

Yksityisten lääkäripalvelujen käyttö ja ideologiset tekijät

JOHANNA KALLIO

Johdanto

Yksityisten terveyspalvelujen käyttö muodostaa haasteen julkisen terveydenhuoltojärjestelmän legitimitetille. Aihetta on hyvä lähestyä Walter Korven *welfare backlash* -teorian kautta. Korven mukaan institutionaalisen hyvinvointivaltion laaja kannatusperusta ja sosiaaliturvan korkea taso ovat seurausta siitä, että monet palvelut ja etuudet ovat universaaleja. Mitä laajempi on julkisen järjestelmän intressipohja, sitä suurempi on sen legitimitetti. (Korpi 1980, 304–306.) Myös Robert Goodin ja Julian Le Grand tekevät kirjassaan *Not Only the Poor* johtopäätöksen, että keskiluokan hyötyessä hyvinvointivaltion eduista he myös kannattavat ja ovat valmiita rahoittamaan niitä. Sitä kautta sosiaaliturvan taso ja palvelujen laatu pysyvät korkealla tasolla. (Goodin & Le Grand 1987, 210–212.)

Voidaankin kysyä, ovatko yksityisten terveyspalvelujen käyttäjät ja täten markkinoille siirtyneet sitoutuneita julkisen järjestelmän rahoitukseen. Voidaanko olettaa, että nämä yksilöt ovat sosiaaliturvan markkinaratkaisujen kannalla? Toisaalta yksityisten terveyspalvelujen käyttäjät voivat tukea julkista järjestelmää, koska heillä on intressejä muiden etuuksien, kuten eläkkeiden, lasten päivähoiton tai koulutuksen suhteen. Näin ollen hyvinvointivaltion toimintaa ollaan valmiita rahoittamaan, koska kulutetaan rinnakkain sekä yksityisiä että julkisia etuuksia.

Tehdyt oletukset tukeutuvat kuitenkin yksipuolisesti siihen, että vain yksilön taloudelliset intressit vaikuttavat. On olemassa muita julkisen hyvinvointijärjestelmän kannatuksen muotoja, jotka perustuvat yksilöiden arvoihin, normeihin sekä näkemyksiin yhteiskunnallisten ongelmien syistä (esim. Larsen 2006; Blekesaune &

Quadagno 2003; Linos & West 2003; Andres & Heien 2001; Arts & Gelissen 2001). Itsekkäiden hyötynäkökulmien sijasta ollaan sitoutuneita yhteiseen hyvään, tasa-arvoon ja oikeudenmukaisuuteen. Tähän tukeutuen voidaan olettaa, että yksityisten palvelujen käyttäjät kannattavat julkista sosiaaliturvaa, koska he ovat moraalisesti sitoutuneita siihen.

Tania Burchardtin ja Carol Propperin Britanniassa tehdyt yksityisten hyvinvointipalvelujen käyttäjiä koskevat tutkimukset tukevat taas taloudellisiin etunäkökulmiin perustuvaa oletusta. He ovat tuoneet esille käsitteen yksityinen hyvinvointiluokka (*private welfare class*), johon kuuluvat käyttävät yksityisiä sosiaali-, terveys- ja sivistyspalveluja. Luokkaan kuuluvilla yksityisten vaihtoehtojen käyttö on toistuvaa, ja he hyödyntävät yhden sijasta useita markkinoilla tarjolla olevia palveluja (esim. terveydenhuolto, eläkkeet sekä lasten koulutus). Ryhmään profiloituvat korkeasti koulutetut, ylimpiin tuloluokkiin kuuluvat sekä konservatiivisen puolueen kannattajat. Kollektiivisen vastuun sijasta he korostavat yksilön omaa vastuuta. Tutkimuksen mukaan kyseinen luokka on pieni, koska monet käyttävät rinnakkain sekä yksityisiä että julkisia palveluja. (Propper 2000, 857–874; Burchardt & Propper 1999, 650–662.)

Suomessa julkisen terveydenhuoltojärjestelmän kannatus on laajaa. Suurin osa suomalaisista haluaa edelleen panostaa julkiseen sektoriin ja sen vahvaan rooliin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Kansalaiset ovat valmiita rahoittamaan julkisen järjestelmän toimintaa, ja mielenkiintoista on, että eri väestöryhmien mielipiteet verotuksesta ja valtion roolista ovat hyvin konsensuaalisia. (Forma & Saarinen 2008; Forma & al. 2007; Forma 2006.) Suurin osa suomalaisista

on julkisen terveydenhuollon arvoperustan, kuten tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden, kannalla. Tätä taustaa vasten ajatus, että yksityisten palvelujen käyttäjillä olisi selkeä ideologinen profiili, saa taakseen vähän tukea. Toisaalta aikaisempien tutkimusten perusteella ei voida sanoa paljoo yksityisten terveyspalvelujen käyttäjistä ja heidän mielipiteistään.

Aikaisemmat tutkimukset ovat keskittyneet lähinnä väestöryhmittäisiin käyttöeroihin joko julkisen järjestelmän tai terveydenhuollon kokonaisuuden näkökulmasta (esim. Doorslaer & al. 2004; Häkkinen 2002; Keskimäki 1997). On vähän tietoa siitä, ketkä käyttävät yksityisiä terveyspalveluja ja miksi (ks. kuitenkin Nguyen & Häkkinen 2006; Propper 2000; Doorslaer & al. 2000). Tutkimustarve on kuitenkin ilmeinen yksityisen sektorin merkityksen kasvaessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tarkastelen tässä artikkelissa, ketkä käyttävät Suomessa yksityisiä terveyspalveluja. Selittävinä muuttujina ovat sosiaaliset, demografiset, alueelliset ja ideologiset tekijät. Keskityn erityisesti siihen, liittyvätkö sosiaaliturvan markkinaratkaisujen kannatus ja kielteinen suhtautuminen sosiaaliturvan rahoitukseen yksityisten terveyspalvelujen käyttöön.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä

Suomalainen perusterveydenhuolto koostuu kunnallisten terveyskeskusten sekä työterveyshuollon ja yksityissektorin tarjoamista palveluista, joita rahoitetaan erillisin järjestelmin. Terveyskeskusten palvelut tuotetaan pääosin verovaroin ja pieneltä osin käyttäjämaksuin. Kyseiset palvelut ovat universaaleja, ja niiden järjestämisestä sekä suurelta osin myös tuottamisesta vastaavat kunnat. Yksityisten terveyspalvelujen ostoja tuetaan Suomessa julkisista varoista eli Kelan pakollisella sairausvakuutuksella, mutta ostojen omavastuuosuudet ovat suuret¹. (Larivaara & Teperi 2007; Häkki-

nen 2005; OECD 2005.) Pakollisen vakuutuksen lisäksi kotitaloudet voivat hankkia yksityisiä sairauskuluvakuutuksia, joiden määrä on 2000-luvulla kasvanut, ja etenkin lasten vakuuttaminen on lisääntynyt (Stakes 2007; STM 2006). Työterveyshuolto rahoitetaan kolmikantamallilla, johon kuuluvat työntekijä- ja työnantajamaksut sekä Kelan sairausvakuutus (Larivaara & Teperi 2007, 195). Lisäksi työnantajien työntekijöilleen ottamat yksityiset sairauskuluvakuutukset ovat lisääntyneet viime vuosina, mistä johtuen vakuutettujen työterveyshuolto voi kattaa jopa erikoislääkäripalvelut (STM 2006).

Yritysten ja järjestöjen tuottamat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat lisääntyneet viime vuosina. Terveyspalveluissa yksityisten toimijoiden osuus oli vuonna 2004 noin 23 prosenttia kokonaiskustannuksista ja noin 17 prosenttia henkilöstöstä, mikä on hieman vähemmän kuin sosiaalihuollossa. Alueellisesti tarkasteltuna eniten yksityisiä terveyspalveluja on eteläisessä Suomessa ja erityisesti suurissa kaupungeissa. Yleisimmät toimialat ovat fysioterapia ja lääkärin vastaanotto toiminta. (Stakes 2007, 5–7; Fredriksson & al. 2006, 31–32.) Tarkasteltaessa palvelujen käyttöä sektoreittain havaitaan, että yksityisen sektorin ja etenkin työterveyshuollon lääkärikäyntien määrä on lisääntynyt laman jälkeen, kun taas terveyskeskuslääkäripalvelujen käyttö on hieman vähentynyt (Larivaara & Teperi 2007, 196; Manderbacka & al. 2006, 43). Yksityisen terveydenhuollon merkittävimmät asiakkaat ovat kotitaloudet ja työnantajat, eivät kunnat, kuten sosiaalihuollossa (Stakes 2007, 90–107).

Julkisen ja yksityisen raja palvelujen tuotannossa ja rahoituksessa on 1990-luvun alun laman jälkeen hämärtynyt. Koska kuntien ei ole enää pakko tuottaa itse kaikkia palvelujaan, kunnallisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta on muodostunut monen tuottajatahon ja rahoituskanavan palvelukokonaisuus. (Julkunen 2006, 263.) Tästä seuraa, että yksilön on hankala arvioida, milloin hän käyttää julkista ja milloin yksityistä palvelua. Esimerkiksi terveyskeskuksen toiminnasta voi vastata ostopalveluna yksityinen yritys. Kunta voi myöntää myös palveluseleitä, joilla yksilöt ostavat sosiaali- ja terveyspalveluita kunnan hyväksymältä yksityiseltä palveluntuottajalta maksamalla vain omavastuuosuuden. Lisäksi osa työterveyshuollosta tuotetaan tällä hetkellä yksityisesti ja työnantajat voivat hankkia työntekijöilleen yksityisiä sairauskuluvakuutuksia. Tarkoitin tässä

1. Kelan maksama lakisääteinen korvaus yksityisen lääkärin tai hammaslääkärin palvelusta on 60 prosenttia. Tosiasiallinen korvaustaso on kuitenkin maksimissaan noin 40 prosenttia, koska Kelan määrittämä korvaustaksa on matala. Kelan yksityisen hammashoidon korvaustaksoa tosin tarkistettiin vuoden 2008 alusta, mutta korvausosuus nousi 32 prosentista vain keskimäärin 40 prosenttiin. Yksityislääkärin korvaustaksoa ei puolestaan ole tarkistettu vuoden 1989 jälkeen.

tuokimuksessa yksityisillä terveystalveuluilla palveluja, jotka yksilöt ostavat markkinoilta ja maksavat ne käytännössä itse.

Yksityisten terveystalvelujen käyttäjät

Useiden Euroopan maiden terveydenhuoltojärjestelmien on todettu suosivan suurituloisia ja korkeasti koulutettuja. OECD-maiden vertailuissa terveydenhuoltoalvelujen käyttö jakautuu tulojen mukaan epätasaisimmin Suomessa, Portugalissa ja Irlannissa. (Doorslaer & al. 2004, 645 & 2006, 177.) Huolestuttavaa on, että erot Suomessa eivät liity vain yksittäisiin palveluihin, vaan niitä löytyy kirurgisista hoidoista, lääkärikäynneistä, lääkehoidoista sekä terveystarkastuksista (Teperi & Keskimäki 2007, 279). Puhutaan ”perverssistä” uudelleenjaosta, jolloin hyvinvointivaltio tahattomasti ottaa enemmän köyhiltä ja antaa enemmän suurituloisille (esim. Le Grand 1982). Terveydenhuollossa tämä näkyy siinä, että kaikilta tulonsaajaryhmiltä kerätyillä veroilla rahoitettuja palveluja hyödyntävät eniten suurituloiset.

Epätasa-arvo on ollut pitkään suurinta suun terveydenhuollossa ja vuoden 2002 hammashoitouudistuksen² on todettu tasoittaneen eriarvoisuutta odotettua vähemmän (Larivaara & Teperi 2007, 200–201). Suomessa järjestelmän ylimpiä sosiaaliryhmiä suosivat rakenteelliset piirteet ovat työterveyshuolto sekä monikanavainen rahoitusjärjestelmä yhdistettynä käyttäjämaksuihin ja korkeisiin omavastuuosuuksiin. Merkittävä käyttöä rajoittava tekijä on myös palvelujen saatavuus. Kuntien välillä on suuria eroja yksityisten palvelujen tarjonnassa ja erityisesti julkisen hammashuollon saatavuudessa. (Larivaara & Teperi 2007, 210; Teperi & Keskimäki 2007, 281–282; Doorslaer & al. 2000, 572–573.) Työterveyshuolto kattaa vain työssäkäyvät, ja yksityisten palvelujen käytössä omavastuuosuudet jäävät meillä kansainvälisestikin vertaillen poikkeuksellisen suuriksi (60–70 %), mistä johtuen pienituloiset sekä työmarkkinoiden ulkopuolella ja lyhytaikaisissa työsuhteissa olevat ovat käytön

suhteen heikoimmassa asemassa. Kotimaisten ja englantilaisten tutkimusten mukaan työttömyys vähentääkin (hammas)lääkäripalvelujen käyttöä ja työssäkäyvät ovat useammin yksityisten palvelujen asiakkaina kuin työttömät. (Nguyen & al. 2005; Häkkinen 2002; Propper 2000.) Käyttöeroja Suomessa korostaa vielä se, että yksityislääkärit voivat tehdä lähetteitä julkisiin erikoissairaanhoidonpalveluihin, mistä johtuen myös niiden käyttö on ylimpiä tuloryhmiä suosivaa (Larivaara & Teperi 2007, 197).

Suomessa korkean sosiaalisen aseman saavuttaneet hyödyntävät siis muita enemmän julkisia ja yksityisiä terveystalveluja (Teperi 2005; Häkkinen 2002; Arinen & al. 1998; Keskimäki 1997). Ristiriitaista tässä on se, että pienituloisten ja matalasti koulutettujen terveys on monilla indikaattoreilla mitattuna heikompi kuin muiden väestöryhmien (ks. esim. Kallio 2006; Rahkonen & Lahelma 2002). Ylimpiin tuloluokkiin kuuluvat ja korkeasti koulutetut käyttävät tutkimusten mukaan enemmän yksityisiä hammaslääkäri-, lääkäri- ja fysioterapiapalveluja kuin pienituloiset ja matalasti koulutetut. (Häkkinen & Alha 2006, 37; Suominen-Taipale & al. 2006, 59–61; Alha & Hakulinen 2006, 80.)

Taloudellisiin resursseihin liittyy myös yksityinen sairausvakuutus. Britanniassa sen omistamisen on havaittu olevan yleisintä ylimmissä tuloluokissa ja korkeasti koulutettujen joukossa (Propper 1993). Suomessa sitä hyödynnetään eniten pääkaupunkiseudulla (Arimen & al. 1998, 52). Maassamme yksityisen sairausvakuutuksen omistaminen on yhteydessä lääkärikäyntien määrän kasvuun etenkin lasten keskuudessa (Häkkinen 2002, 1531–1532). Tietoa siitä, onko sillä merkitystä Suomessa nimenomaan yksityisten terveystalvelujen käytössä, ei ole. Espanjalaisen tutkimuksen mukaan kyseisen vakuutuksen omistavat käyttävät muita enemmän yksityisiä erikoislääkäripalveluja (Rodriguez & Stoyanova 2004, 697–700).

Eniten yksityisiä lääkäri- ja hammaslääkärikäyntejä on Etelä-Suomessa ja erityisesti pääkaupunkiseudulla, koska isoissa kaupungeissa yksityisiä palveluja on paremmin tarjolla kuin haja-asutusalueilla. Suomessa julkisen puolen lääkärit voivat lisäansioita hankkiakseen työskennellä myös yksityisellä sektorilla. Tästä johtuen yksityisiä palveluja on tarjolla nimenomaan kaupungeissa, joissa on julkinen sairaala. (Stakes 2007; Teperi 2005; Häkkinen 2005; Arinen & al. 1998.)

2. Uudistuksella kunnat velvoitettiin järjestämään suun terveydenhuoltoalvelut koko väestölle, ja yksityisten palvelujen tuki ulotettiin kaikkiin ikäryhmiin.

Lisäksi terveyskeskuspalveluissa on monilla suurilla paikkakunnilla pitkiä jonotusaikoja (Teperi & Keskimäki 2007, 281), ja yksilöiden kokemus julkisten palvelujen huonosta saatavuudesta ja riittämättömyydestä lisää yksityisten vaihtoehtojen valintaa (Nguyen & Häkkinen 2006, 105; Arinen & Sintonen 1994, 295).

Tarve lisää lääkäripalvelujen käyttöä. Esimerkiksi pitkäaikaissairauden ja huonoksi koetun terveydentilan on todettu olevan yhteydessä lääkärissä käyntien määrän kasvuun (Häkkinen 2002, 1530–1536), ja itse ilmoitetun kivun on todettu lisäävän hammaslääkärin vastaanotolle hakeutumista (Nguyen & al. 2005, 342). Tietoa siitä, selittääkö tarve myös yksityisten terveyspalvelujen käyttöä, ei ole. Myös iän ja sukupuolen yhteydestä yksityisten terveyspalvelujen käyttöön on vähän tietoa. Naiset käyttävät Suomessa enemmän terveydenhuollon palveluja kuin miehet. He käyvät miehiä useammin yksityislääkärin vastaanotolla, mutta sukupuolen ei ole todettu erottelevan yksityisiä hammaslääkärikäyntejä. (Nguyen & Häkkinen 2006; Häkkinen & Alha 2006; Arinen & al. 1998.) Iästä voidaan puolestaan sanoa se, että työikäiset hakeutuvat useammin hoitoon yksityiselle lääkäriasemalle kuin eläkkeellä olevat, jotka valitsevat ensisijaisesti terveyskeskuslääkärin vastaanottoajan (Klavus & al. 2006, 190 & 2008, 184–185). Iän merkitystä korostaa vielä se, että tutkimusten mukaan ikä ja tulot ovat voimakkaasti yhteydessä toisiinsa (esim. Tilastokeskus 2007). Tulojen pienentyessä hakeudutaan todennäköisesti julkiselle sektorille hoitoon.

Britanniassa tehtyjen tutkimusten mukaan yksityisten terveyspalvelujen käyttö ja yksityisen sairausvakuutuksen omistaminen voidaan liittää poliittisiin näkemyksiin, yksilöllistä vastuuta korostaviin arvoihin sekä kielteisesti kollektiiviseen hyvinvointivastuuseen suhtautuviin. Oikeistopuolueita äänestäneiden on todettu käyttävän enemmän yksityisiä palveluja kuin vasemmistoa kannattavien. Myös yksilövastuun ja tarveharkinnan lisäämisen kannalla olevien on havaittu hyödynävän eniten yksityisiä vaihtoehtoja. Yksityisten terveyspalvelujen käyttö näyttää siis liittyvän julkisen, universaalin sekä ilmaisen terveydenhuollon heikkoon kannatukseen ja sen rahoitushaluttomuuteen. (Propper 1993 & 2000; Burchardt & Propper 1999.) Toisaalta pitkittäisanalyysin perusteella ei voida sanoa, että nimenomaan yksityisten vaihtoehtojen käyttö vaikuttaa yksilöiden julkista terveydenhuoltojärjestelmää koske-

viin asenteisiin (Burchardt & Propper 1999). Voi olla, että jo valmiiksi tietyllä tavalla ajattelevat yksilöt hakeutuvat julkisen sektorin sijaan markkinoille.

Tutkimuskysymys

Tarkastelen tässä tutkimuksessa yksityisten terveyspalveluiden käyttöä eri väestöryhmissä. Terveyspalveluilla tarkoitan yksityisiä lääkärin ja hammaslääkärin vastaanottopalveluja, joita yksilöt ostavat markkinoilta ja jotka he maksavat käytännössä itse Kelan sairausvakuutuksen korvatesa vain osan kuluista. Tarkastelen tutkimuksessa niin hoitoon hakeutumista kuin toteutunutta lääkäripalvelujen käyttöä. Tarkastelen niitä iän, sukupuolen, sosioekonomisen aseman, asuinalueen, työmarkkina-aseman, terveydentilan, yksityisen sairausvakuutuksen sekä palvelujärjestelmää koskevien mielipiteiden mukaan. Keskityn erityisesti siihen, liittyvätkö sosiaaliturvan markkinaratkaisujen kannatus sekä kielteinen suhtautuminen sosiaaliturvan rahoitukseen yksityisten terveyspalvelujen käyttöön ja niihin hakeutumiseen. Mielipiteiden yhteyttä yksityisten terveyspalvelujen käyttöön ja niihin hakeutumiseen tarkastelen lisäksi eri ikäryhmissä, koska viimeaikaisten tutkimusten mukaan nuoret aikuiset poikkeavat muista ikäryhmistä hyvinvointivaltiokriittisyydellään (Kallio 2008; Muuri 2007; Forma 2006). Tämän artikkelin tutkimuskysymykset ovat:

1. Ketkä käyttävät ja hakeutuvat hoitoon yksityiselle lääkärinvastaanotolle? Onko havaittavissa eroja eri väestöryhmien välillä?
2. Liittyvätkö ideologiset tekijät eli sosiaaliturvan markkinaratkaisujen kannatus sekä kielteinen suhtautuminen sosiaaliturvan rahoitukseen yksityisten lääkärin vastaanottopalvelujen käyttöön ja niihin hakeutumiseen?
3. Miten ideologiset tekijät ovat yhteydessä lääkärin vastaanottopalvelujen käyttöön ja niihin hakeutumiseen eri ikäryhmissä?

Aineisto ja menetelmät

Käytän tutkimuksessa Stakesin ja Tilastokeskuksen yhdessä keräämää Hyvinvointi & Palvelut (Hypa) -aineistoa vuodelta 2004. Aineiston perusjoukkona on Suomen 18–79-vuotias väestö ahvenanmaalaiset poisluettuna. Otos poimittiin

satunnaisotantaa käyttäen väestörekisteristä. Aineisto kerättiin puhelinhaastattelulla ja postikyselyllä. Ruotsinkielisiä vastaajia varten lomakkeet käännettiin ruotsiksi. Puhelinhaastattelun vastausprosentti oli 83 (n = 5 810), ja postikyselyn vastausprosentti laskettuna alkuperäisestä perusotoksesta oli 56. Lisäsin aineistoihin jälkikäteen kotitalous- ja asuinpaikkatiedot väestörekisteristä sekä keskeiset tulotiedot verorekisteristä. (Ks. lisää Moisio 2006.) Käytän tässä tutkimuksessa molempia aineistoja ja analyysiin otan mukaan ne, jotka ovat vastanneet sekä puhelinhaastatteluun että postikyselyyn (n = 2 957). Käytän analyysissä aineistoon laskettuja painokertoimia (henkilö- ja kotitalouspainot), jotka korjaavat otannasta johtuvaa aineiston vinoutta³.

Yksityisiin terveyspalveluihin hakeutumista mitaan tutkimuksessa kysymyksellä: *Mistä yritäisitte ensisijaisesti saada itsellenne vastaanottoajan päiväs aikaan arkipäivänä, jos sairastuisitte äkillisesti: 1. terveyskeskuslääkäriltä, 2. sairaalan poliklinikalta, 3. yksityiseltä lääkäriasemalta, 4. työpaikan työterveyslääkäriltä, 5. jostakin muualta sekä 6. ette mistään?* Analyysiä varten luokittelin muuttujan uudelleen dikotomiseksi, jolloin arvon 1 saivat ne, jotka hakeutuivat yksityiselle lääkäriasemalle ja muut arvon 0. Näin kaikki vastaajat voivat potentiaalisesti kuulua kaikkiin vastausvaihtoehtoluokkiin (ei esim. työterveyshuolto vs. eläkeläiset ja työttömät). Muuttujaan sisältyy kuitenkin ongelma, koska työpaikan työterveyslääkäri voi työskennellä yksityisellä lääkäriasemalla ja tästä syystä vastaajat ovat voineet sekoittaa toisiinsa työterveyshuollon ja yksityisen lääkäriaseman.

Yksityisten terveyspalvelujen toteutunutta käyttöä mitaan tutkimuksessa kahdella muuttujalla eli yksityisten lääkäri- ja hammaslääkäripalvelujen käytöllä. Yksityisten lääkäripalvelujen käyttöä tiedusteltiin niiltä vastaajilta, jotka olivat sairauden tai raskauden takia käyneet lääkärissä tai sairaanhoitajan tarkastuksessa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Kysymys kuului seuraavasti: *Kävittekö yksityislääkärin vastaanotol-*

la? Vastausvaihtoehdot olivat kyllä ja ei. Analyysiin otin mukaan kaikki vastaajat niin, että käyttäjät saivat arvon 1 ja muita palveluja käyttäneet sekä kokonaan vuoden aikana käyttämättä olleet arvon 0. Yksityisten hammaslääkäripalvelujen käyttöä kysyttiin niiltä vastaajilta, jotka olivat käyneet hammaslääkärin vastaanotolla viimeisten 12 kuukauden aikana. Kysymys oli muotoa: *Kävittekö yksityisellä hammaslääkärillä?* Vastausvaihtoehdot olivat kyllä ja ei. Analyysiin otin mukaan vastaajat niin, että käyttäjät saivat arvon 1 ja muita vaihtoehtoja käyttäneet sekä kokonaan käyttämättä olleet arvon 0.

Selittäviä muuttujia tässä tutkimuksessa olivat sukupuoli, ikä, koulutus, tulot, työmarkkina-asema, koettu terveys/koettu suun terveys, yksityinen vakuutus, asuinalue, yksityisen sektorin kannatus sekä sosiaaliturvan rahoitushalukkuus. Luokittelin osan näistä muuttujista uudelleen siten, että jokaiseen luokkaan saatiin tarpeeksi tapauksia monimuuttuja-analyysiä varten. Kategoristen selittävien muuttujien suorat jakaumat on raportoitu liitteessä 1. Analyysin eri vaiheissa käytin kahta erilaista ikäjaottelua (1. 18–25, 26–35, 36–45, 46–55, 56–65 ja 66–79 sekä 2. 18–35, 36–59 ja 60–79). Sosioekonomista asemaa mittasin tutkimuksessa koulutuksella ja tuloilla. Koulutus jakautuu neljään luokkaan, jolloin ensimmäiseen luokkaan kuuluvat perus/kansakoulun suorittaneet ja toiseen keskiasteen koulutuksen hankkineet. Kolmanteen luokkaan sisällytin alimman korkea-asteen käyneet ja neljänteen korkeakouluasteen suorittaneet. Tulot olivat ekvivalentteja tuloja⁴, jotka on muodostettu käyttämällä OECD-muunnettua skaalaa. Tulot jaoin tuloviidenneksiin, jolloin ensimmäisellä ryhmällä on pienimmät ja viidennellä suurimmat tulot. Työmarkkina-aseman ryhmittelin neliluokkaiseksi (työssä, työtön, eläkkeellä ja muut). Koetun terveyden luokittelin seuraavasti: hyvä, melko hyvä ja keskinkertainen/huono. Hammaslääkäripalvelujen kohdalla koetun terveyden sijasta otin mal-

3. Tässä artikkelissa käytetään postikyselyn henkilötason painokerrointa, jonka odotusarvo on 1,00. Se korjaa vain otoskadon vaikutuksen, mutta mahdollistaa tilastollisten testien tekemisen painotulla aineistolla. Henkilöpainot on kalibroitu iän, sukupuolen, kuntaryhmiyksen ja maakunnan mukaan. (Ks. lisää Moisio 2006.)

4. Tilastokeskuksen määritelmän mukaan ekvivalentti tulo on käsite, jolla pyritään saamaan erityyppisten kotitalouksien tulot vertailukelpoiksi ottamalla huomioon yhteiskulutushyödyt. Ekvivalentti tulo on kotitalouden käytettävissä olevat tulot jaettuna talouden kulutusyksiköiden määrällä. Artikkelissa on käytetty OECD:n muunnettua kulutusyksikköasteikkoa, jossa kotitalouden ensimmäinen aikuinen saa painon 1, muut yli 13-vuotiaat henkilöt painon 0,5 ja lapset painon 0,3.

liin mukaan koetun suun terveyden⁵. Yksityisen vakuutuksen omistamisesta tein kaksiluokkaisen, jolloin ensimmäisen ryhmän muodostivat ne, joilla on yksityinen sairausvakuutus ja toisen ne, joilla ei ole tai jotka eivät tiedä omistavansa kyseistä vakuutusta. Asuinaluetta mittasin tilastollisella kuntaryhmityksellä (maaseutumainen, kaupunkimainen ja taajaan asuttu kunta).

Sosiaaliturvaa koskevia mielipiteitä eli ideologiaa mittasin tutkimuksessa kahdella summamuuttujalla. Muodostin yksityisen sektorin kannatusta mittaavan summamuuttujan kolmesta eri kysymyksestä (alpha = 0,75). Ne olivat: 1. *Yksityisiä sosiaalipalveluja tulisi lisätä*, 2. *Yksityistä terveyden- ja sairaanhoitoa tulisi lisätä*. 3. *Yksityiset sosiaali- ja terveystalvet toimivat tehokkaammin kuin vastaavat julkiset palvelut*. Otin muuttujan monimuuttuja-analyysiin mukaan jatkuvana. Mitä suurempi on sen arvo, sitä suurempi on markkinaratkaisujen kannatus. Sosiaaliturvan rahoitushalukkuutta koskevat kysymykset oli satunnaistettu puoliksi vastaajille⁶. Puolet vastaajista otti kantaa väitteeseen: 1. *Veroja pitäisi alen- taa, vaikka se johtaisikin sosiaaliturvan leikkauksiin*. Puolet vastaajista vastasi väitteeseen: 2. *Sosiaaliturvan taso pitää Suomessa ylläpitää, vaikka se johtaisi verojen korottamiseen*. Vastausvaihtoehdot olivat: 1. *täysin samaa mieltä*, 2. *jokseenkin samaa mieltä*, 3. *ei samaa eikä eri mieltä*, 4. *jokseenkin eri mieltä ja 5. täysin eri mieltä*. Ennen niiden summaamista luokittelin ensimmäisen muuttujan uudelleen niin, että arvon 1 saivat täysin ja jokseenkin samaa mieltä olevat ja muut saivat arvon 0. Jälkimmäisen muuttujan luokittelin puolestaan niin, että arvon 1 saivat jokseenkin ja täysin eri mieltä olevat ja muut arvon 0. Tämän jälkeen summasin muuttujat yhteen, jolloin 1 mitasi kielteistä ja 0 neutraalia/myönteistä suhtautumista sosiaaliturvan rahoitukseen. Valitettavasti

5. *Koettua suun terveyttä kysyttiin vastaajilta seuraavasti: Onko teillä ollut hammassärkyä tai muita hampaisiin tai hammasproteesiin liittyviä vaivoja viimeisten 12 kuukauden aikana? Vastausvaihtoehdot olivat kyllä ja ei.*

6. *Kahden erilaisen kysymyksen satunnaistamista puoliksi vastaajille voidaan kritisoida, koska kysymykset eivät välttämättä mittaa täysin samaa asiaa. Tarkasteltaessa näiden mittareiden jakaumia asteikon kääntämisen jälkeen, havaittiin niiden poikkeavan hieman toisistaan. Tämä antaa syyn pohtia kysymyksen asettelun vaikutusta kansalaisten vastauksiin. Paremman mittarin puuttuessa päädyttiin kuitenkin käyttämään ko. kysymyksistä tehtyä summamuuttujaa.*

aineistosta puuttui puoluekantamuuttuja, jolla on perinteisesti operationalisoitu ideologinen ulottuvuus esimerkiksi hyvinvointivaltion kannatusperustaa käsittelevissä tutkimuksissa (esim. Pöntinen & Uusitalo 1986).

Suorien jakaumien lisäksi käytin analyysimenetelmänä tutkimuksessa binaarista logistista regressioanalyysiä, koska selitettävät muuttujat ovat dikotomisissa (ks. lisää Hosmer & Lemeshow 2000). Raportoin analyysiosiossa sekä yksittäistarkastelut että monimuuttujamallit, joissa vakioidaan selitettävien muuttujien vaikutuksia toisillaan. Vertailuryhmän arvo on yksi. Jos vetosuhde (odds ratio) on yli yksi, kyseinen ryhmä käyttää tai valitsee useammin yksityisen palvelun kuin vertailuryhmä. Jos vetosuhde on alle yksi, kyseinen ryhmä käyttää tai valitsee yksityisen palvelun harvemmin kuin vertailuluokka. Käytän tilastollisen merkitsevyyden rajana viiden prosentin riskitasoa.

Tulokset

Suorien jakaumien perusteella 11 prosenttia vastanneista hakeutuu sairastuessaan yksityiselle lääkäriasemalle. Viimeisen 12 kuukauden aikana noin kolmannes vastanneista on käyttänyt yksityisiä lääkärinvastaanotopalveluja ja hieman useampi heistä on käynyt yksityisen hammaslääkärin vastaanotolla. Noin 10 prosenttia vastanneista ilmoittaa hankkineensa yksityisen sairausvakuutuksen. Jakaumat viittaavat siihen, että selvästi pienempi osa vastanneista valitsee yksityisen sektorin asenteiden tasolla (hakeutuminen) kuin tosiasiallisesti käyttää sitä. Käytännössä yksilöt tekevät siis toisin kuin suunnittelevat, koska vuoden aikana lääkäripalveluja käyttäneiden määrä on kaksinkertainen hakeutuviin verrattuna. Tämä voi viitata siihen, että kansalaiset ovat asenteiden tasolla sitoutuneita julkisiin palveluihin, mutta käytännön realiteetit, kuten palvelujen saatavuus, ajavat heidät yksityiselle sektorille.

Taulukossa 1 on raportoitu käytettyjen selitettävien muuttujien yhteydet lääkäri- ja hammaslääkäripalvelujen käyttöön sekä yksityiselle lääkäriasemalle hoitoon hakeutumiseen. Taulukossa ovat näkyvissä sekä yksittäistarkastelut että monimuuttujamallit⁷. Hoitoon hakeutumista erottele-

7. *Analyytit tehtiin myös lisäämällä selittävät muuttujat malliin yksittellen. Näitä ei kuitenkaan raportoida erikseen.*

Taulukko 1. Selittävien muuttujien yhteydet yksityiselle lääkäriasemalle hakeutumiseen ja yksityisten (hammas)lääkäripalvelujen käyttöön. Logistinen regressioanalyysi, vetosuhteet (odds ratio) ja tilastolliset merkitsevyydet.

	Hakeutuu sairastuesaan yksityiselle lääkäriasemalle		Käynyt viimeisen 12 kk aikana yksityislääkärin vastaanotolla		Käynyt viimeisen 12 kk aikana yksityisen hammaslääkärin vastaanotolla	
	I	II	I	II	I	II
Yksityisen sektorin kannatus	1,17***	1,15***	1,06***	1,06***	1,03	1,03
Sos.turvan rahoitushalukkuus						
Muut	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kielteinen suhtautuminen	1,78***	1,55**	0,92	0,93	1,24*	1,22
Sukupuoli						
Mies	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Nainen	0,80	0,73*	1,92***	2,08***	1,07	1,13
Ikä						
18–25 vuotta	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
26–35 vuotta	1,33	1,48	1,05	0,91	2,06**	1,48
36–45 vuotta	1,13	1,37	1,01	0,89	3,66***	2,81***
46–55 vuotta	1,42	1,81*	1,59**	1,36	5,78***	4,82***
56–65 vuotta	1,30	1,46	1,36	1,02	4,96***	5,64***
66+ vuotta	0,88	0,72	1,86***	1,21	2,95***	5,35***
Koulutus						
Perus/kansakoulu	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Keskiaste	1,14	1,08	0,84	1,03	1,18	1,41**
Alin korkea-aste	1,28	1,05	1,27	1,34*	1,88***	1,44**
Korkeakouluaste	1,46	1,01	1,14	1,26	1,77***	1,47**
Tuloviidennekset						
I pienimmät tulot	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
II	0,85	0,89	1,20	1,11	1,33*	0,98
III	0,88	0,76	1,28	1,23	2,44***	1,73***
IV	1,09	1,02	1,54**	1,59**	2,82***	1,78***
V suurimmat tulot	1,90***	1,39	1,87***	1,75***	4,48***	2,32***
Työmarkkina-asema						
Työssä	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Työtön	1,21	1,61	0,99	1,12	0,47***	0,63*
Eläkkeellä	0,90	2,19**	1,50***	1,77**	0,77**	0,70
Muut	0,93	1,39	1,16	1,34*	0,51***	0,77
Koettu terveys						
Hyvä	1,00	1,00	1,00	1,00		
Melko hyvä	0,94	0,96	1,31*	1,40**		
Keskiarvoinen/huono	0,67**	0,79	1,72***	1,92***		
Koettu suun terveys						
Ei ole vaivoja					1,00	1,00
On vaivoja					1,87***	2,03***
Yksityinen vakuutus						
Ei/ei osaa sanoa	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
On	2,73***	2,47***	1,86***	2,22***	1,39*	1,43*
Asuinalue						
Maaseutumainen kunta	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kaupunkimainen kunta	2,52***	2,45***	1,59***	1,53***	3,09***	3,02***
Taajaan asuttu kunta	0,95	0,81	1,07	0,98	2,39***	2,30***
Mallin selitysaste (Nagelkerke)		11,4 %		11,4 %		20,3 %
N		2848		2854		2856

Aineisto on painotettuna koko väestöön. Tilastollinen merkitsevyytaso: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

I Yksittäistarkastelut

II Käytettyjen selittävien muuttujien vaikutukset vakioitu toisillaan.

vat eniten vastaajan sosiaaliturvaa koskevat mielipiteet, yksityinen sairausvakuutus ja asuinalue sekä yksittäistarkasteluissa että monimuuttujamallissa. Julkisen sosiaaliturvan rahoitukseen kielteisesti suhtautuvat ja markkinasektoria tukevat hakeutuvat hoitoon yksityiselle lääkäriasemalle useammin kuin muut. Tulosta tukevat Britanniasa tehdyt tutkimukset, joiden mukaan yksityisten terveyspalvelujen käyttöön liittyy julkisen, universaalien ja ilmaisen terveydenhuollon heikko kannatus ja kielteinen suhtautuminen sen rahoitukseen (Propper 2000; Burchardt & Propper 1999). Yksityisen sairausvakuutuksen omistavat ja kaupunkimaisessa kunnassa asuvat hakeutuvat hoitoon yksityiselle lääkäriasemalle useammin kuin ilman vakuutusta olevat ja maaseudulla asuvat.

Yksityisten lääkärinvastaanotto- ja palvelujen toteutunutta käyttöä yksittäistarkasteluissa ja monimuuttujamallissa erottelevat selkeimmin sosiaaliturvaa koskevat mielipiteet, sukupuoli, tulot, yksityinen vakuutus, työmarkkina-asema, koettu terveys ja asuinalue. Markkinasektorin kannattajat ovat käyttäneet useammin yksityislääkärin palveluja kuin siihen kriittisesti suhtautuvat. Näyttää siis siltä, että yksityisten palvelujen käyttäjät tukevat useammin markkinaratkaisujen lisäämistä hyvinvoinnin tuottamisessa kuin muut. Mielienkiintoista on, ettei muiden selittävien muuttujien vaikutusten vakiointi olennaisesti heikentänyt yksittäistarkasteluissa havaittuja ideologisten tekijöiden sekä hakeutumisen ja yksityisten lääkäripalvelujen käytön välistä yhteyttä.

Naiset käyttävät miehiä ja eläkeläiset työssäkäyviä enemmän yksityisiä lääkäripalveluja. Eläkeläisten työssäkäyviä suurempaa lääkäripalvelujen käyttöä selittää todennäköisesti se, etteivät he kuulu työterveyshuollon piiriin. Ylimpiin tulo- luokkiin kuuluvat ovat käyneet kuluneen vuoden aikana useammin yksityislääkärin vastaanotolla kuin pienituloiset. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan suurituloiset käyttävät Suomessa eniten yksityisiä hammaslääkäri- ja lääkäripalveluja (Häkkinen & Alha 2006; Suominen-Taipale & al. 2006). Lisäksi Suomen koko terveydenhuoltojärjestelmän on todettu suosivan korkeassa sosiaalisessa asemassa olevia (Doorslaer & al. 2006). Yksityisen sairausvakuutuksen omistavat hyödyntävät yksityisiä lääkäripalveluja enemmän kuin ilman vakuutusta olevat. Ilman vapaaehtoista vakuutusta yksityisten terveyspalvelujen käyttö tulee kalliiksi, koska Kelan sairausvakuutuksen

omavastuuosuus on Suomessa kansainvälisestikin vertattuna korkea (Larivaara & Teperi 2007). Tarve eli tässä tutkimuksessa koettu terveys selittää yksityisten lääkäripalvelujen käyttöä. Eniten niitä hyödyntävät huonoksi tai keskinkertaiseksi terveytensä kokevat. Kaupunkilaiset käyttävät useammin kyseisiä palveluja kuin maaseutumaisissa kunnissa asuvat. Yksityisiä lääkäripalveluja onkin tarjolla eniten nimenomaan Etelä-Suomen kaupungeissa (Stakes 2007; Teperi 2005).

Väestöryhmien väliset käyttöerot ovat suurimmat hammaslääkärin vastaanotto- ja palveluissa. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan suun terveydenhuollon tosiasiallinen käyttö jakautuu kaikista terveydenhuollon palveluista epätasaisesti (Larivaara & Teperi 2007). Eniten sitä erottelevat yksittäistarkasteluissa ja monimuuttujamallissa ikä, koulutus, tulot, koettu suun terveys, yksityinen vakuutus sekä asuinalue. Ideologiset tekijät eivät puolestaan ole yhteydessä yksityisiin hammaslääkärikäynteihin. Ikääntyneet ja keski-ikäiset käyttävät nuoria useammin yksityisiä hammaslääkäripalveluja. Voi olla, ettei 2002 tehdystä hammashoitouudistuksesta ja myöhemmin laaditusta hoitotakuusta huolimatta aikuisväestön pääsy julkiselle puolelle ole helpottunut. Nuorista aikuisista taas esimerkiksi korkeakouluopiskelijoiden suun terveydenhuolto hoidetaan Ylioppilaiden terveydenhuoltoosastion kautta. Syyinä voi olla myös ennen uudistusta syntynyt totumus. Tutkimusten mukaan kutsu hammastarkastukseen lisää huomattavasti todennäköisyyttä hakeutua hammaslääkärinvastaanotolle (Nguyen & al. 2005), ja tämä käytäntö on yleistä nimenomaan yksityisellä sektorilla julkisen puolen pitäytyessä niistä monissa kunnissa jo valmiiksi ruuhkautuneen tilanteen vuoksi.

Korkeasti koulutetut ja suurituloiset hyödyntävät yksityisen sektorin tarjoamia hammaslääkäripalveluja enemmän kuin matalasti koulutetut ja pienituloiset (ks. myös Suominen-Taipale & al. 2006). Kuten lääkäripalvelujen kohdalla, myös yksityisiin hammaslääkäri- ja vastaanotto- ja palveluihin liittyy tarve. Ne, joilla on ollut kuluneen vuoden aikana suun terveyteen liittyviä vaivoja, ovat käyttäneet yksityistä vaihtoehtoa useammin kuin muut. Yksityisen sairausvakuutuksen omistavat ja kaupungissa tai taajaan asutussa kunnassa asuvat ovat kuluneen vuoden aikana käyneet useammin yksityisellä hammaslääkäri- ja vastaanotto- ja palveluilla kuin maaseudulla asuvat ja ilman vapaaehtoista vakuutusta olevat. Myös työttömät ovat yksityisen hammashuollon

asiakkaina harvemmin kuin työssäkäyvät. Tämä on ymmärrettävissä lähinnä resurssinäkökulmas- ta käsin. Tiivistetysti voidaan todeta, että yksityis- ten hammaslääkäripalvelujen tosiasiallinen käyt- tö liittyy erityisesti yksilön taloudellisiin resurssi- hin, asuinalueeseen, palvelutarpeeseen sekä ikään. Asuinalueen yhteys käyttöön on todennäköisesti selitettävissä suurilla kuntien välisillä eroilla yksi- tyisten ja julkisten hammaslääkäripalvelujen tar- jonnassa ja saatavuudessa. Yksityiset hammaslää- käripalvelut ovat painottuneet suuriin asutuskes- kuksiin, ja hoitoon pääsyaajoissa on julkisella sek- torilla suuria kuntien välisiä eroja. (Manderbacka & al. 2006, 48–49.) Monissa isoissa kaupungeis- sa kunnalliseen hoitoon on pitkiä jonotusaikoja (Teperi & Keskimäki 2007, 281).

Taulukosta 1 voidaan havaita ristiriita. Naiset, vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat sekä huonoksi terveytensä kokevat ovat käyttäneet miehiä, nuo- ria ja terveitä henkilöitä enemmän yksityisiä lää- käripalveluja. Siitä huolimatta he ilmoittavat ha- keutuvansa sairastuessaan yksityiselle lääkäriase- malle harvemmin kuin verrokiryhmiin kuulu- vat. Kielteisesti sosiaaliturvan rahoitukseen suh- tautuvat hakeutuvat hanakammin yksityiselle sektorille kuin muut, mutta palvelujen käytössä ei ryhmien välillä ole merkittävää eroa. Sukupuol- ten välinen ero selittyy todennäköisesti naisten yksityisillä gynekologikäynneillä. Sosiaaliturvan rahoitukseen kielteisesti suhtautuvat ovat voineet tarvita lääkäripalveluja vähemmän kuin muut ku- luneen vuoden aikana. Käytetyn aineiston mu- kaan hyväksi terveytensä kokevat suhtautuvat- kin kielteisemmin julkisen sosiaaliturvan rahoit-ukseen kuin huonoksi terveytensä ilmoittavat. Heikoksi terveytensä kokevat ja ikääntyneet ovat taas todennäköisesti sekä tarvinneet että käyttä- neet kaikkia terveyspalveluja enemmän kuin nuo- ret ja terveet. Tässä on artikkelin yksi ongelma: Kaikkiin käynteihin suhteutettujen lukujen sijas- ta vastemuuttuja kertoo yksityislääkärikäyntien absoluuttisen määrän. Tarkasteltaessa absoluut- tisia määriä voidaan ilmiöstä saada erilainen ku- va, kuin jos käyntien määrä olisi suhteutettu kaik- kien terveyspalvelujen käyttömääriin.

Taulukoissa 2, 3 ja 4 on raportoitu sosiaalitur- vaa koskevien mielipiteiden yhteydet yksityisten palvelujen käyttöön ja yksityiselle lääkäriasemal- le hakeutumiseen eri-ikäisten vastaajien joukossa. Ikäryhmiä edustavat tässä 18–35, 36–59 sekä 60– 79 vuotta täyttäneet. Luokittelun kriteerinä käy- tettiin sitä, että tapausten määrä pysyy tarpeeksi

suurena ajatellen monimuuttuja-analyysejä ja et- tä nuoret aikuiset erottuvat selkeästi muista, kos- ka viimeaikaisissa mielipidetutkimuksissa he ovat poikenneet kriittisyydellään ikääntyneistä (Kal- lio 2008; Muuri 2007; Forma 2006). Ennen var- sinaista analyysiä tehdyt korrelaatiotarkastelut ja ristiintaulukoinnit osoittivat lisäksi, että näiden ikäryhmien välillä on selkeitä eroja suhtautumi- ssa sosiaaliturvan rahoitukseen sekä yksityiseen sektoriin hyvinvoinnin tuottamisessa. Nuoret tu- kevat ikääntyneitä enemmän yksityistä sektoria ja suhtautuvat kielteisemmin sosiaaliturvan ra- hoitukseen. Tämä voi merkitä sitä, että käytön ja mielipiteiden välinen yhteys on heillä erilai- nen kuin ikääntyneillä. Ikäryhmittäinen tarkas- telu on perusteltua myös siksi, että interaktiotar- kastelut osoittivat, että ikäryhmien ja yksityisen sektorin kannatuksen välillä on yhdysvaikutuk- sia koskien yksityiselle sektorille hoitoon hakeu- tumista ja yksityisten lääkäripalvelujen käyttöä. Taulukoissa on raportoitu mielipiteiden yhteydet käyttöön ja yksityiselle lääkäriasemalle hakeutu- miseen yksittäistarkasteluin ja muiden selittävien muuttujien vaikutusten ollessa vakioituja.

Tulosten mukaan yksityisen sektorin kannatus ja kielteinen suhtautuminen sosiaaliturvan rahoit-ukseen erottelevat selkeimmin nuorten aikuis- ten eli 18–35-vuotiaiden yksityisten terveyspalve- lujen käyttöä ja hoitoon hakeutumista. Yksityis- tä sektoria kannattavat nuoret hakeutuvat mui- ta useammin yksityiselle lääkäriasemalle. He ovat myös käyneet yksityisen lääkärin vastaanotolla useammin kuin muut. Nuoret sosiaaliturvan ra- hoitukseen kielteisesti suhtautuvat henkilöt ovat käyttäneet puolestaan muita nuoria useammin yksityisiä hammaslääkäripalveluja ja ilmoitta- vat muita hanakammin hakeutuvansa yksityisel- le sektorille hoitoon. Yhteyden tilastollinen mer- kitsevyys tosin heikkeni, kun vastaajan asuinalue- en ja yksityistä sektoria koskevien mielipiteiden vaikutukset vakioitiin. Ikääntyneiden eli 60–79- vuotiaiden keskuudessa mielipiteet eivät ole yhtey- dessä yksityisten vaihtoehtojen käyttöön. Tosin yli 60-vuotiaat sosiaaliturvan rahoitukseen kiel- teisesti suhtautuvat henkilöt ilmoittivat hakeutu- vansa sairastuessaan hieman useammin yksityisel- le lääkäriasemalle kuin muut. Yhteys on tilastol- lisesti merkitsevä vain mallissa, jossa muiden sel- littävien muuttujien vaikutukset olivat vakioitu- ja. Ei ole kuitenkaan erotettavissa yksittäistä teki- jää, jonka vakiointi aiheuttaisi sen.

Taulukko 2. Sosiaaliturvaa koskevien mielipiteiden yhteydet yksityiselle lääkäriasemalle hakeutumiseen ja yksityisten (hammas)lääkäripalvelujen käyttöön 18–35-vuotiaiden keskuudessa. Logistinen regressioanalyysi, vetosuhteet (odds ratio) ja tilastolliset merkitsevyydet.

18–35-vuotiaat	Hakeutuu sairastuessaan yksityiselle lääkäriasemalle		Käynyt viimeisen 12 kk aikana yksityislääkärin vastaanotolla		Käynyt viimeisen 12 kk aikana yksityisen hammaslääkärin vastaanotolla	
	I	II	I	II	I	II
Yksityisen sektorin kannatus	1,32***	1,28***	1,15***	1,15**	1,08	1,04
Sos.turvan rahoitushalukkuus						
Muut	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kielteinen suhtautuminen	2,51***	1,86*	1,03	0,86	1,70**	1,57*
N	758		758		758	

Aineisto on painotettuna koko väestöön. Tilastollinen merkitsevyytaso: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001
 I Yksittäistarkastelut.
 II Vakioitu sukupuolen, koulutuksen, tulojen, työmarkkina-aseman, terveyden, yksityisen vakuutuksen sekä asuinalueen vaikutukset.

Taulukko 3. Sosiaaliturvaa koskevien mielipiteiden yhteydet yksityiselle lääkäriasemalle hakeutumiseen ja yksityisten (hammas)lääkäripalvelujen käyttöön 36–59-vuotiaiden keskuudessa. Logistinen regressioanalyysi, vetosuhteet (odds ratio) ja tilastolliset merkitsevyydet.

36–59-vuotiaat	Hakeutuu sairastuessaan yksityiselle lääkäriasemalle		Käynyt viimeisen 12 kk aikana yksityislääkärin vastaanotolla		Käynyt viimeisen 12 kk aikana yksityisen hammaslääkärin vastaanotolla	
	I	II	I	II	I	II
Yksityisen sektorin kannatus	1,17***	1,16***	1,05*	1,05	1,02	1,01
Sos.turvan rahoitushalukkuus						
Muut	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kielteinen suhtautuminen	1,53*	1,27	0,86	0,85	1,23	1,17
N	1489		1494		1496	

Aineisto on painotettuna koko väestöön. Tilastollinen merkitsevyytaso: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001
 I Yksittäistarkastelut.
 II Vakioitu sukupuolen, koulutuksen, tulojen, työmarkkina-aseman, terveyden, yksityisen vakuutuksen sekä asuinalueen vaikutukset.

Yhteenvedo tuloksista ja pohdintaa

Yksityisten terveyspalvelujen käytössä on tulosten mukaan selkeitä väestöryhmittäisiä eroja. Eniten yksityisten lääkäri- ja hammaslääkäripalvelujen käyttöä ja niihin hakeutumista erottelevat vastaajan taloudellinen tilanne, yksityinen sairausva-

kuutus, asuinalue, koettu terveys sekä ideologiset tekijät. Ylimpiin tuloluokkiin kuuluvat ja yksityisen vakuutuksen hankkineet hyödyntävät enemmän yksityisiä vaihtoehtoja kuin pienituloiset ja ilman vakuutusta olevat. Myös ne, jotka arvioivat terveytensä huonoksi, olivat muita useammin yksityisten palvelujen asiakkaina.

Taulukko 4. Sosiaaliturvaa koskevien mielipiteiden yhteydet yksityiselle lääkäriasemalle hakeutumiseen ja yksityisten (hammas)lääkäripalvelujen käyttöön 60–79-vuotiaiden keskuudessa. Logistinen regressioanalyysi, vetosuhteet (odds ratio) ja tilastolliset merkitsevyydet.

60–79-vuotiaat	Hakeutuu sairastuessaan yksityiselle lääkäriasemalle		Käynyt viimeisen 12 kk aikana yksityislääkärin vastaanotolla		Käynyt viimeisen 12 kk aikana yksityisen hammaslääkärin vastaanotolla	
	I	II	I	II	I	II
Yksityisen sektorin kannatus	1,05	1,03	1,06	1,04	1,06	1,06
Sos.turvan rahoitushalukkuus						
Muut	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kielteinen suhtautuminen	1,57	2,06*	1,08	1,14	1,01	1,07
N	601		602		602	

Aineisto on painotettuna koko väestöön. Tilastollinen merkitsevyytaso: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001
 I Yksittäistarkastelut.
 II Vakioitu sukupuolen, koulutuksen, tulojen, työmarkkina-aseman, terveyden, yksityisen vakuutuksen sekä asuinalueen vaikutukset.

Alueellisesti tarkasteltuna kaupunkimaisessa kunnassa asuvat käyttävät enemmän yksityisiä lääkäri- ja hammaslääkäripalveluja kuin maaseudulla asuvat. Näiltä osin saadut tulokset ovat linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa, joissa on kiinnitetty huomiota erityisesti siihen, että Suomessa yksityisten terveystalujen käyttö on kytöksissä yksilön tuloihin ja asuinalueeseen (ks. esim. Larivaara & Teperi 2007; Nguyen & Häkinen 2006; Teperi 2005).

Uutta aikaisempiin tutkimuksiin nähden on yksityisten terveystalujen käyttöön liittyvien ideologisten tekijöiden tarkastelu. Julkisen terveydenhuollon legitimitetien kannalta on johdonmukaista, että sosiaali- ja terveystalujen markkinaratkaisujen kannalla olevat käyttävät ja valitsevat yksityisen palvelun useammin kuin muut. Lisäksi sosiaaliturvan rahoitushaluttomuus on yhteydessä yksityiselle lääkäriasemalle hakeutumiseen, mutta markkinoita ja sosiaaliturvan rahoitusta koskevat mielipiteet eivät erottele yksityishammaslääkärin vastaanottokäyntejä, paitsi nuorten aikuisten keskuudessa. Tämä voi johtua siitä, että Suomessa kuntien suun terveydenhuollon palvelut ulotettiin kaikkiin ikäryhmiin vasta vuonna 2002. Koska uudistuksesta on kulunut vasta vähän aikaa, voivat monet mieltää edelleen, ettei hammashuolto kuulu kollektiivisen vastuun piiriin. Yksityisen hammaslääkäripalvelun käyttöön ei näin ollen liity ideologisia tekijöitä. Tar-

kasteltaessa ideologian ja käytön yhteyttä eri ikäryhmissä havaittiin, että julkisen sosiaaliturvan rahoitushaluttomuus ja markkinoiden kannatus ovat selkeimmin yhteydessä yksityisten palvelujen valintaan ja käyttöön nuorten aikuisten keskuudessa.

Saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, ettei kaikilla suomalaisilla ole mahdollisuutta valita yksityisten ja julkisten terveystalujen väliltä. Kunnissa on suuria eroja sekä julkisten etä yksityisten palvelujen saatavuudessa. Etenkin suun terveydenhuollon tarjonnassa on merkittäviä kuntien välisiä eroja. Maaseudulla yksityisiä palveluja on tarjolla vähemmän kuin Etelä-Suomen asutuskeskuksissa, kun taas osassa isoista kaupungeista on julkiselle puolelle pitkiä jonotusaikoja. (Stakes 2007; Larivaara & Teperi 2007; Teperi & Keskimäki 2007; Manderbacka & al. 2006.) Tutkimuksen toteutuksen kannalta on ongelmallista, että palvelujen saatavuutta ja sen alue-eroja on hankala muuttaa mitattavaan muotoon. Toisin sanoen tietoja palvelujen tarjonnasta ei ole saatavilla. Tässä artikkelissa käytettiin tilastollista kuntaryhmitystä, jolla tavoitetaan vain karkeasti saatavuuden eroja.

Toinen näkökulma yksilön mahdollisuuteen valita liittyy hänen taloudelliseen tilanteeseensa. Tuloksista kävi ilmi, että yksityisten terveystalujen käyttö liittyy vahvasti yksilön taloudellisiin resursseihin. Voidaan sanoa, että niin kauan kun

omavastuuosuudet ovat yhtä korkeat kuin tällä hetkellä, ei pienituloisilla ja ilman vapaaehtoisia sairausvakuutusta olevilla ole mahdollisuutta käyttää yksityisiä terveyspalveluja. Erityisen hankalan tilanteesta tekee se, että monet kunnat ovat joutuneet 1990-laman jälkeen karsimaan palvelujaan, minkä seurauksena julkisen järjestelmän kattavuus on kärsinyt (Julkunen 2001 & 2006; Kröger 1997). Se, että yksityislääkärit voivat tehdä läheteitä julkiseen erikoissairaanhoidon, lisää palvelujen käytön sosiaalista epätasa-arvoa entisestään. Ongelmallisinta on se, että pienituloisten ja matalassa sosioekonomisessa asemassa olevien terveys on monilla mittareilla tarkasteltuna heikompi kuin suurituloisten ja korkeissa sosiaalisissa asemassa olevien (Klavus & al. 2008; Kallio 2006; Rahkonen & Lahelma 2002). Heidän palvelutarpeensa on siis suurempi kuin niiden, jotka tutkimusten mukaan käyttävät eniten sekä julkisia että yksityisiä terveyspalveluja (Teperi 2005; Häkkinen 2002; Arinen & al. 1998; Keskimäki 1997).

Korven (1980) mukaan etuuksien ja palvelujen laaja kannatus ja sitä myöden niiden korkea taso ovat saavutettavissa, jos mahdollisimman monella yksilöllä on intressejä hyvinvointivaltion edunsaajana ja rahoittajana. Toisaalta heikko kannatus ja etuuksien huono taso ovat seurausta siitä, että etuuksien sekä palvelujen saajat ja rahoittajat paikantuvat eri väestöryhmiin, kuten on monissa residuaalisissa hyvinvointivaltioissa. Näissä maissa rahoittajien intresseissä on lähinnä julkisen palvelujärjestelmän heikentäminen ja rajaaminen kustannusten hillitsemiseksi ja oman rahoitusvastuun pienentämiseksi. Palveluiden laadulla ei rahoittajien näkökulmasta katsottuna ole väliä, koska he eivät itse kuulu julkisen järjestelmän asiakaskuntaan (ks. myös Goodin & Le Grand 1987).

Suomalaisen julkisen terveydenhuoltojärjestelmän suosio on ollut pitkälti selitettävissä Korven teorian puitteissa, vaikkakin kannatusta voidaan lähestyä myös muiden kuin taloudellisten intressien kautta, jolloin puhutaan kansalaisten moraalista sitoutumisesta julkisesti institutionalisoi- tuun hoivaan, turvaan ja uudelleenjakoon. Se, että yksityisten terveyspalvelujen käyttäjät kannattavat tulosten mukaan muita enemmän markkinasektoria hyvinvoinnin tuottajana, tukee kuitenkin taloudellisiin etunäkökulmiin perustuvaa hypoteesia. Taloudellisiin intresseihin nojaavaa oletusta tukee myös se, että julkisen sosiaaliturvajär-

jestelmän rahoitushaluttomuus on yhteydessä yksityiselle lääkäriasemalle hakeutumiseen.

Koska kasvava osa kansalaisista hyödyntää yksityisiä lääkäripalveluja, voi jatkossa julkisen eli veroilla rahoitetun terveydenhuollon legitimitetti pienentyä. Tätä voi seurata kehitys, jossa kannatusperustan heikkeneminen ja järjestelmän intressipohjan kapeneminen johtavat palvelujen tason huononemiseen, jolloin ne, joilla on varaa, siirtyvät markkinoille. Palvelujen huono taso taas lisää edelleen maksukykyisten siirtymistä markkinasektorille, mikä vauhdittaa julkisen järjestelmän rapautumista. Uhkana on, että yksityisten ja työterveyshuollon lääkäripalvelujen käytön lisääntymistä seuraa tilanne, jossa julkiset terveyskeskuspalvelut profiloituvat vain pienituloisten ja työmarkkinoiden ulkopuolella olevien vaihtoehtoiksi. Tällaisen järjestelmän ”myyminen” hyvinvointivaltion rahoittajaksi profiloituville väestöryhmille voi olla poliittisesti vaikeaa.

Nuorten aikuisten keskuudessa ideologiset tekijät erottelivat yksityisten palvelujen käyttöä ja valintaa enemmän kuin ikääntyneiden. Miksi nuoret sitten poikkeavat muista? Lähiaikoina tehdyissä tutkimuksissa nuorten aikuisten on todettu olevan kriittisempiä hyvinvointivaltiomielipiteissään kuin vanhimpien ikäryhmien. Heidän on todettu kannattavan enemmän markkinoilla tuotettuja hyvinvointipalveluja ja suhtautuvan kriittisemmin verotukseen sekä tuloerojen tasoittamiseen kuin ikääntyneiden (Kallio 2008; Forma 2006). On myös havaittu, että nuoret suhtautuvat kriittisemmin julkisten palvelujen toimivuuteen kuin muut (Muuri 2007). Selitys voi olla sukupolvien välinen erilainen kokemustausta. Nuoret aikuiset poikkeavat vanhemmista ikäryhmistä siinä, etteivät he olleet rakentamassa suomalaista sosiaaliturvajärjestelmää. Näin ollen heillä ei ole kokemuksia hyvinvointivaltion ”kultaisista” vuosikymmenistä vaan kokemuspohja rajautuu lähinnä 1990-luvun laman ja sitä seuranneen karsinnan, säästöjen ja vastuukysymysten uudelleenarvioinnin aikaan (ks. lisää Julkunen 2006).

Nuorille aikuisille markkinasektori näyttäytyykin ehkä eri tavoin hyvinvoinnin tuottajana kuin ikääntyneille. Nuorten yksityisten terveyspalvelujen käyttäjien muita heikompa sitoutumista julkiseen sektoriin voidaan siis selittää heidän erilaisella kokemustaustallaan, johon on todennäköisesti vaikuttanut muita ikäryhmiä enemmän sosiaalipolitiikan ideologinen muutos, joka näkyy hyvinvointipalvelujen kohdalla keskusteluna nii-

den tehostamisesta, tarkemmasta kohdentamisesta sekä yksilön oman vastuun lisäämisestä (Julkunen 2006). Esillä hyvinvointipalveluista puhuttaessa ovat myös kuluttajuus ja yksilön oikeus valita (Blomqvist 2004). Toisaalta voi olla, että arvot sekä mielipiteet, kuten näkemykset yksilöllisestä ja kollektiivisesta vastuusta, muuttuvat yksilön ikääntymisen ja eri ikävaiheisiin liittyvien intressien myötä.

Kansalaiset ilmoittivat hakeutuvansa yksityiselle lääkäriasemalle selvästi vähemmän kuin itse asiassa raportoivat käyttäneensä yksityisiä lääkäripalveluja kuluneen vuoden aikana. Tämä ristiriita oli havaittavissa erityisesti naisten ja huonoksi terveytensä kokevien keskuudessa. Yleisellä tasolla voidaan ajatella, että kansalaiset ovat asenteellisesti sitoutuneita julkiseen terveydenhuollon, kuten terveyskeskuspalvelujen käyttöön, mutta käytännössä he hyödyntävät yksityisiä vaihtoehtoja. Syitä tähän voidaan etsiä esimerkiksi julkisten palvelujen saatavuudesta. Toisaalta voidaan kritisoida käytettyjä vastemuuttujia, jotka mittasivat yksityisten lääkäri- ja hammaslääkärikäyntien absoluuttisia määriä.

Voidaan pohtia, onko yksityisten terveyspalvelujen käyttö nykyään enää valinta vai onko kyseessä opittu käyttäytymismalli tai olosuhteiden sanelema pakkovalinta. Se, että työnantajat järjestävät työterveyshuollon enenevässä määrin yksityisesti, antaa tietyn viestin kansalaisille. Myös pienten lasten vakuuttamisen lisääntyminen merkitsee sitä, että vanhemmat opettavat lapsilleen tietyn kulutuskäyttäytymismallin jo varhain. Lisäksi kuntien tiukka taloudellinen tilanne ja julkisen terveydenhuollon ruuhkautuminen todennäköisesti muuttavat yksilöiden käsityksiä universaaleista oikeuksista (Cox 1998). Jatkuvan niukuuden aikana tarpeesta tulee tärkeämpi kriteeri kuin universaalista kansalaisuudesta ja yksilöt alkavat vähitellen epäillä, että julkiset terveyspalvelut eivät pohjaudu kaikissa tapauksissa kansalaisuuteen. Resurssien puute merkitsee, että tarveharkintaisuus hiipii hiljalleen myös hyvinvointivaltion universaaleihin etuuksiin. Tosiasiallisen saatavuuden lisäksi myös sitä koskevalla julkisella keskustelulla ja yksilöiden kokemuksilla voi olla vaikutusta kansalaisten käyttäytymiseen. Kansalaiset kokevat julkisten palvelujen saatavuuden huonommaksi kuin yksityisten (Mäntyselkä 2007), ja myös yleinen keskustelu viestii julkisen sektorin olevan ruuhkautunut. Kansalaisten sisäistämät mielikuvat terveyskeskuksista ja nii-

den tilanteesta vaikuttavat. Edellä mainitut tekijät muokkaavat erityisesti hyvin toimeentulevien ja vakaassa työmarkkina-asemassa olevien ja heidän lapsiensa käyttäytymistä.

Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat käsitteinä ongelmallisia. Ei voida tietää, mitä kansalaiset oikeastaan ymmärtävät yksityisillä palveluilla. Voi olla, että he mieltävät yksityisiksi myös työterveyshuollon ja kuntien järjestämät julkiset palvelut, jos ne ovat tuotettu yksityisellä sektorilla. Esimerkiksi kuntien tekemistä ostosopimuksista voi seurata, että henkilön on vaikea arvioida, milloin hän käyttää julkista ja milloin vastaavasti yksityistä palvelua. Toisaalta on mahdollista, että kansalaiset liittävät yksityisiin palveluihin vain ne markkinavaihtoehdot, joissa he joutuvat itse pääasialliseen maksuvastuuseen. Tämä käsitteiden päällekkäisyys sekä yksityisen ja julkisen rajan hämärtyminen palvelujen tuotannossa ovat vaikeuttaneet toimivien mittarien luomista kyselylomakkeisiin. Nämä ongelmat koskevat myös tässä artikkelissa käytettyjä mittareita. Voidaan kuitenkin olettaa, että monet kyselyyn vastanneet ovat ymmärtäneet yksityisiksi ne palvelut, joissa he joutuvat itse maksumiehiksi. Selkein mittareista on yksityishammaslääkärikäynnit, koska hammaslääkäripalveluja ei saa työterveyshuollosta eikä edes yksityisen sairauskuluvaakuutuksen kautta.

Saadut tulokset osoittavat, että nykyinen monikanavaiseen rahoitusmalliin perustuva terveydenhuoltojärjestelmä luo selkeitä väestöryhmittäisiä eroja yksityisten terveyspalvelujen käytössä. Se, että Kelan yksityislääkäriin korvaustaksaa ei ole tarkastettu vuoden 1989 jälkeen, on luonut tilanteen, jossa pienituloisilla ei ole tarvittavia edellytyksiä käyttää yksityisiä vaihtoehtoja edes silloin, kun julkinen järjestelmä on ruuhkautunut ja palveluja ei kunnan velvoitteista huolimatta ole saatavilla. Tasa-arvon kannalta ajateltuna tulisi yksityisten palvelujen käytön omavastuuosuutta pienentää tai turvata kattavien ja laadukkaiden julkisten palvelujen rahoitus jatkossa. Palaten ”perverssiin” uudelleenjakoon on tosin mahdollista, ettei edes omavastuuosuuksia pienentämällä päästä nykyistä oikeudenmukaisempaan tilanteeseen. On mahdollista, että korvaustasojen nostamisesta hyötyisivät lopulta vain suurituloiset, jotka nykyäänkin käyttävät enemmän sekä yksityisiä että julkisia palveluja. Toisaalta nykyinen tilanne, jossa yksityisten palvelujen omavastuuosudet ovat korkeat, julkisten terveyskeskuspalvelu-

jen saatavuus on osassa kunnista huono ja työterveyshuolto kattaa vain hyvässä työmarkkina-asemassa olevat, syrjäyttää nimenomaan suurim-

massa palvelutarpeessa olevat väestöryhmittä terveydenhuollon ulkopuolelle.

KIRJALLISUUS

ALHA, PIRKKO & HAKULINEN, KATRI: Fysioterapiapalvelujen käyttö. Teoksessa: Häkkinen, Unto & Alha, Pirkko (toim.): Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2006

ANDRES, HANS-JURGEN & HEIEN, THORSTEN: Four Worlds of Welfare State Attitudes? A Comparison of Germany, Norway, and the United States. *European Sociological Review* 17 (2001): 4, 337–356

ARINEN, SIRKKA-SISKO & SINTONEN, HARRI: The Choice of Dental Care Sector by Young Adults Before and After Subsidisation Reform in Finland. *Social Science & Medicine* 39 (1994): 2, 291–297

ARINEN, SISKO & HÄKKINEN, UNTO & KLAUKKA, TIMO & KLAVUS, JAN & LEHTONEN, RISTO & ARO, SEPPO: Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Helsinki: Kela & Stakes, 1998

ARTS, WILL & GELISSEN, JOHN: Welfare States, Solidarity and Justice Principles: Does the Type Really Matter? *Acta Sociologica* 44 (2001): 4, 283–299

BLEKESAUNE, MORTEN & QUADAGNO, JILL: Public Attitudes toward Welfare State Policies: A Comparative Analysis of 24 Nations. *European Sociological Review* 19 (2003): 5, 415–427

BLOMQVIST, PAULA: The Choice Revolution: Privatization of Swedish Welfare Services in the 1990s. *Social Policy & Administration* 38 (2004): 2, 139–155

BURCHARDT, TANIA & PROPPER, CAROL: Does the UK Have a Private Welfare Class? *Journal of Social Policy* 28 (1999): 4, 643–665

COX, ROBERT: The Consequences of Welfare Reform: How Conceptions of Social Rights are Changing. *Journal of Social Policy* 27 (1998): 1, 1–16

DOORSLAER, EDDY & WAGSTAFF, ADAM & VAN DER BURG, HATTEM & CHRISTIANSEN, TERKEL & DE GRAEVE DIANA & DUCHESNE, INGE & GERDTHAM, ULF-G & GERFIN, MICHAEL & GEURTS, JOSÉ & GROSS, LORNA & HÄKKINEN, UNTO & JOHN, JURGEN & KLAVUS, JAN & LEU, ROBERT & NOLAN, BRIAN & O'DONNELL, OWEN & PROPPER, CAROL & PUFFER, FRANK & SCHELLHORN, MARTIN & SUNDBERG, GUN & WINKELHAKE, OLAF: Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics* 19 (2000): 5, 553–583

DOORSLAER, EDDY & KOOLMAN, XANDER & JONES, ANDREW: Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics* 13 (2004), 629–647

DOORSLAER, EDDY & MASSERIA, CRISTINA & KOOLMAN, XANDER: Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical*

Association Journal 174 (2006): 2, 177–183

FORMA, PAULI: Niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina. Suomalaisten sosiaalipolitiikka koskevat mielipiteet vuonna 2004. Teoksessa: Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes, 2006

FORMA, PAULI & SAARINEN, ARTTU: Väestön mielipiteet sosiaaliturvasta vuonna 2006. Teoksessa: Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes, 2008

FORMA, PAULI & KALLIO, JOHANNA & PIRTILÄ, JUKKA & UUSITALO, ROOPE: Miten hyvinvointivaltio pelastetaan? Tutkimus kansalaisten sosiaaliturvaa koskevista mielipiteistä ja valinnoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 89. Helsinki: Kela, 2007

FREDRIKSSON, SAMI & LITH, PEKKA & MARTIKAINEN, TUOMO: Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinat ja ostopalvelut Suomessa. Teoksessa: Fredriksson, Sami & Martikainen, Tuomo (toim.): Kilpailuttamisen kokemukset. Kunnat ja kilpailu-sarjan julkaisu nro 1. Helsinki: Kunnallisanalyyttämisykeskus, 2006

GOODIN, ROBERT & LE GRAND, JULIAN: Not Only the Poor. The Middle Classes and the Welfare State. Lontoo: Allen & Unwin, 1987

HOSMER, DAVID & LEMESHOW, STANLEY: Applied Logistic Regression. Second Edition. New York: A Wiley-Interscience Publication, 2000

HÄKKINEN, UNTO: Change in determinants of use of physician services in Finland between 1987 and 1996. *Social Science & Medicine* 55 (2002): 9, 1523–1537

HÄKKINEN, UNTO: The impact of changes in Finland's health care system. *Health Economics* 14 (2005): S1, 101–118

HÄKKINEN, UNTO & ALHA, PIRKKO: Avohoitopalvelut. Teoksessa: Häkkinen, Unto & Alha, Pirkko (toim.): Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2006

JULKUNEN, RAIJA: Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino, 2001

JULKUNEN, RAIJA: Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes, 2006

KALLIO, JOHANNA: Koettu terveys ja terveydellinen tasaro kuudessa hyvinvointivaltiossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 43 (2006): 3, 218–230

KALLIO, JOHANNA: Kansalaisten asennoituminen hyvinvointivaltion uudelleenmuotoiluun. *Sosiologia* 45 (2008): 1, 3–20

KESKIMÄKI, ILMO: Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland. *Stakesin tutkimuksia* 84. Helsinki: Stakes, 1997

KLAVUS, JAN & PEKURINEN, MARKKU & NGUYEN, LIEN

- & HÄKKINEN, UNTO: Väestön kokemukset, mielipiteet ja odotukset terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta. Teoksessa: Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes, 2006
- KLAVUS, JAN & KAPIAINEN, SATU & NGUYEN, LIEN & PEKURINEN, MARKKU: Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset. Teoksessa: Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes, 2008
- KORPI, WALTER: Social Policy and Distributional Conflict in the Capitalist Democracies. A Preliminary Comparative Framework. *West European Politics* 3 (1980): 3, 296–316
- KRÖGER, TEPPO: Hyvinvointikunnan aika. Kunta hyvinvointivaltion sosiaalipalvelujen rakentajana. Tampere: Tampereen yliopisto, 1997
- LARIVAARA, MERI & TEPERI, JUHA: Eriarvoisuus sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa: Taimio, Heikki (toim.): Talouskasvun hedelmät – kuka sai ja kuka jäi ilman? Helsinki: Työväen sivistysliitto, 2007
- LARSEN, CHRISTIAN: The Institutional Logic of Welfare Attitudes. How Welfare Regimes Influence Public Support. Hampshire: Ashgate Publishing Limited, 2006
- LE GRAND, JULIAN: The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services. London: Allen & Unwin, 1982
- LINOS, KATERINE & WEST, MARTIN: Self-interest, Social Beliefs, and Attitudes to Redistribution. Re-addressing the Issue of Cross-national Variation. *European Sociological Review* 19 (2003): 4, 393–409
- MANDERBACKA, KRISTIINA & GISSLER, MIKA & HUSMAN, KAJ & HUSMAN, PÄIVI & HÄKKINEN, UNTO & KESKIMÄKI, ILMO & NGUYEN, LIEN & PIRKOLA, SAMI & OSTAMO, AINI & WAHLBECK, KRISTIAN & WIDSTRÖM, EEEVA: Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa: Teperi, Juha & Vuorenkoski, Lauri & Manderbacka, Kristiina & Ollila, Eeva & Keskimäki, Ilmo (toim.): Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes, 2006
- MOISIO, PASI: HYPA 2004 aineistokuvaus. Hyvinvointi & Palvelut 2004 -kyselyn aineistokuvaus. Stakesin työpapereita 6/2006. Helsinki: Stakes, 2006
- MUURI, ANU: Vaikuttaako palveluiden käyttö mielipiteisiin sosiaalipalvelujärjestelmästä? *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007): 1, 22–34
- MÄNTYSELKÄ, PEKKA & HALONEN, PIRJO & VEHVILÄINEN, ARTO & TAKALA, JORMA & KUMPUSALO, ESKO: Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25 (2007): 1, 27–32
- NGUYEN, LIEN & HÄKKINEN, UNTO: Choices and utilization in dental care. Public vs. private dental sectors, and the impact of a two-channel financed health care system. *European Journal of Health Economics* 51 (2006): 2, 99–106
- NGUYEN, LIEN & HÄKKINEN, UNTO & ROSENQVIST, GUNNAR: Determinants of Dental Service Utilization among Adults – The Case of Finland. *Health Care Management Science* 8 (2005): 4, 335–345
- OECD: OECD Reviews of Health Systems: Finland. Pariisi: OECD Publishing, 2005
- PROPPER, CAROL: Constrained choice sets in the U.K. demand for private medical insurance. *Journal of Public Economics*. 51 (1993): 287–307
- PROPPER, CAROL: The demand for private health care in the UK. *Journal of Health Economics* 19 (2000): 6, 855–876
- PÖNTINEN, SEPPO & UUSITALO, HANNU: The Legitimacy of the Welfare State: Social Security Opinions in Finland 1975–1985. Suomen Gallup Oy, Report No 15. Helsinki: Suomen Gallup Oy: 1986
- RAHKONEN, OSSI & LAHELMA, EERO: Sosiaalinen rakenne ja väestön terveys. Teoksessa: Piirainen, Timo & Saari, Juho (toim.): Yhteiskunnalliset jaot, 1990-luvun perintö? Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 58. Helsinki: Gaudeamus, 2002
- RODRIGUEZ, MARISOL & STOYANOVA, ALEXANDRINA: The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Economics* 13 (2004): 7, 689–703
- STM: Sosiaaliturvan suunta 2005–2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006
- STAKES: Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2004. Helsinki: Stakes, 2007
- SUOMINEN-TAIPALE, LIISA & NORDBLAD, ANNE & VEHKALAHTI, MIIRA & ARINEN, SIRKKA-SISKO: Hammashoitopalvelut. Teoksessa: Häkkinen, Unto & Alha, Pirkko (toim.): Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2006
- TEPERI, JUHA: Kuka saa terveyspalveluja? Teoksessa: Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes, 2005
- TEPERI, JUHA & KESKIMÄKI, ILMO: Terveyspalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus. Teoksessa: Saari, Juho & Yeung, Anne Birgitta (toim.): Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 2007
- TILASTOKESKUS: Tulonjakotilasto 2005. Helsinki: Tilastokeskus, 2007.

ENGLISH SUMMARY

Johanna Kallio: The use of private medical services and ideological factors (Yksityisten lääkäripalvelujen käyttö ja ideologiset tekijät)

This article discusses the use of private medical and dental services in Finland, using social, demographic, regional and ideological factors as independent variables. The main focus is on whether support for a market-based social security system and negative attitudes to social security funding are associated with the choice and use of private services. The article makes use of the Welfare & Services questionnaire data collected jointly in 2004 by the Research and Development Centre for Welfare and Health and Statistics Finland. Data analysis is based on frequency distributions and binary logistic regression analysis.

The results reveal clear differences in the use of private medical services in different population groups. The main distinguishing factor for the preference and use of private medical and dental services were the respondent's financial position, private medical insurance, place of residence, perceived health and ideological factors. In particular, private service use is closely associated with the individual's income and place of residence: people with a high level of income and those living in urban areas choose to use private services more often than others. Based on the results, it is reasonable to conclude that not all people in Finland are in the position to make a choice between private and

public health services. There are marked differences between local municipalities in terms of service availability, and the amounts payable by the patient are exceptionally high by international comparison. In view of the legitimacy of public health care services it is consistent that those who are in favour of market-based social and health care services turn to the private sector more often than others. Furthermore, a position of reluctance to finance social security is associated with the use of private medical services. An examination of the associations between ideology and use of services in different age groups indicated that the reluctance to finance public social security and support for market-based services are most clearly associated with private service use among young adults.

The increasing use of private health care services may undermine the legitimacy of public services. Since increasing numbers of people are making use of private medical services, it is possible that popular support for health care services financed from the public purse may dwindle in the future. The dwindling of popular support for the public system may in turn adversely affect the standard of services provided through that system, which may further accelerate the drain of high purchasing power customers to the market sector.

KEY WORDS

the use of private medical services, support for public health care

Liite 1. Aineiston jakautuminen käytettyjen kategoristen selittävien muuttujien mukaan % ja N:t.

	Painottamaton %	Painottamaton N	Painotettu %	Painotettu N
Sosiaaliturvan rahoitushalukkuus				
Muut	80	2366	80	2366
Kielteinen suhtautuminen	20	591	20	591
Sukupuoli				
Mies	42	1249	45	1323
Nainen	58	1708	55	1634
Ikä				
18–25 vuotta	10	296	10	281
26–35 vuotta	16	471	16	485
36–45 vuotta	19	566	18	548
46–55 vuotta	24	697	23	665
56–65 vuotta	18	526	18	548
66+ vuotta	13	401	15	430
Koulutus				
Perus/kansakoulu	28	821	28	831
Keskiaste	40	1190	40	1171
Alin korkea-aste	16	480	16	476
Korkeakouluaste	16	466	16	479
Tuloviidennekset				
I pienimmät tulot	20	591	20	583
II	20	592	20	588
III	20	591	20	594
IV	20	592	20	591
V suurimmat tulot	20	591	20	601
Työmarkkina-asema				
Työssä	59	1745	59	1745
Työtön	6	173	6	173
Eläkkeellä	21	629	21	629
Muut	14	410	14	410
Koettu terveys				
Hyvä	43	1278	43	1266
Melko hyvä	26	774	26	776
Keskinkertainen/huono	31	914	31	914
Koettu suun terveys				
Ei ole vaivoja	64	1882	64	1883
On vaivoja	36	1074	36	1074
Yksityinen vakuutus				
Ei/ei osaa sanoa	90	2644	90	2645
On	10	279	10	279
Asuinalue				
Maaseutumainen kunta	22	660	20	595
Kaupunkimainen kunta	62	1829	64	1898
Taajaan asuttu kunta	16	468	16	464