteltiin päädiagnoosiryhmien (Main Diagnostic Categories) tasolla ja erottelemalla kirurginen ja ei-operatiivinen hoito.

Hoidonsyittäistä tarkastelua täydennettiin tutkimalla sairaalapalvelujen käyttöä seuraavissa elektiivisissä kirurgisissa toimenpiteissä: eturauhasen, kohdun ja sappirakon poistoissa sekä peräpukama-, nivustyrä-, lannerangan välilevytyrä-, harmaakaihi- ja sepelvaltimoiden ohitusleikkauksissa sekä arthroosin tai deformiteetin takia suoritettussa lonkan tekonivelleikkauksissa. Poistoilmoitusrekisterissä olevien sairaala- ja maksuluokkatietojen perusteella yksittäisten kirurgisten toimenpiteiden yleisyyttä tarkasteltiin erikseen sen mukaan oliko toimenpide suoritettu yksityissairaalassa vai kunnallisen sairaalan yleisessä tai erikoismaksuluokassa.

Sairaalapalvelujen käyttöä koskevat yksilötason tiedot yhdistettiin henkilötunnuksen avulla vuoden 1987 Tilastokeskuksen työssäkäyntitilaston ja perherekisterin yksilötietoihin (Tilas-

Taulukko I.

Sairaalahoitajaksot 10 000 henkeä kohden DRG-luokituksen päädiagnoosiryhmittäin käytettävissä olevien tulojen mukaan tuloviidenneksittäin Suomessa vuonna 1988. 25 vuotta täyttäneet miehet ja naiset

Päädiagnoosiryhmä		Miehet					Yhteensä	Naiset					Yhteensä
		Korkein	2.	3.	4.	Matalin		Korkein	2.	3.	4.	Matalin	
Hermojärjestelmän sairaudet	E ¹	158	174	206	217	230	192	107	116	130	142	161	131
	K	12	13	14	14	14	13	15	16	18	16	17	16
	Y	170	187	221	231	244	205	122	132	148	159	178	146
Silmän sairaudet	E	35	38	35	38	39	36	40	40	43	40	38	38
	K	44	43	44	42	35	40	54	52	53	48	41	45
	Y	79	81	79	79	74	76	94	92	97	88	80	83
Korvan, nenän ja kurkun sairaudet	E	35	41	44	53	55	47	31	37	40	51	54	45
	K	37	38	38	35	30	36	30	30	31	27	26	29
	Y	72	79	83	89	85	83	61	67	71	79	80	74
Hengityselinten sairaudet	E	168	231	281	372	417	307	99	118	137	157	186	142
	K	10	12	11	16	13	13	4	5	5	5	4	4
	Y	178	243	293	387	430	320	102	123	142	161	190	146
Verenkiertoelinten sairaudet	E	318	371	386	438	416	389	176	223	238	272	278	248
	K	42	41	39	40	32	39	52	62	65	62	55	58
	Y	359	412	426	478	448	428	228	284	303	333	333	306
Ruuansulatuskanavan sairaudet	E	127	136	138	168	196	153	108	122	134	147	162	139
	K	125	128	126	123	116	122	64	69	75	74	67	69
	Y	253	265	265	291	312	275	172	191	210	221	229	209
Maksan, sappiteiden ja haiman sairaudet	E	37	43	43	50	62	46	28	25	28	34	43	33
	K	16	16	17	17	16	16	23	27	28	29	28	27
	Y	54	59	60	67	78	63	50	52	57	63	71	60
Tuki- ja liikuntaelinten ja sidekudoksen sairaudet	E	116	133	145	158	164	142	132	156	164	187	191	168
	K	158	156	154	146	134	150	161	170	162	151	133	153
	Y	273	289	298	303	298	291	293	327	326	338	324	321
Ihon, ihonalaisen kudoksen ja rintarauhasen sairaudet	E	42	46	52	66	89	58	66	71	71	86	87	76
	K	15	16	18	17	16	16	47	44	41	41	36	42
	Y	57	62	70	82	105	74	114	116	113	127	123	118
Endokriiniset, nutritionaaliset ja metaboliset sairaudet	E	45	53	59	66	65	57	39	46	57	68	90	65
	K	3	4	5	5	4	4	13	12	14	11	12	13
	Y	49	57	64	71	69	61	52	58	71	80	102	78
Munuaisten ja virtsateiden sairaudet	E	49	55	59	63	64	59	32	38	40	45	55	45
	K	44	41	38	37	32	37	15	13	16	16	14	14
	Y	92	96	97	100	97	96	47	51	56	61	69	59
Miehen ja naisen lisääntymisjärjestelmän sairaudet	E	38	43	47	46	43	43	69	63	67	60	66	64
	K	65	64	63	56	52	58	234	237	238	230	203	229
	Y	104	107	110	102	95	102	302	300	305	289	269	294
Veren, vertamuodostavan kudoksen ja immunologisen järjestelmän sairaudet	E	17	16	17	17	20	17	17	17	17	19	23	18
	K	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
	Y	17	17	17	17	21	18	17	18	18	20	24	19
Myeloproliferatiiviset sairaudet ja erilaistumattomat kasvaimet	E	54	44	52	47	38	47	34	38	38	37	31	35
	K	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1
	Y	56	45	53	48	39	48	36	39	39	38	32	36
Infektiosairaudet	E	16	15	18	18	21	18	11	11	14	15	16	14
	K	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Y	17	16	19	19	22	19	11	12	15	16	17	15
Vammat, myrkytykset ja lääkkeiden toksiset vaikutukset ja palovammat	E	12	15	19	24	40	20	11	14	14	19	29	16
	K	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
	Y	14	17	21	27	43	22	11	14	15	20	30	17
Terveydentilaan vaikuttavia tekijöitä	E	92	111	122	135	141	122	107	113	110	116	127	116
	E	1360	1564	1726	1975	2100	1755	1106	1247	1343	1495	1637	1393
	K	576	579	573	551	501	549	715	742	750	714	641	704
Y	1936	2143	2299	2526	2601	2303	1821	1989	2094	2209	2277	2098	

¹ E = Ei-operatiiviset hoitajaksot, K = Kirurgiset hoitajaksot, Y = Yhteensä

tokeskus 1989), joiden perusteella laskettiin potilaiden perheiden vuoden 1987 verotusta koskevat tiedot. Tulotietona tutkimuksessa käytettiin perheen käytettävissä olevia tuloja, jotka laskettiin verotietojen perusteella ottamalla huomioon perheen maksamat verot ja saadut veronalaiset tulonsiirrot. Tämän lisäksi käytettävissä olevat tulot suhteutettiin perheen kokoon käyttämällä OECD:n kulutusyksikkölukua, jossa perheen jäsenistä ensimmäinen aikuinen vastaa yhtä, muut 0.7:ä ja alle 18-vuotiaat lapset 0.5:tä kulutusyksikköä (OECD 1982). Työssäkäyntitilaston tietojen avulla muodostettiin vastaavat tiedot myös riskiväestölle. Tutkimuksessa tuloryhmät on muodostettu jakamalla kokonaisväestö käytettävissä olevien tulojen mukaan tuloviidenneksiin.

Aineistoa analysoitiin kaksivaiheisesti siten, että ensin palvelujen käyttöä kuvaavat hoitojakso- ja hoitopäivätiedot ja riskiväestöä koskevat tiedot taulukoitiin samanaikaisesti potilaiden iän, sukupuolen ja perheen käytettävissä olevien tulojen suhteen. Tämän jälkeen taulukointien avulla laskettiin sairaalapalvelujen käytölle tuloryhmittäiset, suoralla menetelmällä ikä- ja sukupuoli- ja iäkioidut yleisyysluvut.

TULOKSET

Sairaalapalvelujen kokonaiskäytössä tuloryhmien välillä oli selvä, johdonmukainen ero sekä miehillä että naisilla. Vuonna 1988 miehillä oli ylimmässä tuloviidenneksessä 1936 hoitojaksoa 10 000:ta yli 25 vuotiasta kohden. Hoitojaksojen käyttö kasvoi perheen käytettävissä olevien tulojen pienentyessä. Alimmalla tuloviidenneksellä oli hoitojaksoja 34 %:ia ylintä enemmän. Naisilla erot olivat saman suuntaiset, mutta suhteellisesti hieman pienemmät. Alin tuloviidenneksessä käytti hoitojaksoja noin 25 %:ia enemmän kuin ylin (taulukko 1).

Lähes kaikissa DRG-luokituksen päädiagnoosiryhmissä hoitojaksojen määrä lisääntyi ylimmästä alimpaan tuloviidennekseen. Ainoita poikkeuksia, joissa ei ollut vastaavaa tuloryhmägradienttia, olivat molemmilla sukupuolilla silmän sairaudet, myeloproliferatiiviset sairaudet ja erilaistumattomat kasvaimet sekä lisääntymisjärjestelmän sairaudet. Tuloryhmäerot olivat jyrkimpiä vammat ja myrkytykset kattavassa päädiagnoosiryhmässä, jossa alimmalla tulo-

viidenneksellä oli hoitojaksoja miehillä 3.2 ja naisilla 2.6 kertaa ylintä viidenneestä enemmän. Päädiagnoosiryhmistä huomattavia tuloryhmien välisiä eroja oli myös hengityselinten sairauksissa molemmilla sukupuolilla (miehillä alimman ja ylimmän tuloryhmän suhde 2.4, naisilla 1.9), naisilla endokrinologisissa, nutritionaalisissa ja metabolisissa sairauksissa (alin/ylin: 2.0) sekä miehillä ihosairauksissa (alin/ylin: 1.8, taulukko 1).

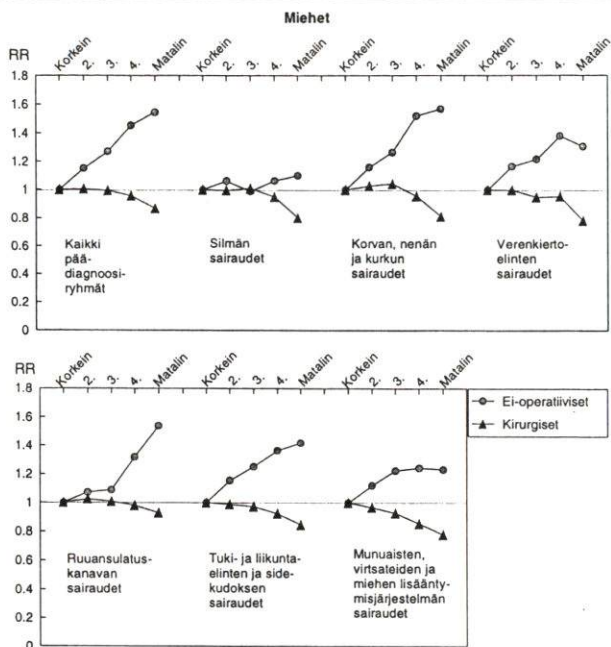
Sairaalapalvelujen käyttöä tarkasteltiin myös sairaalahoitopäivinä. Erot kokonais- ja päädiagnoosiryhmittäisessä käytössä olivat samanlaisia kuin erot hoitojaksojen käytössä. Tuloryhmien väliset erot sairaalakäytössä muodostuivatkin suurimalta osalta hoitojaksojen määrissä olevista eroista. Keskimääräisissä hoitoajoissa ei ollut systemaattisia tuloryhmäeroja.

Sairaalapalvelujen kokonaiskäytössä olevat tuloryhmien väliset erot sairaalakäytössä näyttivät aiheutuneen pääasiallisesti hoitojaksoista, joiden aikana ei suoritettu leikkaustoimenpiteitä. Useimmissa DRG-luokituksen päädiagnoosiryhmissä, jotka koostuvat merkittävässä määrin kirurgisesta hoidosta, kirurgisia hoitojaksoja oli enemmän ylempissä kuin alemmissä tuloryhmissä. Alempien tuloryhmien sairaalahoito puolestaan painottui ei-operatiiviseen hoitoon. Miehillä kaikista hoitojaksoista ylimmässä tuloryhmässä 30 % oli kirurgisia hoitojaksoja, mutta alimmassa kirurgisia hoitojaksoja oli vain 19 %. Naisilla vastaavat osuudet olivat 39 % ja 28 %. Niissäkin päädiagnoosiryhmissä, joissa ei ollut selvää tulogradienttia kirurgisessa hoidossa, oli alemmissä tuloryhmissä selvästi suhteellisesti vähemmän kirurgista hoitoa kuin ylempissä verrattuna tuloryhmäeroihin ei-operatiivisissa hoitojaksoissa. Tulokset olivat hyvin samansuuntaiset molemmilla sukupuolilla (kuviot 1 ja 2).

Kuviossa 3 tarkastellaan tuloryhmien välisiä eroja eräissä yksittäisissä, usein sairaaloissa suoritettavissa kirurgisissa toimenpiteissä. Selvimpiä tuloryhmäerot olivat sepelvaltimoiden ohitus- ja harmaakaihileikkauksissa sekä eturauhasen ja kohdun poistoissa. Näissä toimenpiteissä ylempille tuloryhmille suoritettiin varsin säännönmukaisesti alempia enemmän toimenpiteitä. Suurin ero oli ohitusleikkauksissa, joita ylimmässä tuloviidenneksessä suoritettiin 70 %

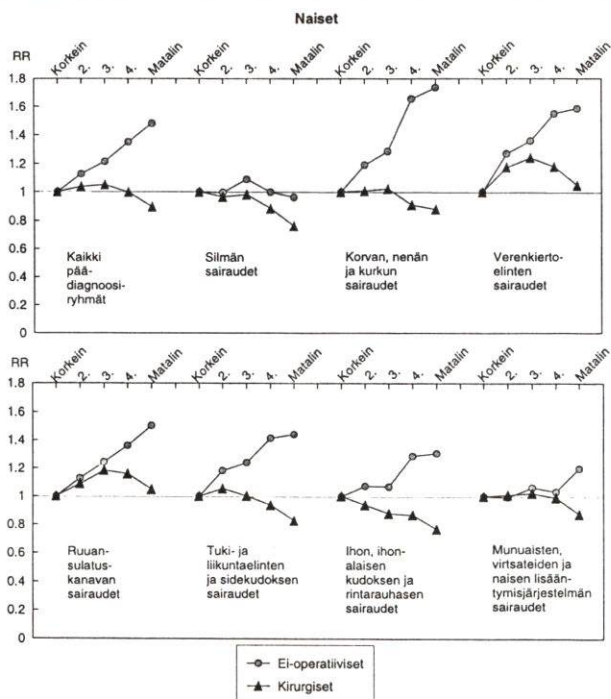
Kuvio 1.

Kirurgiset ja ei-operatiiviset hoitokasot erässä DRG-luokituksen päädiagnoosiryhmissä käytettävissä olevien tulojen mukaan tulovii-
denneksittäin Suomessa vuonna 1988, 25 vuotta täyttäneet miehet



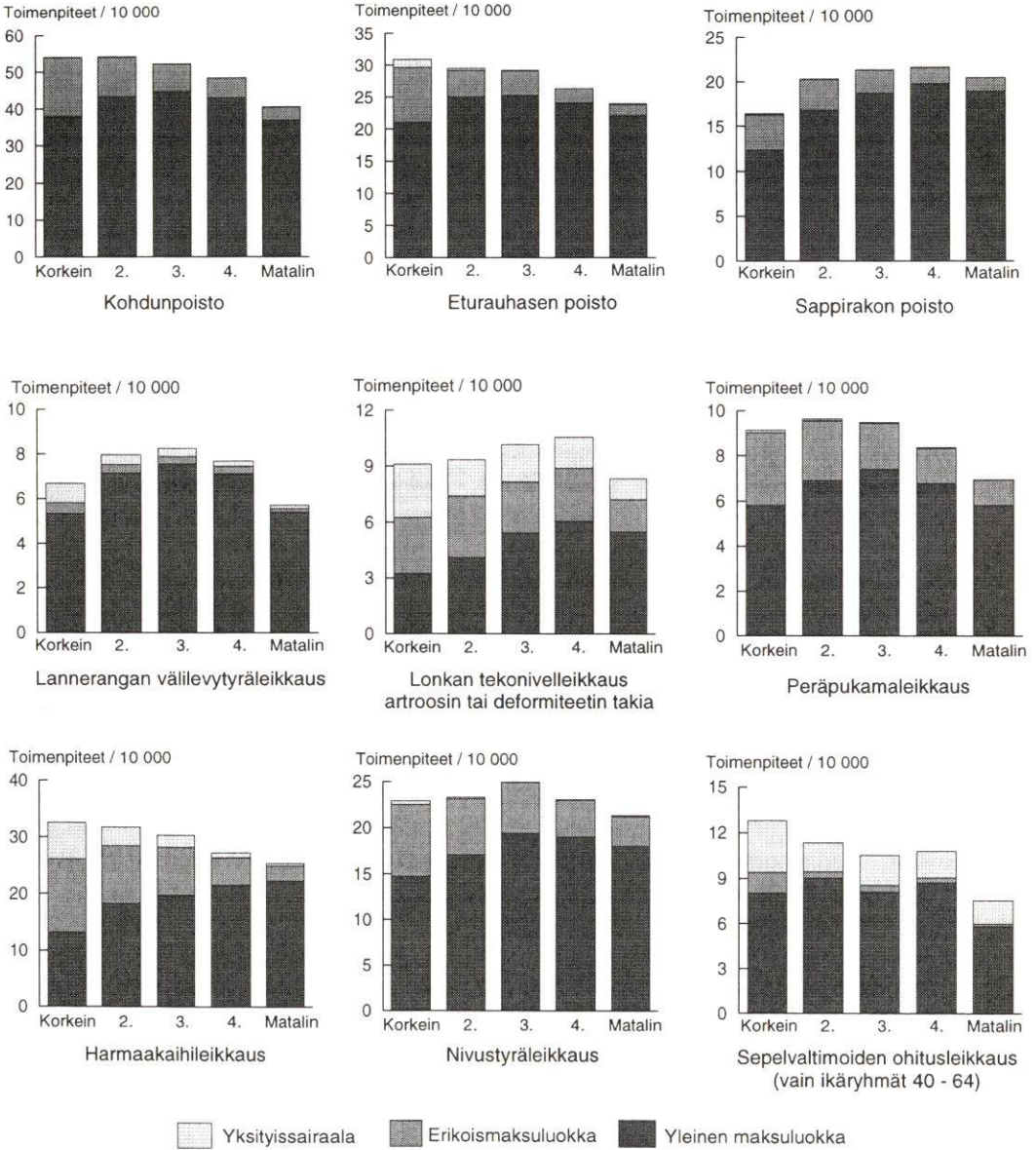
Kuvio 2.

Kirurgiset ja ei-operatiiviset hoitokasot erässä DRG-luokituksen päädiagnoosiryhmissä käytettävissä olevien tulojen mukaan tulovii-
denneksittäin Suomessa vuonna 1988, 25 vuotta täyttäneet naiset



Kuvio 3.

Eräiden kirurgisten toimenpiteiden yleisyys käytettävissä olevien tulojen mukaan tuloviidenneksittäin yksityissairaloissa sekä kunnallisten sairaaloiden erikois ja yleisessä maksuluokassa. Toimenpiteet 10 000 henkeä kohden, ohitusleikkaustiedot: ikäryhmät 40–65 vuotta vuonna 1988; muut toimenpiteet: 25 vuotta täyttäneet vuosina 1987–1988.



enemmän kuin alimmassa.

Suorituslääkärin mukaan kirurgisia toimenpiteitä tarkasteltaessa suoritettiin yksityissairaaloissa verrattuna toimenpiteen kokonaismäärään toimenpiteistä suhteellisesti eniten ohitusleikkauksia (20 %), lonkan tekonivelleikkauksia (18 %), lannerangan välilevytyräleikkauksia (6 %) sekä harmaakaihileikkauksia (5 %). Kunnallisissa sairaaloissa suoritetuista kirurgisista toimenpiteistä erikoismaksuluokan osuus oli huomattava kaikissa tutkituissa toimenpiteissä lukuunottamatta ohitusleikkauksia ja lannerankaleikkauksia, joissa vain noin 6 %:ia toimenpiteistä suoritettiin erikoismaksuluokan potilaille. Muissa toimenpiteissä erikoismaksuluokan osuus vaihteli eturauhasen ja sappirakonpoiston 13 %:sta lonkan tekonivelleikkauksen 33 %:iin. Kaikissa toimenpiteissä yksityissairaaloissa ja erikoismaksuluokassa suoritettujen toimenpiteiden osuudet lisääntyivät asteittain käytettävissä olevien tulojen kasvaessa.

POHDINTA

Kun 1980-lopun sairaalapalvelujen tuloryhmittäistä käyttöä tarkasteltiin palvelujen kokonaiskäytön tasolla, jakautui sairaalakäyttö ennakko-odotusten mukaan. Alemmissä tuloryhmissä, joissa sairastavuus on tunnetusti suurempaa, käytettiin palveluja enemmän kuin ylemmissä tuloryhmissä. Aiemman, tämän tutkimuksen kanssa samaan aineistoon perustuvan tutkimuksen mukaan sosioekonomisen aseman ja koulutusryhmän mukaiset erot palvelujen käytössä olivatkin hyvin samankaltaiset kuin erot sairastavuuden indikaattorina käytetyssä kuolemanvaarassa (Keskimäki ym. 1995). Myös eräissä yksittäisissä diagnoosiryhmissä tuloryhmittäinen sairaalapalvelujen kokonaiskäyttö näyttäisi heijastavan sosiaaliryhmittäisiä sairastavuuseroja. Tämä päti muun muassa keuhkosairauksien, sydän- ja verenkiertoelinten tautien ja tapaturmien sairaalahoitoihin, joissa kuolleisuuden sosiaaliryhmäerot ja tässä tutkimuksessa havaitut sairaalahoidon tulojen mukaiset erot ovat suuria (Valkonen ym. 1992, 83-86).

Palvelujen kokonaiskäytön tarkastelu johtaa kuitenkin ilmeisen puutteelliseen käsitykseen

sairaalapalvelujen käytön suhteesta potilaiden taloudelliseen asemaan. Pelkästään sairaalakäytön jakaminen kirurgisiin ja ei-operatiivisiin hoitokategorioihin osoitti sairaalahoidon vaihtelevan huomattavasti tuloryhmittäin. Kaikissa päädiagnoosiryhmissä, joissa oli merkittävässä määrin operatiivista hoitoa, oli kirurgisia hoitokategorioita johdonmukaisesti suhteellisesti enemmän ylemmissä kuin alemmissä tuloryhmissä.

Myös useimpia yksittäisiä kirurgisia toimenpiteitä näytettiin suoritettavan ylemmille alemmille tuloryhmiä useammin - ainakin jos toimenpiteiden määriä pyritään suhteuttamaan tietoihin hoidon tarpeesta. Tuloryhmien väliset erot olivat erityisen selviä sepelvaltimoiden ohitusleikkauksissa. Vaikka sepelvaltimotautia esiintyy enemmän alemmissä sosiaaliryhmissä, kasvoi sepelvaltimotoimenpiteiden määrä voimakkaasti käytettävissä olevien tulojen mukana. Tutkimusajankohtana Suomessa 40-64-vuotiaiden työntekijämiesten sepelvaltimotautikuolleisuus oli kaksinkertainen ja naisten 2.3 kertainen verrattuna ylempien toimihenkilöiden kuolleisuuteen (Keskimäki ym. 1997). Ylimmässä tuloryhmissä tehtiin kuitenkin 70 % enemmän ohitusleikkauksia kuin alimmassa.

Aiempien tutkimusten perusteella myös harmaakaihia ja lonkka-arthroosia sairastetaan useammin alemmissä sosiaaliryhmissä (Kahn ym. 1977, Leske ym. 1991, Heliövaara ym. 1993). Tästä huolimatta tämän tutkimuksen mukaan kaihileikkauksia suoritettiin eniten hyvätuloisille. Arthroosin tai deformiteetin takia tehtyjen lonkan tekonivelleikkausten määrä puolestaan lisääntyi ensin hieman ylimmästä neljänneen tuloviidennekseen, mutta alimmassa tuloviidenneksessä leikkauksia tehtiin lähes 10 % vähemmän kuin ylimmässä.

Kohdun- ja eturauhasen poistojen osalta ei epidemiologisten tutkimusten perusteella voida tehdä yksikäsitteisiä johtopäätöksiä taloudellisen aseman ja toimenpiteiden indikaattorien välisistä yhteyksistä. On kuitenkin sängen epätodennäköistä, että havaittu toimenpiteiden yleisyyden ja käytettävissä olevien tulojen välinen annos-vaste-tyyppinen yhteys perustuisi tuloryhmien välisiin sairastavuuseroihin.

Tuloryhmien erot kirurgisen hoidon yleisyydessä saattavat tietysti selittyä esimerkiksi sosiaaliryhmien eroilla suhtautumisessa terveyteen ja terveystalouden käyttöön tai kyyvyssä hyödyntää terveydenhuoltojärjestelmää hoitoa tarvitessaan (Hexel ja Wintersberger 1986, Titmuss 1968). Myös lääkärin suhtautuminen eri sosiaaliryhmistä tuleviin potilaisiin ja heidän hoitoonsa saattaa vaihdella (Eisenberg 1979). Tutkimuksen tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että myös kunnallisten sairaaloiden erikoismaksuluokassa ja yksityissairaaloissa tapahtuvalla hoidolla olisi vaikutusta tuloryhmäeroihin. Pelkästään palvelujen käyttöä koskevien tietojen pohjalta erikoismaksuluokan tai yksityissairaaloitten vaikutusta on vaikeaa yksityiskohtaisesti arvioida. Ymmärrettävästi varakaammat potilaat käyttävät enemmän lisämaksullisia palveluja. Vaikutuksen selvittäminen edellyttäisi seikkaperäisempiä palvelujen tarvetta ja käyttöä koskevia tietoja.

Varsinaisten yksityisten sairaalapalvelujen merkitys tuloryhmien välisiin eroihin sairaalapalvelujen käytössä oli ilmeisesti 1980-luvun lopulla suhteellisen vähäinen. Yksityissairaaloitten osuus kaikista sairaalahoitojaksoista oli vain 3-4 % ja niiden kirurgisesta toiminnasta huomattavan osan muodostivat julkisen sektorin ostopalveluina hankkimat toimenpiteet. Tällainen oli tilanne muun muassa ortopediassa ja sepelvaltimoiden ohitusleikkauksissa. Tuloksissa yksityissairaaloitten merkitys sairaalahoidon tuloryhmittäisiin eroihin heijastuneekin selkeästi vain kaihileikkauksiin.

Kunnallisten sairaaloitten erikoismaksuluokan vaikutus tuloryhmäeroihin on sen sijaan todennäköisesti merkittävämpi. Vaikka erikoismaksuluokan osuus kaikista sairaalahoidosta on kutakuinkin samaa luokkaa kuin yksityissairaaloitten, on sillä tärkeä merkitys erikoisaloilla, joilla suoritetaan paljon elektiivisiä toimenpiteitä. Esimerkiksi tämän tutkimuksen yhdeksästä toimenpiteestä viidessä erikoismaksuluokan osuus kaikista kunnallisissa sairaaloissa suoritetuista toimenpiteistä oli yli 20 %.

Myös avohoitoon liittyvillä tekijöillä saattaa olla vaikutuksensa sairaalapalvelujen käytössä oleviin sosiaalisiin eroihin. Suomessa avosairaanhoidon palvelujen käyttö on jakautunut palvelujen käyttäjien sosiaalisen aseman mu-

kaan siten, että hyvässä taloudellisessa asemassa olevat käyttävät selvästi enemmän yksityislääkäripalveluja, kun taas huonomassa asemassa olevat käyttävät terveyskeskuspalveluja (Nyman 1993). On mahdollista, että yksityislääkäreillä, jotka useimmiten ovat erikoislääkäreitä, on terveyskeskuslääkäreitä paremmat valmiudet tutkia ja hoitaa potilaitaan. Lisäksi he mahdollisesti noudattavat aktiivisempaa hoitolinjaa lähettämällä potilaansa useammin jatkotutkimuksiin ja sairaalahoitoon. Tähän sopien yksityislääkärin osuus sairaalaläheteistä on suuri. Piiraisen ym. (1992) mukaan kunnallisten sairaaloitten kirurgisista potilaista 33 % oli saanut lähetteensä yksityissektorilta. Näiden läheteiden määrä oli vain hieman pienempi kuin vastaava terveyskeskuksesta saatujen läheteiden osuus (38 %).

Yksityisen avohoidon potentiaalista merkitystä tuloryhmien välisten sairaalapalvelujen saatavuudessa olevien erojen muodostumisessa vahvistaa palvelujen yhteys sairaaloitten erikoismaksuluokassa tapahtuvaan hoitoon. Yksityislääkäreistä suuri osa työskentelee yksityisvastaanotolla vain osa-aikaisesti päätoimen ollessa julkisen sektorin sairaaloissa. Ilmeisen usein yksityislääkärin sairaalaan lähettämä potilas päätyy lääkärin itsensä, erikoismaksuluokassa hoitamaksi potilaaksi. Viime vuosina asiaa ei ole selvitetty, mutta 1980-luvun alussa tehdyn selvityksen mukaan kaksi kolmannesta erikoismaksuluokan potilaista oli saanut läheteen häntä sairaalassa hoitavalta lääkäriltä (Sosiaali- ja terveysministeriö 1982). Potilaiden kannalta sairaalalähete yksityisvastaanoton kautta erikoismaksuluokkaan muodostaneekin tavan välttää pitkää jonotusta sairaalahoitoon. Useimmissa tämän tutkimuksen toimenpiteistä erikoismaksuluokan potilaiden onkin todettu päätyvän hoitoon yleisen maksuluokan potilaita nopeammin (Keskimäki 1997).

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tulokset viittaavat vahvasti siihen että vastoin terveystalouden tavoitteita eri väestöryhmien taloudellisella asemalla oli selvää vaikutusta sairaalapalvelujen käyttöön 1980-luvun lopun Suomessa. Erot tuloryhmien välillä tulivat esiin erityisesti kirurgisessa hoidossa, jossa hyvässä taloudellisessa asemassa olevilla sairaalapalvelujen käyttö oli selvästi huonomassa ase-

massa olevien käyttöä yleisempää. Tutkimuksessa ei ollut mahdollista tuloryhmittäin verrata kirurgisten hoitojen yleisyyttä niiden tarpeeseen, mutta aiemmista tutkimuksista saatujen tietojen perustella näyttää ilmeiseltä, etteivät erot aiheutuneet ylempien tuloryhmien suuremmasta hoidon tarpeesta. On luultavaa, että ainakin osittain erot selittyvät sairaalajärjestelmän rakenteellisilla piirteillä: yksityissairaaloiden ja erityisesti kunnallisten sairaaloiden erikoismaksuluokan merkityksellä operatiivisessa hoidossa. Toisaalta myös yksityissektorin suurella merkityksellä avohoidon erikoislääkäripalveluissa ja potilaiden ohjaamisessa sairaalahoitoon saattaa olla vaikutusta tuloryhmäerojen syntyyn.

Tutkimuksen kuvaaman 1980-lopun jälkeen taloudellinen lama ja valtionosuusuudistus ovat

muuttaneet terveydenhuollon toimintaympäristöä. Sairaaloiden tuottavuus on myös selvästi kohonnut erityisesti kirurgisessa hoidossa. On toivottavaa, että muutokset olisivat pienentäneet sairaalapalvelujen käytön sosiaalisia eroja. Perusteiltaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on kuitenkin samanlainen kuin 1980-luvun lopussa ja sosiaaliryhmiä eriarvoistavat mekanismit ovat edelleen olemassa. Luultavasti ainakin osa tässä tutkimuksessa kuvatuista sairaalapalvelujen epätasa-arvoista käyttöä kuvaavista tuloryhmien välisistä eroista on edelleen olemassa. Tarkemmat nykytilannetta koskevat johtopäätökset edellyttäisivät luonnollisesti uutta vastaavalla aineistolla suoritettavaa tutkimusta.

SUMMARY

Keskimäki I. Disposable income and the use of hospital inpatient care in Finland. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti - Journal of Social Medicine* 1997;35:203-222.

So-

The study explores the use of general hospital care in the Finnish population aged 25 or more. The data comprised the 1987-1988 Finnish hospital discharge register excluding discharges following stays exceeding 30 days, and due to psychiatric and obstetric conditions. Data on the population at risk and disposable family income were obtained from the 1987 population census. The income data adjusted for family size were linked to hospital files by personal identification codes. Overall hospital utilization and utilization in some Major Diagnostic Categories of the DRG system seemed to be allocated according to the assumed need. However, a separate analysis of surgical and medical discharges showed that patients in high income groups were operated relatively more often, whereas treatments in low income groups were more often conservative. In the individual surgical procedures, differences across income

groups peaked in coronary artery bypass crafting. Compared to the lowest, the highest income quintile had 70 % higher rate for bypass operations. There were similar, evidently inappropriate differences in the income group rates for cataract operation, hysterectomy, prostatectomy and hip replacement due to arthrosis or deformity. The paper suggests that differences between income groups in hospital utilization may at least partly be due to structural factors in the Finnish health care system creating socioeconomic disparities in access to services. It is concluded that the relevant factors for inequities in surgical care are the marked impact of private sector for ambulatory specialized services, and the high share of surgical procedures performed in private hospitals and on patients treated at special charge category in public hospitals.

KIRJALLISUUS

- Eisenberg JM. Sociologic influences on decision-making by clinicians. *Annals of Internal Medicine* 1979;90:957-64.
- Hexel PC, Wintersberger H. Inequalities in Health: Strategies. *Soc Sci Med* 1986;22:151-60.
- Häkkinen U. Terveyspalvelujen käyttö, terveydentila ja sosioekonominen tasa-arvo Suomessa. Tutkimuksia 20. Sosiaali- ja terveyshallitus, Helsinki 1992.
- Kahn HA, Leibowitz HM, Ganley JP, et al. The Framingham eye study. II. Association of ophthalmic pathology with single variables previously measured in the Framingham Heart Study. *Am J Epidemiol* 1977;106:33-41.
- Kaipainen O. Kansanterveyslain keskeiset periaatteet ja terveystalouden merkitys. Teoksessa Aer J, toim. Kansanterveystyön käsikirja, s 83-89. Tammi, Helsinki 1975.
- Kalimo E, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K, Raitasalo R, toim. Työterveyshuollon toteuttaminen ja muutostarpeita. Tutkimus työterveyshuollon kehittämisestä 1980-luvulla. Erityistarkastelussa rakennusala ja pienet työpaikat. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:78. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1991.
- Kalimo E, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K. Suomalaisen terveysturva ja sen kehitystarpeet - Terveysturvan väestötutkimuksen 1987 päätulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 81. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1992.
- Kansaneläkelaitos. Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1995. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T1: 31. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1996.
- Keskimäki I. Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland. *Stakes Research Reports*, painossa 1997.
- Keskimäki I, Koskinen S, Salinto M, Aro S. Socioeconomic and gender inequities in access to coronary artery bypass grafting in Finland. *Eur J Public Health* 1997, painossa.
- Keskimäki I, Salinto M, Aro S. Socioeconomic equity in Finnish hospital care in relation to need. *Soc Sci Med* 1995;41(3):425-31.
- Leske MC, Chylack LT, Wu Suh-Y. The lens opacities case-control study. Risk factors for cataract. *Arch Ophthalmol* 1991;109:244-51.
- Nyman K. Hammashuolto terveyspolitiikan osa alueena Suomessa. *Proc Finn Dent Soc* 1986;82:70-81.
- Nyman K. Hampaiden tila ja hoito Suomessa 1987. Hammashuoltoa ja sen kehitystä arvioiva valtakunnallinen väestötutkimus. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 76. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1990.
- Nyman K. Tasa-arvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Valtakunnallinen arviointitutkimus terveyspalvelujen käytön eroista. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 88. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1993.
- Nyman K, Kalimo E. National sickness insurance and the use of physicians' services in Finland. *Soc Sci Med* 1973;7:541-553.
- OECD. The OECD list of social indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1982.
- Piirainen H, Pekurinen M, Vohlonen I. Potilasvirtaturkimuksella tietoja toiminnan kehittämiseen. *Sairaala* 1992;53(3):25-6.
- Purola T, Kalimo E, Sievers K, Nyman K. Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A: 1. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1967.
- Purola T, Nyman K, Kalimo E, Sievers K. Sairastavuus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A: 7. Kansaneläkelaitos, Helsinki 1971.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Hoitavan lääkärin vallinnan ja poliklinikatoiminnan kehittämistoimikunnan mietintö. *Komiteamietintö* 1982:19. Helsinki 1982.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveystä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1986.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sairaanhoidovakuutus-toimikunnan mietintö. *Komiteamietintö* 1993:29, Helsinki 1993.
- Tilastokeskus. Työssäkäyntitilasto 1987. *Opas*. Helsinki 1989.
- Titmuss R. Commitment to welfare. Allen & Unwin, London 1968.
- Valkonen T, Martelin T, Rimpelä A, Notkola V, Savola S. Sosioekonomiset kuolleisuuserot 1981-90. Väestö 1992:8. Tilastokeskus, Helsinki 1992.
- Virtanen M, Brommels M, Keskimäki I. FinDRG-potilasryhmitys. Luokitusopas. Ohjeita ja luokitusta 1995:2. Stakes, Helsinki 1995.

ILMO KESKIMÄKI

LL

Stakes