



**TURUN  
YLIOPISTO**

## **Hoitoon pääsyn eriarvoisuus Euroopassa**

Vertaileva poikkileikkaustutkimus tyydyttämättömistä hoidontarpeista 18 Euroopan maassa

Sosiaalipolitiikka  
pro gradu -tutkielma

Laatija:  
Sanna Meriluoto

27.5.2026  
Turku

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu  
Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Pro gradu -tutkielma

**Oppiaine:** Sosiaalipolitiikka

**Tekijä:** Sanna Meriluoto

**Otsikko:** Hoitoon pääsyn eriarvoisuus Euroopassa – Vertaileva poikkileikkaustutkimus tyydyttämättömistä hoidontarpeista 18 Euroopan maassa

**Ohjaaja:** Professori Heikki Ervasti

**Sivumäärä:** 81 sivua

**Päivämäärä:** 27.5.2026

Terveyspalveluiden yhdenvertainen saatavuus on keskeinen tavoite kaikissa Euroopan maissa. Erilaiset kansainväliset terveyspoliittiset sopimukset ja terveyden edistämisen strategiat tukevat tätä kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien pyrkimystä. Tavoitteista huolimatta kuitenkin tiedetään, ettei hoitoon pääsy ole Euroopassa yhdenvertaista ja eroja tyydyttämättömissä hoidontarpeissa (unmet medical needs) havaitaan eri ryhmien välillä. Aihetta on tärkeä tutkia, jotta hoitoon pääsyn eriarvoisuutta voitaisiin purkaa, ja mahdollistaa kaikille pääsy tarpeenmukaisiin terveyspalveluihin yksilön taustoista huolimatta. Tässä tutkielmassa tarkastellaan tyydyttämättömien hoidontarpeiden ja seitsemän niitä selittävän syyn yleisyyttä Euroopassa, sekä maiden välisiä eroja ja ajallista muutosta. Tyydyttämättömien hoidontarpeiden syitä tarkastellaan hoidon kustannusten, pitkien hoitojonojen, vapaiden aikojen puutteen, hoidon etäisyyden, työesteiden, muun esteen, sekä muun syyn näkökulmista. Näiden lisäksi tutkielmassa tarkastellaan sosioekonomisten ja demografisten määrittäjien yhteyttä hoitoon pääsyn eriarvoisuuteen.

Pro gradu -tutkielman aineistona on European Social Survey -kyselytutkimus vuosilta 2014 ja 2023 (7. ja 11. kierros). Kyseessä on vertaileva poikkileikkausasetelma, joka kattaa 18 Euroopan maata kahtena ajankohtana. Tutkimusmenetelminä tutkielmassa käytetään kuvailevaa analyysia, ristiintaulukointia sekä monitasoista logistista regressiomallia.

Hoitoon pääsyn eriarvoisuutta havaittiin kaikissa 18 Euroopan maassa ja tyydyttämättömät hoidontarpeet lisääntyivät vuosien 2014 ja 2023 välillä lähes kaikissa maissa. Maiden välillä havaittiin myös selkeitä eroja. Pitkät hoitojonot ja vapaiden aikojen puute olivat yleisimmät tyydyttämättömiä hoidontarpeita selittävät syyt molempina tarkasteluvuosina. Tyydyttämättömien hoidontarpeiden syiden osalta havaittiin sekä niiden yleisyyden lisääntymistä että vähentymistä tarkasteluajanjaksolla. Yksilötason määrittäjien osalta toimeentulonsa ja terveytensä huonoksi kokevien, korkeammin kouluttautuneiden, naisten sekä nuorempien havaittiin kokevan eniten tyydyttämättömiä hoidontarpeita ja taloudellisista syistä johtuvia hoitoon pääsyn esteitä muihin ryhmiin verrattuna. Työmarkkina-aseman ja muiden tyydyttämättömien hoidontarpeiden syiden osalta tuloksissa havaittiin enemmän vaihtelua.

Tutkielman tulokset osoittavat, että hoitoon pääsyn eriarvoisuus on merkittävä maittain ja yksilötekijöiden mukaan vaihteleva ilmiö Euroopassa. Saatuja tuloksien taustalla voidaan nähdä erilaisten tarkasteluajanjakson aikaisten yhteiskunnallisten muutosten vaikutus, sekä niiden yhteys terveyspalveluiden saatavuustekijöihin. Tulokset korostavat tarvetta tarkastella ilmiötä tulevaisuudessa entistä monipuolisemmin, jotta ymmärrystä hoitoon pääsyn eriarvoisuudesta voidaan lisätä, ja jotta palveluiden yhdenvertaisuutta voidaan edistää.

**Avainsanat:** hoitoon pääsy, eriarvoisuus, tyydyttämättömät hoidontarpeet, terveyspalveluiden saatavuus, yhdenvertaisuus

## **Sisällysluettelo**

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>TERVEYTEEN JA TERVEYSPALVELUIHIN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ EUROOPASSA</b>	<b>8</b>
2.1	Terveyden sosiaaliset ja yhteiskunnalliset määrittäjät	8
2.2	Terveyspolitiikka ja terveyden edistäminen	9
2.3	Terveyspalveluiden saatavuustekijät	11
2.4	Terveydenhuoltojärjestelmien yhteys palveluiden saatavuuteen	14
2.5	Terveyseroja selittäviä teorioita	16
<b>3</b>	<b>HOITON PÄÄSYN ERIARVOISUUDEN YKSILÖTASON MÄÄRITTÄJÄT</b>	<b>20</b>
3.1	Hoitoon pääsyn eriarvoisuuden sosioekonomiset määrittäjät	20
3.1.1	Tulot	22
3.1.2	Koulutustaso	23
3.1.3	Työmarkkina-asema	24
3.2	Hoitoon pääsyn eriarvoisuuden demografiset määrittäjät	26
3.2.1	Sukupuoli	27
3.2.2	Ikä	28
3.2.3	Koettu terveys	29
<b>4</b>	<b>TUTKIMUSASETELMA</b>	<b>31</b>
4.1	Tutkimuskysymykset	31
4.2	Aineisto	31
4.3	Tutkimusmenetelmät ja käytettävät muuttujat	32
<b>5</b>	<b>TYDYTTÄMÄTTÖMÄT HOIDONTARPEET EUROOPASSA</b>	<b>35</b>
5.1	Tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso maittain	35
5.2	Tyydyttämättömien hoidontarpeiden syiden taso maittain	38
5.3	Yksilötekijöiden yhteys tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin ja niiden syihin	48
<b>6</b>	<b>JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>57</b>
	Lähteet	72
	Liitteet	81

**Liite 1. Syyt tyydyttämättömille hoidontarpeille 18 Euroopan maassa, maaryhmittäin vuosina 2014 ja 2023.**

**81**

# 1 JOHDANTO

Jokaisella on oikeus terveyteen. Jokaisella on myös oikeus terveydenhuollon ja terveyspalveluiden yhdenvertaiseen saatavuuteen sekä oikea-aikaisiin palveluihin. Terveyspalveluiden tulee olla myös syrjimättömiä ja kaikkien saatavilla, erityisesti kaikkein heikoimmassa asemassa olevien. Palveluiden tulee lisäksi olla saavutettavissa, eli olla esimerkiksi kohtuuhintaisia ja fyysisesti lähellä käyttäjää. Palveluiden on oltava myös laadukkaita ja hyväksyttäviä. (YK 2000.) Syrjimättömien terveyspalveluiden periaate on kirjattu ihmisoikeuksiin ja EU-lainsäädäntöön. Tavoitteena on tasa-arvoisuus terveydenhuollon järjestelmä- ja organisaatiotasolla sekä yksilötasolla potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä. Terveydenhuollon syrjimättömyyden vaatimus on kuitenkin samanaikaisesti sekä haastava että epämääräinen. Periaatteessa kansallisilla terveydenhuoltojärjestelmillä on täten laillinen velvollisuus varmistaa tasa-arvoinen pääsy hoitoon, vaikka samaan aikaan tiedetään, ettei hoitoon pääsy ole täysin yhdenvertaista oikeastaan missään valtiossa. (Hartlev 2013.)

Tutkimuskirjallisuudessa on toistuvasti havaittu, ettei pääsy terveydenhuollon piiriin eri Euroopan maissa ole tasa-arvoista. Tätä hoitoon pääsyn eriarvoisuutta tarkastellaan tyypillisesti tyydyttämättömien hoidontarpeiden (unmet medical needs) näkökulmasta (mm. Legido-Quigley ym. 2016; Elstad 2016; Schneider & Devitt 2018; Torfs ym. 2021; Arnault ym. 2022). Tyydyttämättömällä hoidontarpeella tarkoitetaan eroa yksilön terveydentilan kannalta tarpeelliseen hoitoon tarvittavien palveluiden ja tosiasiallisesti vastaanotettujen terveyspalveluiden välillä (Carr & Wolfe 1976). Tyydyttämättömät hoidontarpeet on siis indikaattori, jolla kuvataan terveyspalveluiden oikeudenmukaisuutta ja saatavuutta (Zavras ym. 2016). On osoitettu, että tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasossa on suuriakin eroja eri Euroopan maiden välillä (mm. Krutilová 2016; Ramos ym. 2019; Arnault ym. 2021). Hoitoon pääsyn eriarvoisuuden on havaittu myös kasvaneen Euroopassa 2000- ja 2010-luvuilla (mm. Portela & Fernandes 2014; Elstad 2016; Zavras ym. 2016). Tässä tutkielmassa hoitoon pääsyn eriarvoisuutta tarkastellaan juuri tyydyttämättömien hoidontarpeiden näkökulmasta. Lisäksi hoitoon pääsyn eriarvoisuuden tasoa vertaillaan eri maissa ja ilmiön ajallista muutosta tarkastellaan.

Hoitoon pääsyn eriarvoisuuteen on tunnistettu olevan yhteydessä myös monet yksilötason määrittäjät, jotka toimivat ilmiön selittäjinä myös tässä tutkielmassa. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi yksilön tulotaso, koulutustaso (Tzenios 2019), työmarkkina-asema (Rinne ym.

2025), sukupuoli, ikä (Krutilová 2016) sekä koettu terveys (Connolly & Wren 2017). Esimerkiksi yksilön tulotaso määrittää, ovatko terveyspalvelut yksilölle taloudellisesti saatavilla ja, onko yksilöllä siten mahdollisuutta sekä tahtoa maksaa palveluista (Peters ym. 2008). Tyydyttämättömien hoidontarpeiden on tunnistettu olevan yleisempiä tietyissä sosioekonomisissa ryhmissä, mikä lisää terveydenhuollon eriarvoisuutta (Tzenios 2019). Onkin tunnistettu, että tietyt heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat ryhmät, kuten työttömät (Rinne ym. 2025) tai matalatuloiset (Torfs ym. 2021) saattavat kokea tyydyttämättömiä hoidontarpeita muita ryhmiä enemmän. Hoitoon pääsyyn liittyvän sosioekonomisen eriarvoisuuden on myös havaittu lisääntyneen Euroopassa 2000- ja 2010-luvuilla (esim. Elstad 2016). Hoitoon pääsyn eriarvoisuuden yksilöllisten tekijöiden huomiointi on erittäin tärkeää siksi, että terveydenhuollon eriarvoisuutta voidaan vähentää ja turvata kaikkien pääsy laadukkaisiin terveyspalveluihin (Tzenios 2019).

Hoitoon pääsyyn vaikuttaa myös yksilön mahdollisuudet hankkia terveyspalveluita (Tzenios 2019). Palveluiden saatavuuteen vaikuttaa esimerkiksi niiden tarjonta ja saavutettavuus niin määrällisesti, kuin alueellisestikin (Tzenios 2019). Muita esimerkkejä yhdenvertaiseen hoitoon pääsyyn vaikuttavista tekijöistä ovat etäisyys palveluun ja matkustukseen käytetty aika, palvelun hinta sekä hoitoon pääsyyn liittyvä jonotusaika (Peters ym. 2008). Näiden tekijöiden on myös havaittu olevan syitä tyydyttämättömille hoidontarpeille. Euroopan maiden välillä on havaittu merkittäviäkin eroja siinä, miten eri syyt selittävät maan tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasoa (esim. Kocot 2023). Tutkimuskirjallisuudessa on myös havaittu, että hoidon taloudellisista kustannuksista johtuvat tyydyttämättömät hoidontarpeet ovat yleisempiä esimerkiksi matalatuloisilla (Zavras ym. 2016), työttömillä (Rinne ym. 2025) sekä naisilla (Chaupain-Guillot & Guillot 2015). Kun taas ikääntyneiden on todettu kokevan vähemmän pitkistä lääkärijonoista johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita nuoriin verrattuna (Kocot 2023). Näitä palveluiden yhdenvertaisuustekijöitä käytetään tässä tutkielmassa tyydyttämättömien hoidontarpeiden syiden tarkasteluun.

Tässä tutkielmassa siis tarkastellaan hoitoon pääsyn eriarvoisuutta Euroopassa itseraportoitujen tyydyttämättömien hoidontarpeiden perusteella. Tutkielma toteutetaan kvantitatiivisena vertailevana tutkimuksena kuvailevan analyysin, ristiintaulukoinnin sekä monitasoisen logistisen regressioanalyysin keinoin. Aineistona käytetään European Social Survey (ESS) poikkileikkausaineistoa. Tutkielmassa tarkastellaan tyydyttämättömien hoidontarpeiden ja niitä selittävien syiden yleisyyttä 18 Euroopan maassa vuosina 2014 ja 2023 sekä vertaillaan maiden välisiä eroja ja ajallista muutosta. Tutkielmassa analysoidaan

myös, mitkä yksilön demografiset ja sosioekonomisen aseman määrittäjät ovat yhteydessä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin ja niiden syihin. Analyysit perustuvat itseraportoituihin tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin, joten ilmiötä tarkastellaan ensisijaisesti yksilötasolla. Terveyspalveluiden saatavuustekijöitä ja terveydenhuollon järjestelmätekiäjiä huomioidaan kuitenkin yksilön hoitoon pääsyyn vaikuttavina elementteinä.

Terveyden eriarvoisuustutkimusta tarvitaan, jotta terveyserojen syitä pystytään tunnistamaan paremmin ja siten kohdistamaan toteutettavaa terveystaloutta terveyserojen kaventamiseksi ja estämiseksi (Lahelma ym. 2007). Hoitoon pääsyyn liittyvä eriarvoisuus on merkittävä terveyden sosiaalinen määrittäjä, johon puuttamalla voidaan vaikuttaa terveyseroihin laajemmin. Lisäksi terveyden eriarvoisuus ja syrjintä terveydenhuollossa ovat systemaattisia ja epäoikeudenmukaisia eroja terveydessä, joita pystyttäisiin välttämään kohtuullisin keinoin. (Orzechowski 2020.) Hoitoon pääsyn eriarvoisuutta pitää tutkia lisää siis esimerkiksi siksi, että terveyden eriarvoisuuteen voidaan puuttua ja, jotta eroja pystyttäisiin kaventamaan. Tyydyttämättömiä hoidontarpeita on tärkeä tutkia lisää myös siksi, että pystytään tarkastelemaan terveyspalveluiden yhdenvertaisuus- ja oikeudenmukaisuustavoitteiden toteutumista. Lisäksi on tärkeää, että tutkimustietoa päivitetään ja, että hoitoon pääsyn eriarvoisuudesta saadaan laajempaa ja kattavampaa tutkimustietoa. Tämä tutkielma tuottaa juuri tällaista uutta vertailevaa tietoa hoitoon pääsyn eriarvoisuudesta ja sen ajallisesta muutoksesta ja siten pyrkii vastaamaan näihin tutkimustarpeisiin.

Johdantoa seuraavassa teorialuvussa esitellään terveyteen ja hoitoon pääsyyn vaikuttavia tekijöitä. Luvussa 3 puolestaan syvennyttään hoitoon pääsyn eriarvoisuuden ja tyydyttämättömien hoidontarpeiden yksilötason määrittäjiin. Neljännessä tutkimusasetelmaluvussa taas esitetään tutkimuskysymykset, aineisto ja muuttujat, sekä tutkimusmenetelmät. Luvussa 5 käydään läpi tutkimuksen tulokset, jonka jälkeen tulosten merkittävyyttä pohditaan luvun 6 johtopäätöksissä, jossa esitetään myös ehdotuksia jatkotutkimukselle.

## **2 TERVEYTEEN JA TERVEYSPALVELUIHIN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ EUROOPASSA**

Tässä luvussa tarkastellaan keskeisimpiä yksilön terveyteen vaikuttavia yksilö- ja yhteiskuntatason tekijöitä. Aluksi esitellään yksilön terveyteen vaikuttavia sosiaalisia ja yhteiskunnallisia määrittäjiä sekä terveystalouden ja terveyden edistämisen roolia väestön terveydessä. Tämän jälkeen käsitellään terveystalouden saatavuuden ulottuvuuksia sekä terveystalouksjärjestelmän yhteyttä palveluiden saatavuuteen Euroopassa. Luvun lopuksi esitellään terveystutkimuksessa käytettyjä teoreettisia malleja, joiden avulla terveyseroja selitetään ja tutkitaan.

### **2.1 Terveyden sosiaaliset ja yhteiskunnalliset määrittäjät**

Terveyttä voidaan ymmärtää monin eri tavoin. WHO:n Ottawan terveyden edistämisen julistuksessa vuonna 1986 hyvää terveyttä kuvattiin keskeisenä elämänlaadun ulottuvuutena. Hyvän terveyden nähdään mahdollistavan myös muiden elämän kannalta tärkeiden resurssien, kuten taloudellisten, sosiaalisten ja henkilökohtaisten voimavarojen, hankintaa. Terveys on siis elämän voimavara, ei sen tavoite. Perusedellytyksiä, kuten ravintoa, asumista ja toimeentuloa, tarvitaan taas terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen. Lisäksi yksilöä ympäröivät poliittiset, kulttuuriset, taloudelliset, sosiaaliset sekä ympäristötekijät voivat joko edistää tai heikentää yksilön terveyttä. Koska terveyteen vaikuttaa moni tekijä, erilaisilla terveyden edistämistoimilla ja terveystalouksilla pyritään muokkaamaan yksilöiden elinolosuhteet mahdollisimman suotuisiksi. (WHO 1986.)

Yksilöä ympäröivät elinolosuhteet ja tämän mahdollisuudet edistää ja ylläpitää terveyttään riippuvat myös saatavilla ja saavutettavissa olevista terveystalouksista, eli pääsystä tarpeenmukaiseen hoitoon. Se, ettei yksilö saa tarvitsemiaan terveydenhuollon palveluita, vaikuttaa negatiivisesti tämän terveyteen ja muuhun hyvinvointiin, sekä sosioekonomiseen että sosiaaliseen resilienssiin (Torfs ym. 2021). Terveystalouksjärjestelmän ja saatavilla olevien palveluiden nähdäänkin olevan yksi sosioekonomisen aseman ja terveyden yhteyttä selittävä tekijä. Yksilön terveyteen ja sen tasoon vaikuttavat kokonaisuudessaan kuitenkin monet yksilön demografiset taustatekijät, kuten lapsuuden olosuhteet, sukupuoli, ikä, perherakenne ja siviilisääty, asuinpaikka, äidinkieli, ammatti, koulutus ja tulot. (Karvonen ym. 2018.)

Yksilön terveyteen vaikuttavat eri tavoin myös yhteiskunnallisten rakenteiden muokkaamat taustatekijät (Karvonen ym. 2018). Esimerkiksi yhteiskunta ja sen vauraus ovat yhteydessä yksilötason terveyteen, sosiaalipoliittisilla ja talouteen liittyvillä päätöksillä (Aaltonen ym. 2020). Nämä yhteiskunnassa tehdyt valinnat vaikuttavat yksilöiden asumiseen, työhön, elinympäristöön, saatavilla oleviin palveluihin, sekä elintapoihin. Ne toimivat yhteiskunnan luomina olosuhteina, jotka kulkevat yksilön elämän läpi lapsuudesta työelämään ja lopulta ikääntymiseen asti. (Aaltonen ym. 2020.) Nämä elinolot ovat alusta myös sosioekonomisten terveyserojen synnylle ja kasvulle (Lahelma ym. 2007). Siksi esimerkiksi riittävien terveyspalveluiden saatavuuden on tunnistettu olevan yksi merkittävä väestön terveyden määrittäjä (Kocot 2023).

Julkisen talouden alaiseen terveydenhuoltoon tehtävät panostukset tai toisaalta säästötoimenpiteet ovat esimerkki yhteiskunnassa tehtävistä muutoksista, joilla on yhteys hoitoon pääsyyn ja sen myötä yksilön terveyteen. On esimerkiksi havaittu, että taantuman aikana kasvavasta työttömyydestä ja laskevista palkoista johtuvan ostovoiman heikkeneminen, yhdistettyinä terveydenhuoltomenojen leikkauksista johtuvaan hoidon kustannusten kasvuun, vaikeuttavat kansalaisten mahdollisuuksia maksaa terveydenhoidon kasvaneita omavastuuosuuksia. Tämän voidaan olettaa näkyvän myös tyydyttämättömien hoidontarpeiden kasvuna. (Torfs ym. 2021.)

Terveyden eriarvoisuutena pidetäänkin juuri niitä eroja terveydessä, joiden nähdään olevan epäoikeudenmukaisia ja vältettävissä (Aaltonen ym. 2020). Tällaiset terveyserot eivät johdu pelkästään yksilön valinnoista, vaan ympäristö, olosuhteet (Aaltonen ym. 2020) sekä yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat niihin merkittävästi (Karvonen ym. 2018). Siksi esimerkiksi eriarvoinen hoitoon pääsy terveydenhuoltoon lisää juuri vältettävissä olevia terveyseroja (esim. Torfs ym. 2021).

## **2.2 Terveyspolitiikka ja terveyden edistäminen**

Terveyksipolitiikalla tarkoitetaan hallitusten ehdottamia tai toteuttamia politiikkatoimia, joilla pyritään vaikuttamaan väestön terveyteen. Terveyspolitiikka on kuitenkin päällekkäistä monien muiden politiikkatoimien, kuten sosiaaliturvan, asuntopolitiikan tai talouspolitiikan kanssa. Siksi terveyspolitiikan voidaan nähdä laajemmin tarkoittavan kaikkia politiikkatoimia, joilla on terveysvaikutuksia. (Blank ym. 2017.) Terveyspolitiikan voidaan määritellä tarkoittavan myös esimerkiksi kaikkia toimia ja toimimattomuutta, jotka vaikuttavat

terveydenhuoltojärjestelmän organisaatioihin, palveluihin, rahoitukseen, henkilöstöön ja edunsaajiin (Buse ym. 2023), sekä siten myös hoitoon pääsyyn.

Monessa maassa terveystalouden strateginen lähtökohta on terveyden edistämiseen liittyvä toiminta, jonka tarkoituksena on muun muassa tautien ehkäisy. Yksilötasolla tavoitteena on terveystietämisen ja terveellisten elintapojen edistäminen sekä alkoholin käytössä, tupakoinnissa, sekä liikunta- ja ruokatuottumuksissa havaittujen väestöryhmittäisten erojen kaventaminen. Sosiaalis-rakenteellisesta näkökulmasta taas terveyden edistämiseksi tarkoitetaan puuttumista ympäristöön ja olosuhteisiin, jotka aiheuttavat sosioekonomisia terveyseroja. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi talouspoliittisia toimia tuloerojen kaventamiseksi, heikommassa asemassa olevien pärjäämisen turvaamista sosiaaliturvan keinoin tai terveydenhuollon saatavuuden varmistamista. Yksilöllistä ja sosiaalis-rakenteellista lähestymistapaa voidaan myös yhdistellä, jolloin painotetaan yksilöiden toimijuutta ja resurssien tukemista terveydelle positiivisten valintojen tekemisessä. Terveyden edistämistä voidaankin siis kuvata yksilöön sekä ympäristöön kohdistuvana toimintana, jonka tavoitteena on terveyteen liittyvien elinolojen ja elintapojen suunniteltu muutos. (Sihto 2016.)

Kansainvälisen terveystalouden ja terveyden edistämistoimien perustana voidaan nähdä esimerkiksi Yhdistyneiden kansakuntien (YK) tai Euroopan unionin (EU) sopimukset, julistukset ja strategiat, joiden tavoitteisiin lukuisat maat ovat sitoutuneet jo vuosikymmenien ajan. Esimerkiksi YK:n Ihmisoikeuksien yleismaailmalliseen julistukseen (YK 1948) on kirjattu, että jokaisella on oikeus oman terveyden ja hyvinvoinnin kannalta riittävään elintason ja sen saavuttamiseksi vaadittaviin resursseihin, kuten ravintoon, asumiseen sekä sairaanhoitoon. Puolestaan YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisoikeuksia koskevassa kansainvälisessä yleissopimuksessa sopimusvaltioilta vaaditaan sellaisten olosuhteiden luomista, että sairauden sattuessa jokaiselle taataan lääketieteellisten palveluiden tai lääkärihoidon tarjoaminen (YK 1966).

Myös EU pyrkii politiikoillaan jäsenmaidensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluiden turvaamiseen (Euroopan Unioni 2012). EU:ssa kansallista politiikkaa täydentävä terveyden edistämistoiminta tähtää juuri terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta tautien ja sairauksien ehkäisemiseen, kansanterveyden parantamiseen, sekä niin fyysistä terveyttä kuin mielenterveyttä uhkaavien tekijöiden torjuntaan. Jäsenvaltioille kuitenkin kuuluu omat velvollisuudet, mitkä huomioidaan EU:n toiminnassa. Jäsenvaltiot ovat vastuussa esimerkiksi terveyspalveluiden ja sairaanhoidon

järjestämisestä ja tarjoamisesta, näiden palveluiden hallinnoinnista, sekä palveluihin osoitettujen resurssien kohdentamisesta. (Euroopan Unioni 2016.)

Tavoitteista huolimatta terveyspolitiikassa ja terveyden edistämisessä on kuitenkin usein monenlaisia haasteita. Ensinnäkin, terveyden edistämistyössä tarvittava yhteistyö eri politiikan sektoreiden välillä luo usein prosessia viivytäviä intressiristiriitoja. Toiseksi, terveyden edistämistoimien vaikutukset ovat nähtävissä vasta pitkällä aikaviiveellä. Tästä syystä lyhyemmällä aikavälillä toteutettavat palveluiden parannukset, kuten henkilöstön tai palveluiden määrän lisäykset ovat nopeampia ja konkreettisempia politiikkavaihtoehtoja. Kolmantena, terveyspoliittisten ohjelmien ongelmana on myös usein niiden vaikea toimeenpano, vaikka ohjelmien laatiminen ei olisikaan usein kovinkaan vaikeaa. Näin on siitä huolimatta, että politiikkaohjelmista on päätetty poliittisella tasolla ja pyritty ennakoimaan toimeenpanon mahdollisia vaikutuksia. Ohjelmien toimeenpanon haasteeseen vaikuttaa myös erilaiset viiveet, kuten hallitusten vaihdokset. (Leppo 2013.)

### **2.3 Terveyspalveluiden saatavuustekijät**

Riittävien ja oikeudenmukaisten terveydenhuollon palveluiden varmistaminen on siis Euroopan maiden keskeinen tavoite (Allin & Masseria 2009). Kansallisen tason terveyspolitiikan peruseriaatteena on se, että kaikille asukkaille on tarjolla riittävät, laadukkaat ja yhtäläiset terveyspalvelut riippumatta yksilön sosioekonomisesta asemasta, asuinalueesta, taloudellisista resursseista tai muista mahdollisista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä (Manderbacka ym. 2017). Kansainvälisistä terveyspolitiikan ja terveyden edistämisen tavoitteista huolimatta, hoitoon pääsyyn liittyy väestöryhmittäistä eriarvoisuutta, eivätkä palvelut ole Euroopassa yhdenvertaisesti saatavilla.

Terveyspalveluiden saatavuus muodostuu monesta tekijästä, joilla on vaikutusta myös hoitoon pääsyn eriarvoisuuteen. Palveluiden saatavuuden ulottuvuuksia ovat esimerkiksi palveluiden taloudellinen saatavuus (Peters ym. 2008), sekä palveluiden saatavuuteen ja fyysiseen sekä maantieteelliseen saavutettavuuteen liittyvät tekijät (Tzenios 2019). Palveluiden taloudelliseen saatavuuteen vaikuttaa erityisesti hoidon hinta (Krutilová 2016) ja asiakasmaksujen suuruus (THL 2026). Myös terveydenhuollon palvelujen omavastuuosuuksien (out-of-pocket payment) taso vaikuttaa yksilön mahdollisuuksiin saada hoitoa. Suuret hoidon omavastuuosuudet vaikuttavat eniten matalatuloisiin. Jos hoidon kustannukset ovat liian suuria ja aiheuttavat kotitaloudelle suuren taakan, saattaa yksilö siirtää

tarvittavaa hoitoa myöhemmäksi tai luopua sen ajatuksesta kokonaan. (Krutilová 2016.) Muita taloudellisia hoitoon pääsyn haasteita voivat esimerkiksi olla sairausvakuutuksen puute, tai se, ettei yksilöllä ole varaa kulkea sinne, missä terveydenhuoltoa on saatavilla (Tzenios 2019). Esimerkiksi sairausvakuutuksen kattavuuden tason on havaittu olevan yhteydessä tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasoon (Chaupain-Guillot & Guillot 2015). Lisäksi taloudelliset haasteet voivat pakottaa yksilön valitsemaan terveydenhuollon palveluiden ja muiden välttämättömien tarpeiden tyydyttämisen väliltä. Tällöin yksilö voi joutua lykkäämään tarvitsemiaan terveydenhuollon palveluita, mikä voi pitkällä aikavälillä johtaa entistä korkeampiin terveydenhuoltokustannuksiin ja vakavampiin terveysongelmiin. (Tzenios 2019.) Terveyspalveluiden taloudellinen saatavuus koostuu siis palvelun hinnasta, yksilön kyvystä ja halukkuudesta maksaa se, sekä hoidon kustannusten taloudellisten seurauksien välisestä suhteesta (Peters ym. 2008).

Palveluiden muuta saatavuutta taas määrittävät tekijät, jotka liittyvät esimerkiksi palveluiden oikea-aikaiseen saatavuuteen. Tähän vaikuttaa esimerkiksi se, onko oikeanlaista hoitoa tarjolla sitä tarvitseville heidän tarpeita vastaavin aukiolo- ja odotusajoin tai sopivilta palveluntarjoajilta. Tällöin siis muun muassa pitkät jonotusajat ja rajoitetut aukioloajat voivat toimia hoitoon pääsyn esteenä. (Peters ym. 2008.) Pitkien hoidon jonojen on havaittu selittävän enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita alemman sosioekonomisen aseman omaaville, erityisesti erikoissairaanhoidon osalta (García-Corhero & Jiménez-Rubio 2022). Pitkät jonot julkisiin terveystalouksiin saattavat puskea myös yksilön hankkimaan yksityisen sairausvakuutuksen tai korottamaan hoidon omakustanneosuuksia (García-Corhero & Jiménez-Rubio 2022) ja siten vaikuttamaan omaan hoitoon pääsyynsä, jos se on mahdollista.

Palveluiden alueelliseen ja maantieteelliseen saatavuuteen sekä saavutettavuuteen vaikuttaa puolestaan esimerkiksi terveystalouksen ja sen käyttäjän fyysinen etäisyys (Peters ym 2008). Terveystalouksien sijaintiin pääsemiseksi käytetty matkustusaika (Peters ym. 2008), julkisen liikenteen saatavuus, sekä pysäköinti- ja muut esteettömyysvaihtoehdot ovat myös palveluiden saavutettavuustekijöitä (Tzenios 2019). Lisäksi henkilöstön määrä, pätevyys ja henkilöstön maan sisäinen alueellinen jakautuminen, perusterveydenhuollon laitosten sekä erikoislääkäreiden alueellinen lukumäärä ja jakautuminen vaikuttavat kaikki osaltaan siihen, miten saavutettavissa palvelut niiden tarvisijalle ovat. Palveluiden ja ammattilaisten alueellisessa jakautumisessa on usein paljon eroja maiden ja alueiden välillä. Syrjäseuduilla asuvat saattavat kohdata suuria haasteita hoitoon pääsyssä alueilla ja maissa, joissa terveydenhuoltojärjestelmät eivät ole alueellisesti kattavia tai eivät mahdollista

tarpeenmukaista kuljetusta. (Tzenios 2019.) Jos terveystarpeet ovat vaikeasti saavutettavissa tai sijaitsevat kaukana, saattaa yksilö myös venyttää hoitoon hakeutumista, ja esimerkiksi luopua terveystarkastuksista tai muista ennaltaehkäisevistä palveluista kokonaan, mikä voi vaikuttaa sairauksien toteamiseen tai hoidon tuloksiin (THL 2026).

Hoitoon pääsyyn vaikuttavat myös palveluiden hyvään laatuun ja turvallisuuteen liittyvät tekijät (Leppo 2013). Tasa-arvoisten palveluiden periaate ulottuu siis myös potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen väliseen kohtaamiseen ja potilaalla on oikeus esimerkiksi tiedonsaantiin, yksityisyyteen ja itsemääräämisoikeuteen (Hartlev 2013). Palveluiden laadusta kertovat turvallisuuden lisäksi muun muassa niiden tehokkuus ja potilaskeskeisyys (Tzenios 2019). Palveluiden saatavuuden eriarvoisuutta voidaan tarkastella myös palveluiden hyväksyttävyyden näkökulmasta. Silloin ollaan kiinnostuneita siitä, kuinka hyvin terveydenhuollon palveluntarjoajat vastaavat käyttäjien ja yhteisöjen sosiaalisiin sekä kulttuurisiin odotuksiin (Peters ym. 2008). Palveluiden hyväksyttävyydestä kertoo myös se, liittykö palveluiden käyttöön ammattilaisten väärää asenteita tai potilaiden epäluottamusta avun saamista kohtaan (THL 2026). Edellä esiteltyt eri terveydenhuollon saatavuuden ulottuvuudet ovat myös riippuvaisia toisistaan. Esimerkiksi, jos ongelmaa ei ole palveluiden saatavuudessa, on hoitoon pääsy merkityksetöntä, jos hoidon turvallisuus tai laatu on huonoa. (Leppo 2013.)

Palveluiden saatavuuden ulottuvuuksia ovat siis esimerkiksi palveluiden taloudellinen saatavuus, palveluiden oikea-aikainen saatavuus, sekä palveluiden saavutettavuus. Näistä yksi tai useampi voi samanaikaisesti vaikuttaa yksilön hoitoon pääsyyn. Nämä ulottuvuudet yhdistettynä yksilön omiin resursseihin määrittävät ylipäätään sen, miten palveluita pystytään hyödyntämään. Palveluiden kysyntään liittyy taloudellisten resurssien lisäksi esimerkiksi sairaustaakka, itsehoitokäytännöt, tiedot, taidot sekä asenteet (Levesque ym. 2013). Kaikilla näillä tekijöillä voidaan nähdä olevan vaikutus siihen, millaiset ovat yksilön mahdollisuudet hakeutua hoitoon. Jos hoidon kustannukset ovat liian suuret, hoitoon on liian pitkät jonot tai vapaita aikoja ei ole saatavilla, tai jos hoito sijaitsee itsestä pitkän matkan päässä, on selvää, että hoitoon pääsy on vaikeaa. Puolestaan, jos yksilön terveys on huono, voi liikkuminen hoitoon vaikeutua tai estyä kokonaan tai, jos yksilön taloudelliset resurssit ovat liian niukat, voi tarpeellista hoitoa olla mahdoton vastaanottaa. Palveluiden saatavuuden ulottuvuudet riippuvat kuitenkin myös siitä, millainen maan terveydenhuoltojärjestelmä on. Tätä näkökulmaa tarkastellaan seuraavaksi.

## 2.4 Terveydenhuoltojärjestelmien yhteys palveluiden saatavuuteen

Myös terveydenhuoltojärjestelmillä nähdään olevan keskeinen rooli palveluiden saatavuuden määrittäjinä, ja siten myös hoitoon pääsyn taustatekijöinä. Terveydenhuoltojärjestelmien rakenteiden voidaan nähdä selittävän sitä, miksi edellä käsitellyt palveluiden saatavuustekijät ovat sellaisia kuin ne ovat. Vaikka tässä tutkielmassa tarkastellaan hoitoon pääsyn eriarvoisuutta yksilötason tyydyttämättömien hoidontarpeiden näkökulmista, on oleellista huomioida, miten näiden järjestelmätason tekijät vaikuttavat palveluiden saatavuuden taustalla.

Palveluiden saatavuuteen vaikuttaa muun muassa se, millainen rahoitusmalli terveydenhuoltojärjestelmässä on (Tzenios 2019). Rahoitus on Euroopassa tyypillisesti järjestetty kollektiivisesti. Terveyspalveluiden tarve on sattumanvaraista, ja käyttöhetkellä maksut voivat toimia esteenä tarpeellisen palvelun käytölle, etenkin pienituloisten kohdalla. Tästä syystä kollektiivisessa rahoituksessa kerätään suuria riskipooloja, joiden avulla terveydenhuollon kustannuksia voidaan jakaa tasaisemmin eri väestöryhmien kesken. Kollektiivisessa rahoituksessa voidaan soveltaa veropohjaisia ratkaisuja tai kattavaa sosiaalivakuutusta. (Leppo 2013.)

Tämä puolestaan jakaa Euroopan terveydenhuoltojärjestelmät pääosin kahteen rahoitusmalliin. Ensimmäistä näistä, eli Bismarck-mallia, rahoitetaan työperusteisilla sosiaalivakuutusmaksuilla ja oikeus terveydenhuoltoon ansaitaan myös työperusteisesti (Kozún-Cieślak & Zdražil 2021.) Mallissa palveluiden tuotanto on tyypillisesti yksityinen (Leppo 2013). Toinen, eli Beveridge-malli, puolestaan perustuu julkisesti rahoitettuun ja julkisesti tuotettuun järjestelmään. Mallissa rahoitus on pääasiassa veropohjaista, mikä varmistaa oikeudenmukaisempaa pääsyä hoitoon yleisemmän kattavuutensa perusteella. Euroopassa mallien parhaimpia puolia yhdistellään, jotta ne sopivat kansallisiin konteksteihin siten, että terveydenhuollon saatavuus, tehokkuus ja hoidon laatu saadaan varmistettua. Euroopan maat jaetaan tyypillisesti Beveridge- tai Bismarck-malleihin sen perusteella, kumman mallin piirteitä terveydenhuoltojärjestelmä enemmän mukailee. Beveridge-mallin nähdään pitävän terveydenhuollon kokonaisuuskustannuksia kurissa, mutta sen heikkouksina pidetään usein pitkiä jonotusaikoja ja rajattua valikoimaa palveluntarjoajista. Bismarck-mallin hyödyt ja heikkoudet ovat puolestaan melko vastakkaiset. Mallin hyötyjä ovat juuri sen tarjoamat moninaiset palveluntarjoajavaihtoehdot, mutta sen haasteena on terveydenhuollon kustannusten rajoittaminen. (Kozún-Cieślak & Zdražil 2021.) Maan

terveydenhuoltojärjestelmän rahoituksella ja palveluiden tuotantotavalla on siis keskeinen rooli siinä, millaiseksi palveluiden saatavuuden esteet muodostuvat eri maissa ja väestöryhmissä.

Myös terveydenhuoltojärjestelmän korvausmallit vaikuttavat palveluiden saatavuuteen. Korvausmalleilla tarkoitetaan tapoja, joilla terveydenhuollon palveluntarjoajille korvataan heidän tarjoamiaan palveluita. Palvelumaksuihin (*fee-for-service-payment*) perustuvat korvausmallit saattavat johtaa hoitoon pääsyn eriarvoisuuteen, korkeisiin terveydenhuoltokustannuksiin sekä palveluiden ylikäyttöön. Jotkut korvausmallit eivät myöskään kannusta palveluntarjoajia tarjoamaan ennaltaehkäiseviä palveluita, vaan hoitamaan olemassa olevia kroonisia sairauksia. Tämä taas johtaa kalliimpiin sairaalajaksoihin ja hoitoihin. (Tzenios 2019.) Korvausmalleilla voidaan siis nähdä olevan vaikutusta esimerkiksi maan terveydenhuoltokustannusten suuruuteen, minkä vuoksi niiden voidaan nähdä vaikuttavan palveluiden taloudelliseen saatavuuteen.

Hoitoon pääsyyn vaikuttavat myös terveydenhuollon henkilöstöresurssit sekä perusterveydenhuollon malli. Maissa, joissa perusterveydenhuolto on heikosti resursoitu tai, joissa erikoislääkärit asetetaan yleislääkäreiden edelle, saatetaan havaita hoitoon pääsyn eriarvoisuutta sekä eroja terveystuloksissa. (Tzenios 2019.) Rajoitetut resurssit saattavat esimerkiksi kasvattaa hoitoon pääsyn odotusaikoja (Krutilová 2016) tai olla hoitoon pääsyn este erityisesti haavoittuvaisessa asemassa oleville ryhmille (Fakkela ym. 2026). Henkilöstön määrä, pätevyys ja henkilöstön alueellinen jakautuminen vaikuttavat taas palveluiden saavutettavuuteen. Hoitoon pääsyn haasteita saatetaankin kokea enemmän siksi, ettei palveluntarjoajat ole jakautuneet tarpeeksi tasaisesti esimerkiksi maaseuduilla. (Tzenios 2019.) Kuten huomataan, henkilöstön määrän ja alueellisen jakautumisen voidaan nähdä vaikuttavan palveluiden maantieteelliseen saavutettavuuteen ja esimerkiksi hoitojonoihin tai vapaiden aikojen määrään.

Terveydenhuollon järjestelmätaso vaikuttaa myös palveluiden laatuun, jossa esiintyy selkeitä alueellisia ja palveluntarjoajakohtaisia eroja. Palveluiden laatuun vaikuttavat muun muassa järjestelmän rahoitus, terveydenhuollon tilojen ja ammattilaisten määrä, kuten myös kliinisten toimenpiteiden määrä, näyttöön perustuvien hoitojen saatavuus sekä teknologisen kehittyneisyys. (Tzenios 2019.) Erot palveluiden laadussa niin alueellisesti kuin esimerkiksi resurssien näkökulmasta, voivat taas vaikuttaa esimerkiksi palveluiden yhdenvertaisuuteen

monin tavoin. Kuten huomataan, esitellyt terveydenhuoltojärjestelmän rakenteet selittävät, millaiseksi palveluiden saatavuus muodostuu ja miten yhdenvertaista hoitoon pääsy on.

## 2.5 Terveyseroja selittäviä teorioita

Tässä, luvun viimeisessä alaluvussa tarkastellaan, millaisia selitystapoja terveyseroille on tunnistettu. Terveyseroilla tarkoitetaan tyypillisesti kahdenlaisia eroja terveydessä. On terveydellistä huono-osaisuutta, jolla tarkoitetaan terveydellisen eriarvoisuuden sekä muun sosiaalisen huono-osaisuuden kasautumista, toisin sanoen yhteyttä huonon terveyden ja esimerkiksi köyhyyden välillä. Terveydellistä huono-osaisuutta tutkitaan esimerkiksi tarkastelemalla parhaimmassa ja huonoimmassa taloudellisessa asemassa olevien välisiä terveyseroja. Terveyseroja tarkastellaan myös terveyden sosiaalisen gradientin käsitteen avulla. Tämä gradientti kuvaa asteittaista ja säännöllistä positiivista muutosta terveydessä ja sen monissa ulottuvuuksissa, kun yksilön sosiaalinen asema parantuu ja tämän sosiaaliset resurssit vahvistuvat. (Sihto 2016.)

Eroja terveydessä on tutkittu paljon, erityisesti niiden terveyden ulottuvuuksien osalta, joissa eroja on havaittu. Näitä ulottuvuuksia ovat esimerkiksi kuolleisuus, koettu terveys, somaattinen sairastavuus, terveydelle haitalliset elintavat, terveyspalveluiden käyttö (Karvonen ym. 2018) sekä hoitoon pääsyn eriarvoisuus (esim. Kocot 2023). Terveyttä ja siinä nähtäviä eroja yhteiskunnassa tutkitaan usein esimerkiksi sosioekonomisen aseman sekä erilaisten taustatekijöiden näkökulmista. Eri maissa ja eri aikoina voi ilmetä eri tekijöiden suhteellisen painoarvon vaihtelua, riippuen tarkastelun kohteena olevasta väestöryhmästä, tutkittavasta terveyden ja sosiaalisen aseman ulottuvuudesta (Lahelma ym. 2007). Valitun ulottuvuuden ja terveyserojen yhteys voi olla lineaarinen tai käyräviivainen. Lineaarinen eli suoraviivainen yhteys osoittaa terveyden huononevan portaittain ylimmästä alimpaan yhteiskunnan luokkaan liikuttaessa. Käyräviivainen yhteys taas tarkoittaa esimerkiksi sitä, että tulojen lisäämisellä on suurempi vaikutus terveyteen alimmissa, kuin ylemmissä tuloluokissa. Näiden lisäksi terveyden ja sosiaalisen aseman välistä yhteyttä voi kuvata tietty kynnsarvo, jonka yläpuolella terveys on selvästi parempi kuin sen alapuolella. Tällaisia kynnsarvoja ei ole yleensä tutkimuksissa kuitenkaan havaittu, vaan terveys on sitä huonompi, mitä alempi sosiaalinen asema on. (Lahelma ym. 2007.)

Terveyseroja voidaan tutkia myös absoluuttisten tai suhteellisten erojen avulla. Absoluuttiset erot tarkoittavat lukumääräisiä eroja esimerkiksi sairastavuudessa tai elinajanodotteessa. Suhteellisia eroja puolestaan tarkastellaan vertailemalla muiden ryhmien terveyttä esimerkiksi

parhaan terveyden omaavaan ryhmään, jonkin suhdeluvun avulla. Tämä tapa soveltuu hyvin terveyserojen syiden tarkasteluun, eli siihen, miksi erot ovat sellaiset, kuin ne ovat.

Suhteellisten erojen avulla pystytään siis esimerkiksi osoittamaan sairastavuuden yleisyyttä kahta ryhmää vertailemalla. Kumpiakin eroja voidaan ilmaista erityyppisillä mittausluvuilla, kuten eriarvoisuusindekseillä. (Lahelma ym. 2007.)

On myös olemassa erilaisia selitysmalleja, joiden avulla selitetään sosioekonomisen aseman ja terveyden välistä yhteyttä. Nämä selitysmallit tulivat laajemmin tunnetuiksi brittiläisen Black Reportin myötä 1980-luvulla (Townsend & Davidson 1982). Kyseiset mallit ohjaavat edelleen terveyserojen syiden ja selityksien tutkimusta sekä niistä käytävää yhteiskunnallista keskustelua (Lahelma ym. 2007). Ensimmäinen sosioekonomisen aseman ja terveyden yhteyttä selittävä malli on materiaallinen tai aineellinen selitysmalli. Tämän mallin mukaan esimerkiksi köyhyys aiheuttaa kielteisiä seurauksia yksilön elinoloille ja elintavoille (Karvonen ym. 2018). Toisin sanoen syynä terveyseroille nähdään erot elinoloissa ja aineellisissa tekijöissä sekä siinä, miten nämä aineelliset tekijät jakautuvat väestön keskuudessa. Tämä selitysmalli kattaa monta erilaista tekijää lapsuuden ja aikuisuuden taloudellisista olosuhteista, työ- ja kotiympäristöön sekä aineelliseen toimeentuloon ja vaurauteen. (Lahelma ym. 2007.) Aineelliset tekijät, kuten mahdollisuudet asumiseen ja erilaisten palvelujen ja hyödykkeiden, kuten ruuan, lääkkeiden tai lääkäripalvelujen, kuluttamiseen vaikuttavat eroihin terveydessä esimerkiksi tuloluokkien välillä.

Huomionarvoista kuitenkin on, että materiaallinen selitysmalli selittää vain terveyden olevan huonompi esimerkiksi pienituloisilla, kuin korkeampituloisilla, eikä sitä, että terveys paranee asteittain tulojen kasvaessa. (Karvonen ym. 2018.)

Toinen sosioekonomisia terveyseroja selittävä malli on valikoituminen. Selitysmallin mukaan terveys itsessään vaikuttaa yksilön sosiaaliseen liikkuvuuteen ja tämän sosiaaliseen asemaan. Toisin sanoen tämä malli esittää, että ne, joiden terveys on hyvä, todennäköisemmin päätyvät ylempiin sosiaalisiin asemiin, kuin ne, joiden terveys on huono. (Lahelma ym. 2007.)

Terveyttä voidaan siis pitää yhtenä yksilön voimavarana, jonka avulla tämä voi hankkia itselleen koulutusta ja tuloja, jotka ovat yksilön elintason ja hyvinvoinnin kannalta tarpeellisia resursseja (Aaltonen ym. 2020). Valikoitumismallin mukaan sosiaaliset olosuhteet, jotka vaikuttavat esimerkiksi siihen, miten koulutuksessa ja työmarkkinoilla pärjätään, määrittävät terveyden ja sitä määrittävien ominaisuuksien perusteella. Valikoitumisesta on erotettu toisistaan myös suora ja epäsuora valikoituminen. Suoralla valikoitumisella tarkoitetaan, että huono terveys itsessään vaikuttaa siihen, että yksilö joutuu alempaan sosiaaliseen asemaan.

Sen sijaan epäsuoran valikoitumisen mukaan, joku kolmas tekijä vaikuttaa niin yksilön sosiaaliseen asemaan kuin tämän terveyteen. (Lahelma ym. 2007.)

Päinvastoin, kuin valikoitumismallissa, kulttuuristen ja käyttäytymistekijöiden näkökulmasta sosiaalinen asema vaikuttaa terveyteen. Asema itsessään ei kuitenkaan ole välitön syytekijä terveyserojen synnylle, vaan tietyille sosioekonomiselle asemalle tyypilliset kulttuuritekijät, kuten erilaiset arvot, asenteet ja perinteet, ohjaavat niin elintapoja kuin terveyskäyttäytymistä. On siis osoitettu, että ne elintavat, jotka ovat terveyden näkökulmasta huonoja, ovat yleisempiä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. (Lahelma ym. 2007.)

Tulojen ja terveyden välistä yhteyttä selittää myös suhteellisen deprivaaation avulla. Sillä tarkoitetaan yksilön kokemusta omien aineellisten resurssien vähäisyydestä, kun niitä verrataan yksilölle tärkeään viiteryhmään. Tämä vertailu, esimerkiksi erilaisten psykobiologisten ja sosiaalisten mekanismien avulla, voi aiheuttaa haittoja yksilön terveyteen. Esimerkki tällaisesta psykobiologisesta mekanismista on stressi ja sen aiheuttamat fyysiset oireet ja esimerkki psykososiaalisesta mekanismista puolestaan on eroavaisuudet sosiaalisissa suhteissa, sosiaalisessa tuessa ja sosiaalisessa arvostuksessa. (Karvonen ym. 2018.)

Terveyserojen selitysmalleja voidaan myös tarkastella kovan tai pehmeän tulkinnan mukaan. Kovalla tulkinnalla tarkoitetaan yksipuolisia selityksiä, jotka sulkevat pois muut samankaltaiset selitystavat. Tämä tulkintatapa siis tarkastelee vain yhtä mallia kerrallaan. Terveyserojen selitysmallien pehmeä tulkinta tarkoittaa puolestaan sitä, että usean selitysmallin tekijät voivat vaikuttaa terveyserojen syntymiseen samanaikaisesti. Pehmeässä tulkinnassa testataan hypoteeseja, jotka perustuvat eri malleihin, kilpailevat keskenään sekä vaikuttavat samanaikaisesti. (Lahelma ym. 2007.)

Terveyserojen syntyä selitetään myös yksilö- ja yhteisötason tekijöiden avulla. Terveyskäyttäytyminen ja aineelliset tekijät ovat esimerkkejä yksilötason tekijöistä, kun taas yhteisötason tekijöillä tarkoitetaan yhteisötason eriarvoisuuden, esimerkiksi yhteiskunnan tuloerojen, vaikutusta terveyteen. (Lahelma ym. 2007.) Onkin näyttöä siitä, että suurilla tuloeroilla on vahva negatiivinen yhteys terveyteen (Pickett & Wilkinson 2015). Myös hoitoon pääsyyn on tunnistettu vaikuttavan erilaiset yhteiskunnallisen tason tekijät, kuten valtion terveydenhuoltomenojen suuruus, yhteiskunnan tuloerojen taso, sukupuolten välinen tasa-arvo (Fakkell ym. 2026), valtion BKT:n suuruus (Elstad 2016) sekä valtion terveydenhuoltojärjestelmä (Chaupain-Guillot & Guillot 2015).

Myös terveystalvueluilla on yhteys väestötalvaiseen terveyteen sekä eroihin terveydessä. Talvulut voivat esimerkiksi ehkäistä sairauksia ja kaventaa olemassa olevia terveyseroja. (Manderbacka & Keskimäki 2013.) Siksi tarpeenmukainen terveystalvueluiden käyttö ja niiden saatavuus on tärkeää. Terveystalvueluiden käytölle on tunnistettu kolme talvueluiden käyttöä ennustavaa yksilötason määrittäjää – talvueluiden käytölle altistavat tekijät, tekijät, jotka mahdollistavat tai estävät talvueluiden käyttöä sekä talvueluiden tarve (Andersen 1995). Taipumus käyttää terveystalvueluita vaihtelee yksilöittäin ja siten yksilötekijät voivat ennustaa talvueluiden käyttöä. Talvueluiden käytölle altistavia tekijöitä ovat sosiaalinen asema, demografiset tekijät, sekä terveysuskomukset. Talvueluiden käyttöä mahdollistavia tekijöitä taas ovat saatavilla olevat resurssit, kuten tulot ja sairausvakuutuksen kattavuus, tai talvueluiden saatavuus määrällisesti ja saavutettavuus alueellisesti. Talvueluiden käytön tarvetta taas kuvaa koettu ja todettu sairastavuus. (Andersen & Newman 1973.) Terveystalvuelujärjestelmät ovat kuitenkin monimuotoisia toiminnassaan ja siksi esimerkiksi talvueluiden käytön tarkastelu on monimutkaista. Tästä syystä terveystalvueluiden tutkimiseen liittyy myös menetelmällisiä haasteita. Pelkkien talvueluiden käytön tarkastelu ei myöskään kerro talvueluiden oikeudenmukaisesta kohdentumisesta, eikä huomioi talvueluiden tarvetta. (Manderbacka ym. 2007.)

Terveystalvueluiden tutkimuksessa yksi tärkeä ulottuvuus on siis juuri tarpeen mukaiseen hoitoon pääsyn tarkastelu. Tässä tutkielmassa hoitoon pääsyn eriarvoisuutta tarkastellaan erityisesti materiaalistien resurssien, sosioekonomisen aseman sekä talvueluiden saatavuuden näkökulmista. Tutkielmassa käytettävien yksilötason määrittäjien, kuten tulotason, koulutuksen, työmarkkina-aseman ja koetun terveyden, voidaan nähdä kytkeytyvän edellä esiteltyihin terveyserojen selitysmalleihin ja siten esiteltyt selitysmallit muodostavat osaltaan tämän tutkielman teoreettista taustaa. Näihin hoitoon pääsyn eriarvoisuuteen liittyviin yksilötason määrittäjiin syvennyttään seuraavaksi.

### **3 HOITOON PÄÄSYN ERIARVOISUUDEN YKSILÖTASON MÄÄRITTÄJÄT**

Tyydyttämättömät hoidontarpeet (unmet medical needs) on Euroopassa laajasti käytetty hoitoon pääsyn eriarvoisuuden indikaattori (Legido-Quigley ym. 2016). Käsitteellä tarkoitetaan tilannetta, jossa terveysongelmaan ei ole tarjottu riittävää ratkaisua. Laajemmin kyse on terveyspalveluiden tarpeen ja toteutuneen hoidon välisestä erosta. (Kalánková ym. 2020.)

Tässä luvussa esitellään hoitoon pääsyn eriarvoisuuden aiempaa tutkimusta juuri tyydyttämättömien hoidontarpeiden näkökulmasta. Ilmiötä tarkastellaan niiden yksilötason määrittäjien näkökulmista, joilla on aiemmissa tutkimuksissa tunnistettu olevan yhteys hoitoon pääsyyn. Näiden määrittäjien voidaan siten olettaa selittävän hoitoon pääsyn eriarvoisuutta myös tässä tutkielmassa. Tarkastelu on jaettu sosioekonomisiin ja demografisiin määrittäjiin. Sosioekonomisen aseman kuvaajista tarkastellaan tulotasoa, koulutusta ja työmarkkina-asemaa. Vaikka nämä voidaan nähdä myös demografisina tekijöinä, niitä käsitellään omana ryhmänään siksi, että ne ovat terveyden kannalta niin merkittäviä. Demografisista tekijöistä taas tarkastellaan sukupuolta, ikää ja koettua terveyttä. Koettu terveys sisällytetään tässä tutkielmassa demografiseksi tekijäksi, sen vahvan hoitoon pääsyn eriarvoisuuden yhteyden takia.

#### **3.1 Hoitoon pääsyn eriarvoisuuden sosioekonomiset määrittäjät**

Sosioekonominen asema kuvaa yksilön asemaa yhteiskunnassa (Tilastokeskus) ja rakentuu edellytyksistä, kuten koulutuksesta ja työmarkkina-asemasta, joita tarvitaan aineellisten resurssien, kuten tulojen ja omaisuuden, hankkimiseen (THL 2026). Koulutus on sosioekonomisena asemana melko muuttumaton ja se hankitaan jo aikaisessa vaiheessa elämää. Koulutus vaikuttaa yksilön ammatti- ja työmarkkina-asemaan, jotka ansiotyön avulla kiinnittävät yksilöä osaksi yhteiskunnan rakenteita. Työmarkkina-asema puolestaan määrittää yksilön taloudellista asemaa ja tuloja. (THL 2024.) Toisin kuin koulutus, tulot voivat muuttua paljonkin yksilön työuran aikana. Nämä sosioekonomiset ulottuvuudet liittyvät toisiinsa, mutta niillä on myös täysin oma kytköksensä terveyteen. Koulutuksen avulla voidaan tarkastella hankittuja tietoja ja taitoja ja tulot sen sijaan ovat määrittämässä yksilön aineellisia olosuhteita ja kulutuskykyä. (Lahelma ym. 2007.)

Sosioekonominen asema on myös merkittävä terveydenhuollon palvelujen käytön määrittäjä. Korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevat, kuten hyvätuloiset ja korkeammin koulutetut, usein käyttävät terveyspalveluja enemmän. Matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevat taas saattavat helpommin kohdata palveluiden käytössä taloudellisia tai logistisia esteitä. (Golinelli ym. 2025.) On esimerkiksi havaittu, että taloudellisten kriisien aikaan terveyspalveluiden käyttö on vähentynyt alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Tähän voi olla syynä juuri tulojen väheneminen. (Zavras ym. 2016.) Huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät myös todennäköisemmin julkisia perusterveydenhuollon palveluita ja julkista sairaalahoitoa paremmassa sosioekonomisessa asemassa oleviin verrattuna. Päinvastaisesti korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevat puolestaan käyttävät todennäköisemmin yksityisen sektorin terveyspalveluita. Yksityiset sairasmakuutukset mahdollistavat myös paremmassa sosioekonomisessa asemassa oleville helpomman pääsyn erikoislääkärien vastaanotolle yksityisellä sektorilla. (Regidor ym. 2008.)

Myös työmarkkina-asema vaikuttaa terveyspalveluiden käyttöön. Tiedetään, että työttömien fyysinen terveys sekä mielenterveys on usein työssäkäyviä heikompaa, ja työttömyyden on tunnistettu lisäävän mielenterveyden palveluiden käyttöä (Rinne ym. 2025). On puolestaan ristiriitaisia havaintoja siitä, miten työmarkkina-asema vaikuttaa muiden terveyspalveluiden käyttöön. Työttömien on havaittu käyttävän yleisiä terveyspalveluita työssäkäyviä sekä enemmän että vähemmän. Myös työttömyyden keston yhteydestä terveyspalveluiden käyttöön on saatu vastakkaisia tuloksia. (Rinne & Blomgren 2023.) Ristiriitaiset tulokset työttömien terveyspalveluiden käytöstä, siitä huolimatta, että ryhmällä on tunnistettu usein olevan huonompi terveys ja lisääntyneitä palveluntarpeita, viittaavat siihen, ettei palveluiden käyttö määräydy yksiselitteisesti hoidon tarpeen mukaan.

Työttömyyden on havaittu vähentävän myös ennaltaehkäisevien terveyspalveluiden käyttöä esimerkiksi sairasmakuutuksen menetyksen myötä. Ennaltaehkäisevien terveyspalveluiden käyttö voi myös erota muiden terveyspalveluiden käytöstä, sillä esimerkiksi vaikeina taloudellisina aikoina rajallisia resursseja tarvitaan muualla. (Tefft & Kageleiry 2013.)

Työmarkkina-asema vaikuttaa myös sektoriin, jolta terveyspalveluja käytetään. Esimerkiksi Suomessa työssäkäyvät käyttävät eniten työterveyden palveluja, kun taas työttömät eniten julkista sektoria. Yksityisen sektorin palvelut ovat käytössä taas niille, joilla niihin on varaa. (Rinne & Blomgren 2023.)

Yksilön sosioekonominen asema on myös hoitoon pääsyyn liittyvän eriarvoisuuden määrittäjä. Tutkimuskirjallisuudessa on toistuvasti havaittu tyydyttämättömien hoidontarpeiden kohdistuvan enemmän matalampiin sosioekonomisiin ryhmiin (mm. Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Kullamaa & Reile 2023; Maslyankov 2024), ja esimerkiksi työttömien on tunnistettu kokevan tyydyttämättömiä hoidontarpeita työssäkäyviä enemmän (Åhs & Westerling 2006). Koska sosioekonomisen aseman on havaittu olevan yhteydessä niin terveystalouden käyttöön, kuin tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin, voidaan olettaa yksilön toimeentulon tason, koulutustason ja työmarkkina-aseman selittävän tyydyttämättömiä hoidontarpeita tässäkin tutkielmassa. Seuraavissa alaluissa tarkastellaan tarkemmin näiden kolmen sosioekonomisen aseman määrittäjän ja tyydyttämättömien hoidontarpeiden välillä aiemmin havaittuja yhteyksiä.

### 3.1.1 Tulot

Yksilön tulotaso on yksi merkittävimmistä hoitoon pääsyyn vaikuttavista tekijöistä (Tzenios 2019). Kuten palveluiden saatavuustekijöiden osalta jo aiemmin todettiin (ks. 2.3), tulotason mukaisesti tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin vaikuttavat esimerkiksi hoidon hinta ja hinnan omavastuuosuuden taso (Krutilová 2016), sekä se, onko yksilöllä sairaskorvausta (Tzenios 2019). On esimerkiksi havaittu, että matalatuloiset sekä yksilöt, joilla ei ole sairaskorvausta, kokevat tyydyttämättömiä hoidontarpeita muita ryhmiä todennäköisemmin (Zavras ym. 2016). Yleisesti hoidon omakustanneosuuden suuruuden on nähty olevan yhteydessä todennäköisyyteen kokea tyydyttämättömiä hoidontarpeita (Chaupain-Guillot & Guillot 2015). Maissa, joissa hoidon omakustanneosuudet ovat suhteellisen korkeita, matalatuloisten on havaittu kokevan enemmän taloudellisista syistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita kuin maissa, joissa omakustanneosuudet ovat suhteellisen matalia (Kaminska & Wulfgramm 2018).

Tulotason yhteys tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin on osoitettu selkeäksi. Hoitoon pääsyn eriarvoisuutta koetaan enemmän matalimmissa tuloryhmissä parempituloisiin ryhmiin verrattuna, eli tulojen laskiessa todennäköisyys tyydyttämättömille hoidontarpeille kasvaa (mm. Cavalieri 2013; Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Elstad 2016; Zavras ym. 2016; Connolly & Wren 2017; Popovic ym. 2017; Ramos ym. 2019; Kocot 2023; Kullamaa & Reile 2023). On myös havaintoja, joissa suurimmaksi syyksi tyydyttämättömille hoidontarpeille on tunnistettu hoidon taloudelliset kustannukset (mm. Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Zavras ym. 2016). Taloudellisen tilanteen onkin nähty olevan hoidon lykkäämisen tai siitä kokonaan

luopumisen vahva määrittäjä, niin terveydenhuollossa kuin suunterveydenhuollossa (Chaupain-Guillot & Guillot 2015). On myös havaittu, että matalampituloisista perheistä tuleville hoitoon pääsyyn liittyvät taloudelliset haasteet ovat muita tuloryhmiä todennäköisempiä (Tzenios 2019).

Erilaisten yhteiskunnallisten ilmiöiden, kuten lama-ajan tai koronapandemian, on myös havaittu olevan yhteydessä tulotason mukaisiin eroihin hoitoon pääsyssä. On esimerkiksi havaittu, että taloudellisesti vaikeat ajat ovat toistuvasti kasvattaneet taloudellisista syistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita (Zavras ym 2016; Karanikolos ym. 2016; Legido-Quigley ym. 2016; Schneider & Devitt 2018). Puolestaan sen osalta, onko matala- vai korkeatuloiset kokeneet lama-aikoina eniten tyydyttämättömiä hoidontarpeita, on saatu vastakkaisia tuloksia. Näiden erojen voidaan nähdä johtuvan esimerkiksi lama-aikaisten säästötoimenpiteiden kohdentamisista. (esim. Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Schneider & Devitt 2017.) Korona-aikaan taas on havaittu, että matalatuloiset ovat kokeneet enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita korkeampi tuloisiin verrattuna (Smolic ym. 2022). Tulojen mukaisista tyydyttämättömistä hoidontarpeiden aiemmat tulokset ovat siis pääosin olleet hyvin selkeitä. Vahvinta näyttöä on siitä, että matalatuloisimmat ryhmät kokevat tyydyttämättömiä hoidontarpeita hyvätuloisimpia ryhmiä enemmän. Tuloksissa on kuitenkin havaittu vaihtelua esimerkiksi lama-aikaan.

### 3.1.2 Koulutustaso

Myös koulutuksen on havaittu olevan merkittävä hoitoon pääsyä selittävä tekijä. Yksilöt, joilla on matala koulutustaso, ovat todennäköisemmin matalapalkkaisissa ammateissa, eikä heillä todennäköisemmin ole sairausvakuutusta koulutetumpiin ryhmiin verrattuna. Matalasti koulutetuille monimutkaisissa terveystalvvelujärjestelmissä navigointi voi olla haasteellista ja yksilö voi olla epävarma, miten saada apua terveystalvveluihin hakeutumisessa. Lisäksi matala koulutustaso voi tarkoittaa, ettei yksilö osaa tehdä tietopohjaisia terveystalvvelöksiä tai tulkita terveystalvvelönsä liittyvää informaatiota. (Tzenios 2019.)

Terveytlukutaito kuvaakin juuri yksilön taitoja ymmärtää, tulkita sekä soveltaa terveydenhuollon informaatiota tämän terveystalvvelönsä liittyvissä päätöksissä. Terveytlukutaidot voivat vaikuttaa yksilön mahdollisuuksiin hankkia ja hyötyä terveystalvveluista. Huonot terveystalvvelutaidot voivat osoittautua esimerkiksi yksilön vaikeuksina hankkia terveystalvveluita, tämän tehottomana kommunikointina terveydenhuollon ammattilaisten

kanssa, sekä yksilön vaikeuksina ymmärtää terveystietojaan. Huonon terveyslukutaidon on myös havaittu olevan yhteydessä korkeampiin terveydenhuoltokustannuksiin, huonompiin terveystuloksiin sekä sairaalahoitajaksojen korkeampaan määrään. (Tzenios 2019.)

Terveyslukutaidoilla on havaittu olevan myös suora yhteys yksilön koulutustasoon. Tämä tarkoittaa, että korkeammin kouluttautuneilla terveyslukutaitojen on havaittu olevan keskimäärin korkeammat. (Sentell & Halpin 2006; Bayati ym. 2018.)

Siitä, selittääkö koulutustaso tyydyttämättömiä hoidontarpeita, on saatu osin toisistaan risteäviä tuloksia. Koulutustasolla ei aina ole havaittu olevan selkeää yhteyttä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin (mm. Cavalieri 2013; Ramos ym. 2019; Kocot 2023). Joissain tapauksissa korkeakoulutettujen on havaittu raportoivan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita matalammin koulutettuihin verrattuna (mm. Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Smolic ym. 2022). Korkeamman koulutustason on toisaalta nähty olevan myös yhteydessä matalampiin tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksiin (mm. Popovic ym. 2017; Kullamaa & Reile 2023). Suunterveydenhuollon osalta taas on havaittu, että korkean-asteen koulutuksen saaneilla on pienempi todennäköisyys jättää menemättä hammaslääkäriin matalimmin koulutettuihin nähden (Chaupain-Guillot & Guillot 2015).

Myös yhteiskunnallisten kriisien, kuten lama-ajan ja koronapandemian, on havaittu vaikuttavan koulutustason mukaisiin eroihin hoitoon pääsyssä. Esimerkiksi Baltian maissa korkeakoulutuksen havaittiin vähentävän tyydyttämättömiä hoidontarpeita Latviassa, mutta Virossa ja Liettuassa korkeampi koulutus oli yhteydessä suurempaan tyydyttämättömien hoidontarpeiden määrään (Karanikolos ym. 2016). Korona-aikaan puolestaan on havaittu korkeamman koulutustason olleen yhteydessä suurempaan määrään tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksia (Smolic ym. 2022). Kokonaisuudessaan voidaan nähdä, että koulutustason yhteydestä hoitoon pääsyn eriarvoisuuteen on saatu risteäviä tuloksia. Tästä syystä on mielenkiintoista, millaiseksi tämä yhteys osoittautuu tämän tutkielman perusteella.

### 3.1.3 Työmarkkina-asema

Myös työmarkkina-aseman on havaittu olevan tyydyttämättömien hoidontarpeiden määrittäjä (esim. Rinne 2025). Työttömien on havaittu kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita työssäkäyviin nähden (Åhs & Westerling 2006; Zavras ym. 2016; Kullamaa & Reile 2023; Rinne ym. 2025). On myös tunnistettu, että yksilöillä, joilla työttömyys on kestänyt yli vuoden, on korkeampi riski kokea tyydyttämättömiä hoidontarpeita alle vuoden

työttöminä olleisiin verrattuna. Työttömien on tunnistettu kokevan tyydyttämättömiä hoidontarpeita useammin myös huonon taloudellisen tilanteen ja korkeiden hoidon omavastuuosuuksien takia. (Rinne ym. 2025.) Toisaalta on myös tuloksia, joissa työttömien on havaittu kokevan vähemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita työssäkäyviin verrattuna (Levesque ym. 2012; Cavalieri 2013; Popovic ym. 2017).

Työmarkkina-aseman mukaista hoitoon pääsyä tutkittaessa on myös havaittu työttömien usein raportoivan terveydenhoidon tarpeen puutetta. Siksi on tärkeää erottaa toisistaan todellinen hoidontarpeen puute passiivisesta hoitoon hakeutumattomuudesta. Työttömien korkeampi kroonisten sairauksien sairastaminen saattaa esimerkiksi johtaa oireiden normalisoitumiseen, mikä voi vähentää hoitoon hakeutumisen kiireellisyyttä. Tämän selityksen on kuitenkin todetaan kaipaavan lisää todisteita ollakseen vähemmän spekulatiivinen. Toisaalta työttömät saattavat raportoida, ettei heillä ole tarvetta hoidolle esimerkiksi aiempien huonojen kokemusten takia. (Rinne ym. 2025.)

Erilaisten yhteiskunnallisten ilmiöiden, kuten lama-ajan ja koronapandemian, on havaittu vaikuttavan myös työmarkkina-aseman mukaisiin eroihin hoitoon pääsyyssä. On esimerkiksi havaittu, että työssäkäyvät kokivat koronapandemian aikaan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita työmarkkinoiden ulkopuolella oleviin verrattuna (Smolic ym. 2022). Toisaalta on myös osoitettu, että lama-aikaan vuosina 2003–2011, nuorten aikuisten sekä koko- ja osa-aikatyössä olevien kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita palveluiden taloudellisten kustannuksien kattamisen takia, verrattuna työttömiin ja ikääntyneisiin, jotka todennäköisemmin olivat oikeutettuja hoitoon pääsyn kustannuksia keventäviin sairaanhoidokortteihin (Schneider & Devitt 2018). Lama-ajalta on myös vastakkaisia tuloksia siitä, että juuri työttömät ovat yksi niistä ryhmistä, jotka todennäköisimmin kokivat tyydyttämättömiä hoidontarpeita (Zavras ym. 2016).

Työmarkkina-asemankaan yhteys tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin ei ole mitenkään suoraviivainen. Tuloksissa on ristiriitoja siinä, mikä ryhmä kokee eniten tyydyttämättömiä hoidontarpeita, jotka voivat riippua esimerkiksi maan terveydenhuoltojärjestelmän yksityiskohdista tai vallitsevasta yhteiskunnallisesta tilanteesta. Koulutuksen tavoin tämä herättää mielenkiintoa siitä, millaisena tämä yhteys näyttäytyy tässä tutkielmassa.

### 3.2 Hoitoon pääsyn eriarvoisuuden demografiset määrittäjät

Myös demografisten tekijöiden, kuten sukupuolen (Fakkell ym. 2026) ja iän (Kocot 2023) on havaittu olevan hoitoon pääsyn eriarvoisuuden määrittäjiä. Demografisista tekijöistä esimerkiksi sukupuoli ja ikä ovat myös terveystalvveluiden tarpeelle altistavia tekijöitä (Andersen 1995). Demografiset määrittäjä eroavat sosioekonomisista määrittäjästä paljon, sillä ne eivät kuvaa yksilön käytössä olevia resursseja, vaan yksilön perusominaisuuksia, jotka vaikuttavat niin terveystalvveluiden käyttöön kuin hoitoon pääsyyn.

Sukupuolen onkin tunnistettu olevan yhteydessä terveystalvveluiden käyttöön sosiaalisten, biologisten sekä käyttäytymistekijöiden näkökulmista. Tutkimuskirjallisuudessa on laajalti todettu terveydenhuollon palveluiden käytön olevan sukupuolittunutta, naisten tyypillisesti käyttäen enemmän ennaltaehkäiseviä sekä avohuollon palveluita miehiin verrattuna. Naiset ovat yleensä myös proaktiivisempia hoitoon hakeutumisessa, kun taas sosiaaliset odotukset saattavat saada miehet lykkäämään hoitoa. (Golinelli ym. 2025.) Naisten on havaittu myös kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita miehiin verrattuna (Fakkell ym. 2026), siitä huolimatta, että naiset yleensä käyttävät enemmän terveystalvveluita.

Ikä on toinen demografinen tekijä, joka vaikuttaa hoitoon pääsyyn. Terveys alkaa yleensä kuolevaisuus kasvaa (Krutilová 2016). Iän tuoma monisairastavuus lisää iäkkäiden terveydenhuollon palvelutarpeita muita ikäryhmiä korkeammaksi ja siksi tarpeenmukaisen hoidon saatavuus on suhteellisesti merkittävämpää iäkkäille (Kocot 2023). Myös koettu terveys on yksi yksilötason hoitoon pääsyn eriarvoisuuden määrittäjästä. Koetulla terveydellä tarkoitetaan yksilön itseraportoitua arviota omasta terveydentilastaan ja sen nähään ennustavan esimerkiksi väestön terveystalvvelujen käyttöä, toimintakykyä sekä kuolleisuutta (TH 2026). Koetun terveyden on havaittu olevan yhteydessä myös tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin (esim. Connolly & Wren 2017).

Koska sukupuolen, iän sekä koetun terveyden on havaittu olevan vahvoja terveystalvveluiden käytön määrittäjiä ja ne ovat yhteydessä myös hoitoon pääsyn eriarvoisuuteen, on perusteltua tarkastella niiden yhteyttä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin tässäkin tutkielmassa. Seuraavissa alaluvuissa tarkastellaan aiempaa kirjallisuutta demografisten tekijöiden ja hoitoon pääsyn eriarvoisuuden yhteydestä määrittäjäkohtaisesti.

### 3.2.1 Sukupuoli

Myös siis sukupuoli on yksi hoitoon pääsyä määrittävä tekijä (Annandale ym. 2007). Hoitoon pääsyssä on tunnistettu sukupuolten välistä eriarvoisuutta ja tutkimuskirjallisuudessa on nähty naisten useammin kohtaavan hoitoon pääsyssä isompia sosiaalisia, taloudellisia sekä institutionaalisia esteitä (Fakkel ym. 2026). Naisten on toistuvasti havaittu kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita miehiin verrattuna (Cavalieri 2013; Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Kert ym. 2015; Connolly & Wren 2017; Schneider & Devitt 2018; Ramos ym. 2019; Smolic ym. 2022; Kullamaa & Reile 2023; Maslyankov 2024; Rinne ym. 2025).

Naisten on kuitenkin havaittu myös kokevan vähemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita miehiin verrattuna (Popovic ym. 2017) ja tutkimuksissa on myös tehty havaintoja siitä, ettei sukupuolten välillä ole havaittu merkittävää eroa hoitoon pääsyssä (Chaupain-Guillot & Guillot 2015). Esimerkiksi Wagner ym. (2013) eivät todenneet naisten kokevan hoitoon pääsyä miehiä vaikeammaksi, eikä selkeitä sukupuolten välisiä eroja tyydyttämättömissä hoidontarpeissa löytynyt. Tutkimuksessa kuitenkin huomioidaan tiettyjen muuttujien osalta pienet otoskoot, jotka saattoivat vaikuttaa siihen, ettei hoitoon pääsyn sukupuolten välistä eriarvoisuutta havaittu. (Wagner ym. 2013.) Toisaalta naisten on myös havaittu kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita taloudellisten kustannusten takia (esim. Portela & Fernandes 2014; Chaupain-Guillot & Guillot 2015), sekä palveluiden etäisyydestä ja jonotusajoista johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita miehiin verrattuna. Sukupuolten välisen hoitoon pääsyn eriarvoisuuden on havaittu olevan suurista myös taloudellisten syiden takia. (Portela & Fernandes 2014.)

Myös yhdessä usean Euroopan maan tutkimuksessa, naisvastaajista yli 30 prosenttia raportoi tyydyttämättömistä hoidontarpeista, kun miesten osalta vastaava luku oli hieman yli 20 prosenttia. Tutkimuksessa havaittiin tyydyttämättömien hoidontarpeiden olevan vahvasti yhteydessä terveysongelmien määrään ja siihen, oliko vastaajalla sairaskorvauksia. Lisäksi niissä maissa, joissa naiset kokivat enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita, olivat erot miehiin verrattuna suhteellisen suuria. Puolestaan niissä muutamassa maassa, joissa miesten havaittiin kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita naisiin nähden, olivat sukupuolten väliset erot pienempiä. Hoitoon pääsyn sukupuolten välisen eriarvoisuuden havaittiin olevan myös sinnikästä korkeammasta koulutustasosta tai maan suhteellisesti suurista terveysmennoista huolimatta. (Fakkel ym. 2026.) Naisten on siis toistuvasti osoitettu kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita yleisesti, että eri syiden takia. On myös

kiinnostavaa, että niissä tapauksissa, joissa miesten on havaittu kokevan enemmän hoitoon pääsyn eriarvoisuutta, on erot naisiin olleet pienemmät, kuin niissä tapauksissa, joissa naisilla on ollut enemmän tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksia.

### 3.2.2 Ikä

Terveyden nähdään heikkenevän iän myötä (Kallio 2006). Myös hoitoon pääsyn merkitys terveyttä määrittävänä tekijänä korostuu iäkkäämmillä (Kocot 2023). Erityisesti vanhuuden onkin todettu olevan hoitoon pääsyn eriarvoisuuteen yhteydessä oleva tekijä (Kert ym. 2015). Iän yhteyttä hoitoon pääsyn eriarvoisuuteen, onkin usein tarkasteltu ikääntyneemmän väestön kohtaamien tyydyttämättömien hoidontarpeiden näkökulmasta, yleensä yli 50-vuotiaiden osalta (esim. Smolic ym. 2022).

Yli 50-vuotiaiden ikäryhmässä tyydyttämättömiä hoidontarpeita on esimerkiksi havaittu enemmän vanhimmilla ikäryhmillä, kroonisesti enemmän sairailta, huonoksi terveytensä kokevilla sekä heillä, joilla oli enemmän haasteita hoidon kustannusten maksamisessa. Tyydyttämättömiä hoidontarpeita havaittiin näiden ikääntyneiden osalta siitä huolimatta, että he käyttävät palveluita muita ikääntyneitä enemmän, palvelut eivät vain ole riittävän hyvin saatavilla. (Krutilová 2016.) Puolestaan yli 65-vuotiaiden tyydyttämättömiä hoidontarpeita tarkastelevassa tutkimuksessa, niiden osalta, joilla oli rajoitteita arkielämässä pärjäämisessä, havaittiin, että ennalta haavoittuvimmiksi ryhmiksi ajatellut henkilöt, kuten naiset, ikääntyneimmät, sekä he, joilla on paljon kroonisia sairauksia ja huono terveydentila, eivät ollutkaan niitä, jotka kokivat eniten tyydyttämättömiä hoidontarpeita (Calderón-Jaramillo & Zueras 2023). On myös muita havaintoja siitä, että ikääntyneet, joiden terveydentila on huono, todennäköisemmin raportoivat saaneensa hoitoa (Maplethorpe ym. 2015). Nämä vastakkaiset tulokset osoittavat, ettei iän yhteys tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin ole aiempien tutkimuksien perusteella yksiselitteinen, vaan tulosten vaihtelua on havaittu etenkin, kun on tarkasteltu vanhempia ikäryhmiä.

Kaikkien ikäryhmien hoitoon pääsyn eriarvoisuuden tutkimuksien osalta taas, tyydyttämättömien hoidontarpeiden on havaittu kasvavan iän noustessa (Legido-Quigley ym. 2016). Päinvastaisesti on myös osoitettu, että nuoret kokevat muita ikäryhmiä enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita (Cavalieri 2013; Ramos ym. 2019). Lisäksi on havaintoja esimerkiksi siitä, että 45–64-vuotiaat ovat kokeneet eniten tyydyttämättömiä hoidontarpeita (Popovic ym. 2017). Laajemmassa Euroopan maita vertailevassa tutkimuksessa taas havaittiin

eri maissa eri suuntaisia tuloksia sen osalta, kokeeko tyydyttämättömiä hoidontarpeita eniten nuoremmat vai vanhemmat ikäryhmät. Kuitenkin suuremmassa osassa maista nuorempien ikäryhmien havaittiin kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita vanhempiin ikäryhmiin nähden. Samassa tutkimuksessa havaittiin myös, että hoitoon pääsyn taloudellisia haasteita koettiin enemmän 15–64-vuotiaiden ryhmässä tätä vanhempiin ikäryhmiin verrattuna. (Kocot 2023.)

Iän yhteyttä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin on tarkasteltu myös yhteiskunnallisten ilmiöiden osalta. On esimerkiksi havaittu, että koronapandemian aikana tyydyttämättömiä hoidontarpeita yli 50-vuotiaille aiheuttivat enemmän suunniteltujen hoitojen siirtyminen myöhemmäksi sekä terveyspalveluista luopuminen koronataartuntapelon takia, kuin palveluntarjoajien puute (Arnault ym. 2021). Korona-aikaan on myös havaittu ikääntyneiden kokevan vähemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita muihin yli 50-vuotiaisiin verrattuna (Smolic ym. 2022). Ristiriitaisia tuloksia iän yhteydestä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin on myös saatu silloin, kun on tarkasteltu kaikkia ikäryhmiä. Kokonaisuudessaan on siis havaittu, että kaikkein ikääntyneimmät ovat kokeneet sekä eniten että vähiten tyydyttämättömiä hoidontarpeita. Toisaalta taas tutkimusten sisällä on havaittu suuriakin maiden välisiä eroja siinä, mikä ikäryhmä tyydyttämättömiä hoidontarpeita eniten kokee. Näitä eroavaisuuksia tutkimusten välillä voisi selittää esimerkiksi tutkimusasetelmien ja näkökulmien vaihtelu.

### 3.2.3 Koettu terveys

Koetun terveyden yhteys hoitoon pääsyyn on puolestaan osoitettu olevan hyvin selkeä. Huonon terveyden omaavien on toistuvasti havaittu kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita hyvän terveyden omaaviin verrattuna (Cavalieri 2013; Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Elstad 2016; Connolly & Wren 2017; Schneider & Devitt 2018; Ramos ym. 2019; Moran ym. 2021). On myös havaittu, että terveytensä huonoksi kokevat, raportoivat enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita maantieteellisten, kuten hoidon etäisyyteen ja matkustukseen kuluvaan aikaan (Kert ym. 2015), ja hoidon taloudellisiin kustannuksiin (Israel 2016) liittyvien syiden takia. Huonon terveyden yhteys tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin voi johtua esimerkiksi siitä, että niillä, joiden terveys on huonompi, on useampia ja toistuvampia hoidontarpeita, minkä takia he joutuvat useammin päättämään lykkäävätkö he hoitoa tai luopuvatko siitä vai eivät (Chaupain-Guillot & Guillot 2015). Voidaan myös nähdä,

että tyydyttämättömät hoidontarpeet pahentavat jo valmiiksi huonoksi terveystensä kokevien terveyttä entisestään (Cavalieri 2013) edelleen pahentaen ongelmaa.

Myös sairauksien kasaantumisen on nähty olevan yksi tyydyttämättömiä hoidontarpeita lisäävä tekijä (Krutilová 2016). Esimerkiksi kroonisten sairauksien on havaittu lisäävän tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksia (Cavalieri 2013) ja tyydyttämättömiä hoidontarpeita taloudellisista syistä (Israel 2016). Joitain vastakkaisiakin tuloksia on havaittu. Esimerkiksi kroonisten sairauksien on toisaalta osoitettu myös vähentävän tyydyttämättömiä hoidontarpeita (Popovic ym. 2017). Kun puolestaan ikääntyneiden osalta on huomattu, että huono terveydentila (Maplethorpe ym. 2015) ja useat krooniset sairaudet (Calderón-Jaramillo & Zueras 2023) ovat vähentäneet tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksia.

Koetun terveyden osalta yhteys tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin on aiemmissa tutkimuksissa ollut pääosin selkeä. Huonompi terveys lisää tyydyttämättömiä hoidontarpeita, paremman koetun terveyden vähentäen niitä. On kuitenkin havaittu, että esimerkiksi ikääntyneiden osalta tämä yhteys ei ole yhtä suoraviivainen. Kuten tässä ja edellisessä alaluvussa todetaan, on myös tuloksia siitä, että krooniset sairaudet ja huono vähentää tyydyttämättömien hoidontarpeiden määrää, joskin tällaiset tulokset ovat selvästi harvemmassa.

## 4 TUTKIMUSASETELMA

Tässä luvussa esitellään tämän pro gradu -tutkielman tutkimuskysymykset, tutkimusaineisto, sekä tutkimuksessa käytettävät muuttujat ja tutkimusmenetelmät. Tutkielmassa tarkastellaan ensinnäkin, millaisia maiden välisiä eroja hoitoon pääsyssä on havaittavissa tyydyttämättömien hoidontarpeiden ja niiden syiden näkökulmista Euroopassa. Toiseksi tarkastellaan sitä, miten tyydyttämättömien hoidontarpeiden sekä niiden syiden yleisyys on vaihdellut Euroopassa tarkasteluvuosien 2014 ja 2023 välillä. Kolmantena tutkielmassa tarkastellaan, miten yksilötason määrittäjät ovat yhteydessä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin ja niiden syihin. Tutkielma pohjautuu siis vertailevaan, kahden ajankohdan poikkileikkausasetelmaan, jossa tarkastellaan maiden välisiä eroja, ajallista muutosta ja yksilötekijöiden yhteyttä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin.

### 4.1 Tutkimuskysymykset

Tämän pro gradu -tutkielman tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Onko Euroopan maiden välillä eroja hoitoon pääsyssä tyydyttämättömien hoidontarpeiden ja niiden syiden perusteella vuosina 2014 ja 2023?
2. Onko tyydyttämättömät hoidontarpeet ja niiden syyt yleistyneet tai vähentyneet Euroopassa vuosien 2014 ja 2023 välillä?
3. Ovatko yksilötason tekijät – tulot, koulutustaso, työmarkkina-asema, sukupuoli, ikä ja koettu terveys yhteydessä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin tai niiden syihin Euroopassa?

### 4.2 Aineisto

Tässä tutkielmassa käytetään aineistona European Social Survey (ESS) – aineistoa vuosilta 2014 ja 2023. Kyseessä on vapaasti saatavilla oleva valmis aineisto. ESS on ympäri Eurooppaa toteutettava ylikansallinen akateeminen kyselytutkimus, joka toteutetaan kahden vuoden välein uusilla poikkileikkausotoksilla. ESS kyselytutkimusten avulla mitataan asenteita, käyttäytymismalleja, sekä uskomuksia eri teemoista ja mukana on yli 30 Euroopan maata. Sen päätarkoituksena on ylläpitää tutkimusinfrastruktuuria, joka tarjoaa korkealaatuista dataa mittaamalla ajallisia muutoksia Euroopan maiden sisällä ja niiden välillä, erilaisten teemojen osalta. (European Social Survey n.d. -a.)

Vuodet 2014 ja 2023 valittiin aineistoksi siitä syystä, että niissä yhtenä teemana on juuri hoitoon pääsyyn liittyvät kysymykset. Näiden kahden vuoden poikkileikkausaineistot mahdollistavat maiden välisen vertailun, ajallisen muutoksen tarkastelua, sekä tyydyttämättömien hoidontarpeiden sosioekonomisten ja demografisten erojen tarkastelun Euroopan eri maissa kahtena eri ajankohtana. 19 Euroopan maata osallistui molempiin vuosien 2014 ja 2023 ESS kierrokseen ja näistä valitaan Israelia lukuun ottamatta kaikki. Israel jätetään pois, koska se ei maantieteellisesti kuulu Eurooppaan. Tutkielmaan valittavat 18 maata ovat seuraavat: Alankomaat, Belgia, Espanja, Irlanti, Itävalta, Iso-Britannia, Liettua, Norja, Portugali, Puola, Ranska, Ruotsi, Saksa, Slovenia, Suomi, Sveitsi, Unkari ja Viro.

### **4.3 Tutkimusmenetelmät ja käytettävät muuttujat**

Tyydyttämättömiä hoidontarpeita Euroopassa analysoidaan maiden vertailun, kuvailevan analyysin, ristiintaulukoinnin sekä monitasoisen logistisen regression keinoin. Sekä ristiintaulukoinnin keinoin tehdyissä maakohtaisissa vertailuissa että yksilötason määrittäjiä tarkastelevissa logistisissa regressiomalleissa, selitettävänä muuttujina toimivat tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasoa kuvaava muuttuja sekä tyydyttämättömien hoidontarpeiden syitä kuvaavat muuttujat.

Yleisesti hoitoon pääsyä, eli tyydyttämättömien hoidontarpeiden tarkasteluun käytetään muuttujaa, jossa vastaajalta on kysytty, onko hänelle käynyt viimeisen 12 kuukauden aikana niin, ettei ole päässyt tarvitsemaansa hoitoon tai lääkärille. Lisäksi aineistossa kysyttiin tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokeneilta myös syitä, jotka selittävät hoitoon pääsemättömyyden kokemuksia. Näitä syitä oli seitsemän – hoitoon ei ollut varaa, jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä, vapaita aikoja ei ollut saatavilla, tarvittavaa hoitoa ei ollut kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä, vastaaja ei voinut olla pois töistä, vastaajalla oli muita esteitä tai muu syy. Kaikki nämä kahdeksan tyydyttämättömiä hoidontarpeita kuvaavaa muuttujaa ovat aineistossa kaksiluokkaisia dummy-muuttujia, eli niitä on kysytty, kyllä-ei muotoisella kysymyksellä.

Näiden kahdeksan selitettävän muuttujan avulla tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasoa ja syitä tyydyttämättömille hoidontarpeille Euroopassa tarkastellaan maakohtaisesti vuosina 2014 ja 2023. Nämä analyysit toteutetaan ristiintaulukoinneilla ja lisäksi maiden välisiä tuloksia ja tuloksien ajallista muutosta vertaillaan. Selitettävänä muuttujina näissä kuvailevissa analyyseissa ovat siis maa ja vuosi.

Monitasoista logistista regressiota taas hyödynnetään hoitoon pääsyn yksilötason määrittäjien analysoinnissa. Tutkimusmenetelmänä logistinen regressio pyrkii ennustamaan selitettävän muuttujan vaihtelua selittävien muuttujien avulla. Mallilla pyritään siis ennustamaan, mihin luokkaan mikäkin aineiston havainnoista kuuluu. (Nummenmaa 2004.) Monitasoinen logistinen regressiomalli sopii tutkielmaan, sillä siinä selitettävä muuttuja on dikotominen. Tämä tarkoittaa, että selitettävä muuttuja on kaksiluokkainen ja saa joko arvon nolla tai yksi. Selitettävän muuttujan arvo kuvaa siten joko sitä, että tietyllä havaintoyksilöllä kyseinen ominaisuus ei ole olemassa (0) tai se on olemassa (1). (Ellonen 2006.) Eli joko vastaaja ei ole kokenut tyydyttämättömiä hoidontarpeita (0) tai on kokenut tyydyttämättömiä hoidontarpeita (1). Tai joko tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokenut vastaaja ei ole kokenut (0) tai on kokenut (1) niitä esimerkiksi siitä syystä, ettei hoitoon ollut varaa. Selittäviksi muuttujiksi logistisessa regressiossa sopivat niin jatkuvat kuin kategoriset muuttujat.

Tutkielman monitasoisten logististen regressiomallien selitettävinä muuttujina käytetään muuttujaa tyydyttämättömistä hoidontarpeista sekä viittä keskeisintä tyydyttämättömien hoidontarpeiden syytä kuvaavaa muuttujaa. Nämä viisi syytä ovat – ei ollut varaa, jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä, vapaita aikoja ei ollut saatavilla, tarvittavaa hoitoa ei ollut kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä sekä se, että ei voinut olla pois töistä. Muita tyydyttämättömien hoidontarpeiden syitä ei voida ottaa mukaan regressioihin pienien havaintomäärien takia. Regressioissa selitettäviä muuttujia on siis kuusi. Monitasoisten logististen regressiomallien avulla analysoidaan, millainen yhteys yksilötason määrittäjillä on tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin ja edellä mainittuihin tyydyttämättömien hoidontarpeiden syihin Euroopassa.

Selittävinä muuttujina näissä regressiomalleissa käytetään tarkasteluvuotta sekä yksilön tulotaso, koulutusta, työmarkkina-asemaa, sukupuolta, ikää ja koettua terveyttä. Koulutustason ja iän tarkasteluun käytetään jatkuvia muuttujia. Koulutusta kuvataan muuttujalla, joka kuvaa toteutuneiden koulutusvuosien määrää ja ikää muuttujalla, joka kertoo vastaajan iän. Lopuille, kategorisille muuttujille tehtiin uudelleenkoodauksia, jotta muuttujien havaintomäärät saatiin keskenään mahdollisimman tasaisiksi ja regressioihin sopiviksi.

Yksilön tulotaso kuvataan koetun toimeentulon avulla. Pelkkien nettotulojen tarkastelu ei antaisi kuvaa siitä, miten yksilön tulot riittävät toimeentuloon. Nettotulot eivät huomioi varallisuutta, velkoja tai kotitalouden kokoa ja sen tuomia menoja. Näistä syistä koettu toimeentulo kuvaa paremmin yksilön taloudellista asemaa ja kulutuskykyä. Koettu

toimeentulo on aineistossa neliluokkainen kategorinen muuttuja, josta muokattiin kolmiluokkainen. Luokat ”nykyisillä tuloilla elää mukavasti” eli ”hyvä toimeentulo” ja ”nykyisillä tuloilla pärjää” eli ”kohtalainen toimeentulo”, jäivät ennalleen. Luokat ”nykyisillä tuloilla on vaikeuksia tulla toimeen” ja ”nykyisillä tuloilla on hyvin vaikea tulla toimeen” yhdistettiin luokaksi ”huono toimeentulo”.

Työmarkkina-aseman tarkasteluun taas käytetään kategorista muuttujaa, joka kuvaa parhaiten vastaajan pääasiallista toimintaa viimeisen 7 päivän ajalta. Tämä muuttuja uudelleen koodattiin kolmiluokkaiseksi muuttujaksi, jossa luokat ovat ”työssäkäyvä”, ”työtön” ja ”muuten työmarkkinoiden ulkopuolella”. Viimeiseen luokkaan yhdistettiin seuraavat ryhmät: eläkeläiset, opiskelijat, pysyvästi sairaat tai työkyvyttömät, varusmies- tai siviilipalvelussa olevat, sekä kotiäidit tai -isät, omaishoitajat tai vastaavat, jotka hoitavat lapsia tai muuta henkilöä.

Sukupuolen osalta käytetään binääristä jaottelua, jossa luokat ovat mies ja nainen.

Vastausvaihtoehto ”muu” on jätetty tarkastelusta pois, koska näitä vastauksia oli aineistossa vain 0,16 prosenttia, eikä niitä olisi siksi voitu ottaa mukaan regressioon. Lopuksi koetun terveyden osalta käytetään kategorista muuttujaa, jossa vastaajaa on pyydetty arvioimaan oma terveydentilansa erittäin hyväksi, hyväksi, kohtalaiseksi, huonoksi tai erittäin huonoksi. Tämä muuttuja uudelleen koodattiin kolmiluokkaiseksi muuttujaksi siten, että luokat todella hyvä ja hyvä yhdistettiin luokaksi ”hyvä terveys”, luokat huono ja todella huono yhdistettiin luokaksi ”huono terveys”, ja luokka ”kohtalainen terveys” jäi ennalleen.

Logistisissa regressioanalyysissä käytetään painoja, jotka korjaavat maiden välisiä eroja niiden otantakehikoissa. Lisäksi painot korottavat aineiston Euroopan väestön tasolle, sekä korjaavat kadon aiheuttamaa vääristymää ESS ERIC:n suosittamalla tavalla. (European Social Survey n.d. -b.)

## 5 TYYDYTTÄMÄTTÖMÄT HOIDONTARPEET EUROOPASSA

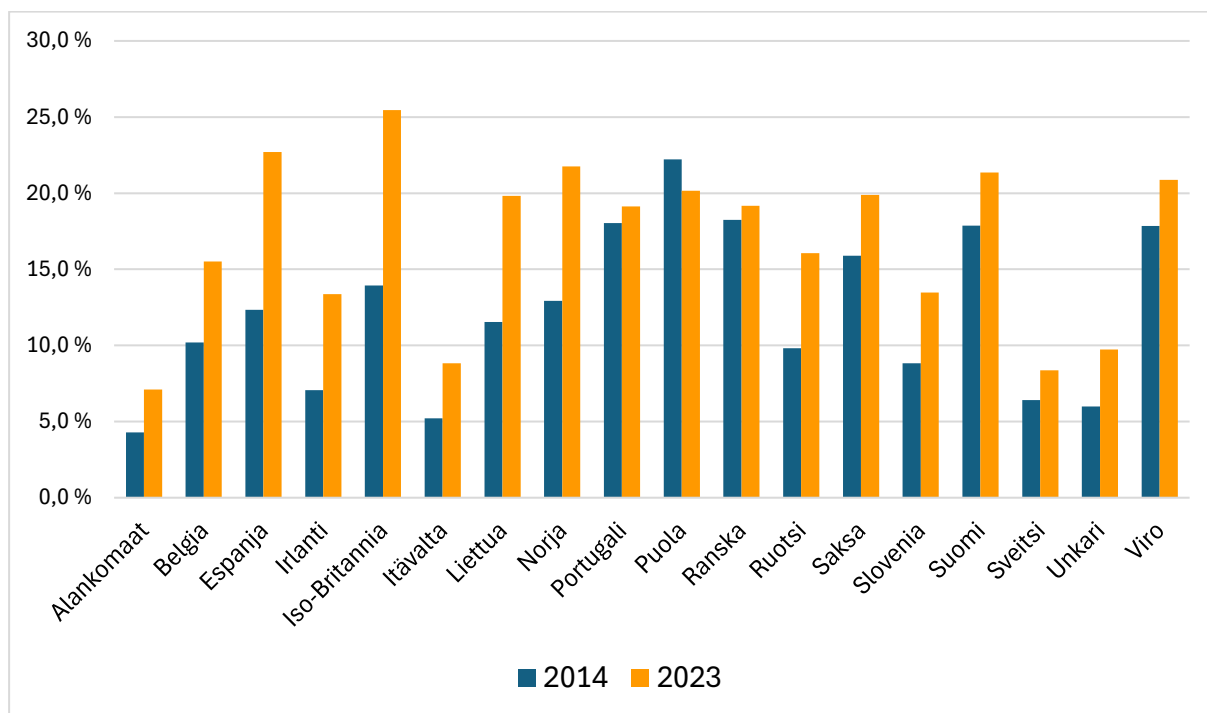
Tässä luvussa tarkastellaan analyysien tuloksia. Luvun aluksi tarkastellaan ja vertaillaan tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasoa 18 Euroopan maassa vuosina 2014 ja 2023. Tämän jälkeen vastaava tarkastelu toteutetaan tyydyttämättömien hoidontarpeiden syille. Maiden välisen vertailun lisäksi tarkastellaan ajallista muutosta eli sitä, onko tyydyttämättömät hoidontarpeet ja niiden syyt lisääntyneet vai vähentyneet Euroopassa. Näiden tarkastelujen osalta vastataan kahteen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Kolmanteen tutkimuskysymykseen vastataan luvun viimeisessä alaluvussa. Siinä tarkastellaan yksilötason määrittäjien yhteyttä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin sekä viiteen merkittävimpään tyydyttämättömiä hoidontarpeita selittävän syyhyn Euroopassa. Tulosten merkittävyyttä pohditaan johtopäätöksissä.

### 5.1 Tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso maittain

Ensin tarkastellaan siis tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasoa 18 Euroopan maassa vuosina 2014 ja 2023 (kuvio 1). Tulokset osoittavat, vuonna 2014 vaihtelu tyydyttämättömien hoidontarpeiden yleisyydessä oli maiden välillä selkeää. Suurinta hoitoon pääsyn eriarvoisuus oli Puolassa, jossa noin viidennes vastaajista raportoi tyydyttämättömistä hoidontarpeista viimeisen vuoden aikana. Tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso oli verrattain korkea myös Ranskassa, Portugalissa, Suomessa sekä Virossa. Puolestaan vähiten hoitoon pääsyn eriarvoisuutta havaittiin Alankomaissa, jossa vajaa 5 prosenttia vastaajista ei ollut päässyt tarvitsemaansa hoitoon. Myös Itävallassa, Unkarissa, Sveitsissä ja Irlannissa kyseinen osuus matala. Maiden ääripäiden ero oli huomattava, sillä Puolassa tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso oli yli viisinkertainen Alankomaihin verrattuna. Vuonna 2014 tarkasteltujen maiden keskiarvoa oli 12,1 prosenttia. Maantieteellisesti tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasossa ei kuitenkaan havaittu selkeitä alueellisia ryhmittymiä, vaan vaihtelu oli pääosin maakohtaista. Esimerkiksi Pohjois-Euroopan osalta, Suomessa tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso oli vuonna 2014 selkeästi Norjaa ja Ruotsia korkeampaa, eikä maiden välillä havaittu tulosten samankaltaisuutta.

Puolestaan vuonna 2023 tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso oli yleisesti korkeampi kuin vuonna 2014. Maiden väliset erot olivat edelleen suuria ja maiden keskiarvo nousi 16,8 prosenttiin. Korkeinta hoitoon pääsyn eriarvoisuus oli Isossa-Britanniassa, jossa hieman yli neljännes vastaajista raportoi kokeneensa tyydyttämättömiä hoidontarpeita. Myös yhdeksässä

muussa maassa kyseinen osuus oli noin viidenneksen. Pienintä hoitoon pääsyn eriarvoisuus oli vuonna 2023 edelleen Alankomaissa, jossa noin 7 prosenttia vastaajista raportoi kokeneensa tyydyttämättömiä hoidontarpeita. Myös Itävallassa, Sveitsissä ja Unkarissa tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso oli matalalla samana vuonna. Ääripäiden erot olivat edelleen kaukana toisistaan, vaikka kaventuivatkin hieman. Isossa-Britanniassa itseraportoitujen tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso oli yli kolmenkertainen Alankomaihin verrattuna.



Kuvio 1 Itseraportoidut tyydyttämättömät hoidontarpeet maittain vuosina 2014 ja 2023

Vuoden 2023 osalta voidaan tunnistaa yksittäisiä samansuuntaisia alueellisia havaintoja Euroopan maantieteellisillä alueilla, toisin kuin vuonna 2014. Etelä-Euroopan maissa Espanjassa ja Portugalissa tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso oli samankaltainen vuonna 2023. Myös Pohjoismaissa, Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa taso oli kyseisenä vuonna suhteellisen samanlainen. Muualla Euroopassa tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso oli maakohtaisempaa.

Vuosien 2014 ja 2023 vertailu osoittaa, että tyydyttämättömät hoidontarpeet ovat lisääntyneet lähes kaikissa tarkastelluissa maissa. Ainoastaan Puolassa tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso laski hieman tarkastelu vuosien välillä. Puolassa kuitenkin vuonna 2023 edelleen noin joka neljäs vastaaja ei ollut päässyt tarvitsemaansa hoitoon. Monessa maassa tyydyttämättömät hoidontarpeet kasvoivat huomattavasti, ja suhteellisesti suurinta tämä kasvu

oli niissä maissa, joissa tyydyttämättömät hoidontarpeet oli vuonna 2014 noin 10-15 prosentin tasolla. Esimerkiksi Espanjassa, Irlannissa, Isossa-Britanniassa, Liettuaassa, Norjassa ja Ruotsissa tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso lähes kaksinkertaistui tarkastelujakson aikana.

Kokonaisuutena tyydyttämättömien hoidontarpeiden tason havaittiin selvästi lisääntyneen Euroopassa vuosien 2014 ja 2023 välillä. Tämä näkyy niin keskiarvon nousuna, kuin korkeiden tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasojen yleistymisenä. Vuonna 2023 muutamassa maassa yli viidennes vastaajista raportoi tyydyttämättömiä hoidontarpeita, kun vuonna 2014 kyseinen lukema ylittyi vain yhdessä maassa. Samalla niiden maiden osuus oli vuonna 2023 pienempi, joissa tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso oli alhainen. Kuten todettua, tulokset osoittavat suuria eroja niin tarkasteltavien maiden kuin tarkasteluvuosien välillä.

Saadut tulokset hoitoon pääsyn eriarvoisuudesta eri maissa ovat linjassa myös aiemman tutkimuksen kanssa. Euroopan maiden välisiä eroja tyydyttämättömien hoidontarpeiden yleisyydessä on havaittu toistuvasti eri aikoina ja eri maissa (mm. Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Elstad 2016; Karanikolos ym. 2016; Ramos ym. 2019; Gutium & Gojaeva 2023; Kocot 2023; Maslyankov 2024; Fakkell ym. 2026). Aiemmissä ajallisissa muutosta tarkastelleissa tutkimuksissa tyydyttämättömien hoidontarpeiden on kuitenkin havaittu ajallisesti sekä lisääntyneen (mm. Elstad 2016; Zavras ym. 2016; Legido-Quigley ym. 2016; Schneider & Devitt 2018; Torfs ym. 2021) että vähentyneen (mm. Karanikolos ym. 2016; Gutium & Gojaeva 2023) eri maissa ja eri aikoina. Monessa tyydyttämättömiä hoidontarpeita (esim. Cavalieri 2013) tarkastelevassa tutkimuksessa on tarkasteltu kuitenkin vain yhtä maata ja vuotta, jolloin maiden välisiä eroja tai ajallista muutosta ei ole voitu huomioida.

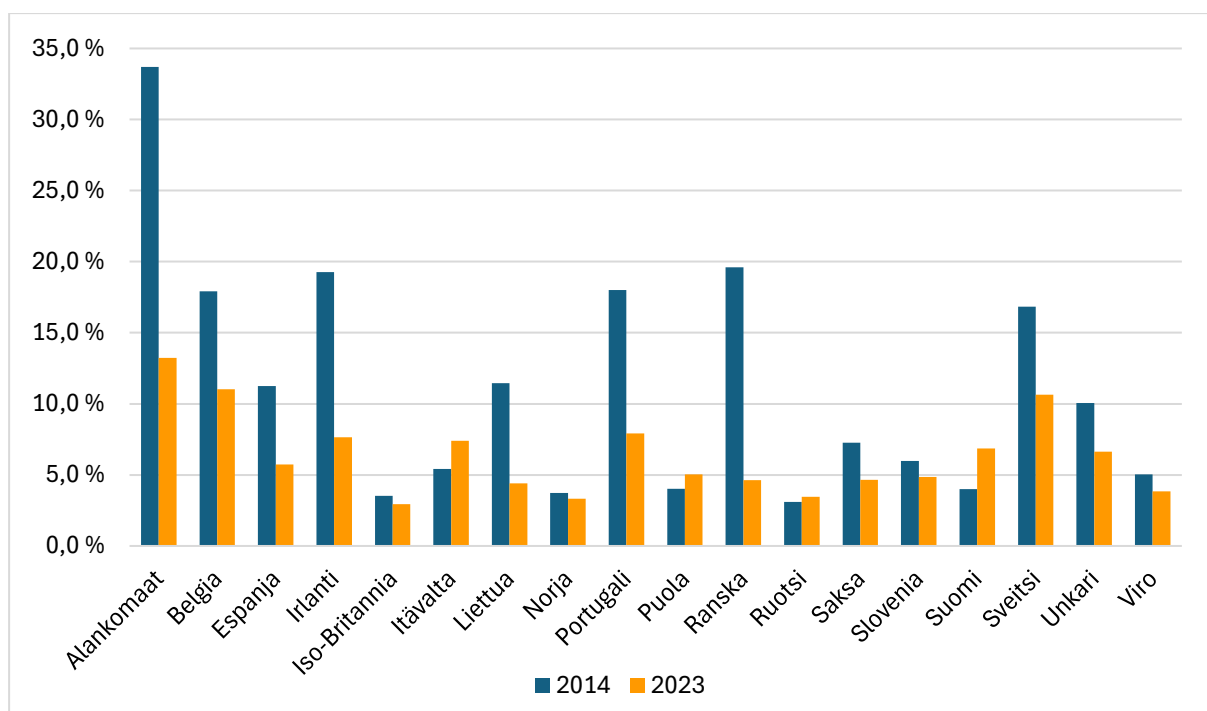
Vaikka tämän tutkielman tuloksien mukaisia, että niistä risteäviä tuloksia on saatu aiemmin, on tuloksien keskinäisessä vertailussa oltava varovainen tulosten aika- ja paikkasidonaisuuden takia. Tämä tarkoittaa sitä, että eri aikoina ja eri maissa saatuihin tuloksia saattavat selittää erilaiset yhteiskunnalliset ilmiöt tai kriisit ja siksi niiden mahdolliset vaikutukset on huomioitava. Tätä ajallista kontekstia tarkastellaan tarkemmin johtopäätöksissä.

## 5.2 Tyydyttämättömien hoidontarpeiden syiden taso maittain

Seuraavaksi tarkastellaan seitsemää eri syytä, joiden takia tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokeneet raportoivat, etteivät olleet päässeet tarvitsemaansa hoitoon viimeisen vuoden aikana. Toisin sanoen tämän alaluvun tarkasteluissa on mukana vain ne vastaajat, jotka ovat kokeneet tyydyttämättömiä hoidontarpeita. Nämä syyt, joita tyydyttämättömille hoidontarpeille aineistossa kysyttiin ovat: ”ei ollut varaa”, ”jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä”, ”vapaita aikoja ei ollut saatavilla”, ”tarvittavaa hoitoa ei ollut kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä”, ”ei voinut olla pois töistä”, ”oli muita esteitä”, ”muu syy”.

Näiden syiden tarkastelun osalta on olennaista huomioida, että sama vastaaja on voinut valita useamman kuin yhden syyn tyydyttämättömille hoidontarpeilleen. Tämä näkyy hoidontarpeiden syiden maakohtaisissa havaintomäärissä, joita on selkeästi enemmän, kuin jokaisessa maassa oli havaintoja henkilöistä, jotka raportoivat tyydyttämättömistä hoidontarpeista. Seuraavat maakohtaiset lukemat eri syille, eri maissa, vuosina 2014 ja 2023 on saatu laskemalla jokaisen syyn osuus kunkin maan kaikista tyydyttämättömien hoidontarpeiden syiden havainnoista. Aineisto ei kuitenkaan mahdollista tarkastelua päällekkäisyyksistä, niiden vastaajien osalta, jotka ovat raportoineet useamman kuin yhden syyn tyydyttämättömille hoidontarpeilleen, eikä havaintokohtaista tarkastelua siitä, mitkä syyt kukin vastaaja on raportoinut.

Kuviossa 2 esitetään niiden vastaajien osuudet maittain vuosina 2014 ja 2023, jotka raportoivat tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi sen, ettei hoitoon ollut varaa. Vuonna 2014 maiden välillä havaittiin suuria eroja, ääripäiden välisen eron ollessa yli 30 prosenttia. Eniten hoitoon pääsyn esteitä taloudellisten syiden takia koettiin Alankomaissa. Tulos on kiinnostava, sillä vaikka tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso oli Alankomaissa matala, korostuu siellä taloudellisista syistä johtuvien tyydyttämättömien hoidontarpeiden määrä, joita havaittiin Alankomaissa selkeästi enemmän seuraavana tulevaan Ranskaan verrattuna. Vuoden 2014 osalta korkeita osuuksia havaittiin myös Belgiassa, Irlannissa, Portugalissa, Ranskassa sekä Sveitsissä, joissa noin joka viides raportoi tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi sen, ettei hoitoon ollut varaa. Samana vuonna matalimmalla kyseinen taso oli Ruotsissa. Myös Isossa-Britanniassa, Norjassa, Puolassa ja Suomessa alle viisi prosenttia vastaajista mainitsi tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi hoidon taloudelliset kustannukset. Maiden keskiarvo vuonna 2014 oli 11,7 prosenttia.

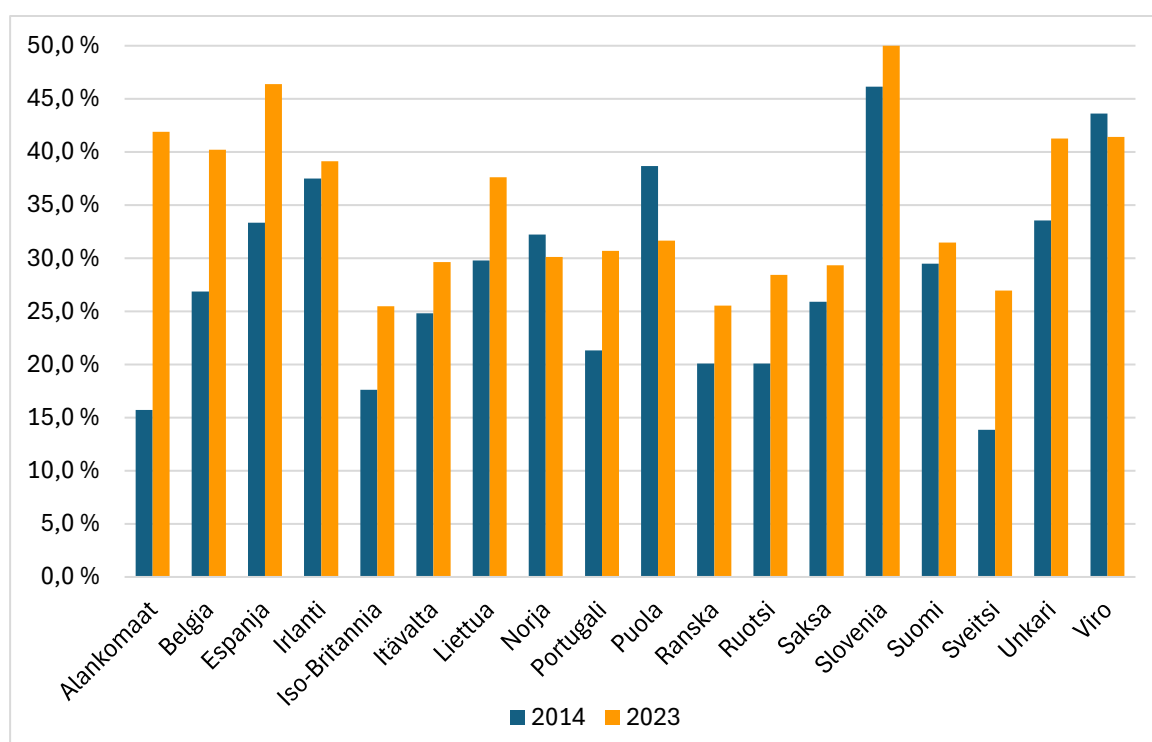


Kuvio 2 Osuus vastaajista maittain vuosina 2014 ja 2023, jotka ilmoittivat tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi viimeisen 12 kuukauden aikana sen, ettei hoitoon ollut varaa.

Puolestaan vuonna 2023 taloudellisista syistä johtuvien tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso oli suurimmassa osassa maita selvästi laskenut. Korkeimmalla taso oli edelleen Alankomaissa, vaikka kyseinen osuus yli puolittui siellä vuoteen 2014 nähden. Myös muutamassa muussa maassa taloudellisista syistä johtuvien tyydyttämättömien hoidontarpeiden määrä puolittui. Vuonna 2023 maiden keskiarvo laski myös reiluun 6 prosenttiin. Matalin taso todettiin puolestaan Isossa-Britanniassa, jonka lisäksi myös kahdeksassa muussa maassa taso jäi kyseisenä vuonna matalalle.

Kun verrataan vuosia 2014 ja 2023 toisiinsa huomataan, että tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso siitä syystä, ettei yksilöllä ollut varaa hoitoon ovat vähentyneet tarkastelluissa maissa tarkasteluvuosien välillä. Lasku oli suurinta niissä maissa, joissa taso oli korkea vuonna 2014. Maltillisempaa laskua nähtiin muutamassa muussa maassa ja ääripäiden erot olivat kaventuneet noin 10 prosenttiin. Vuonna 2023 vain kolmessa maassa taloudellisista syistä johtuvien tyydyttämättömien hoidontarpeiden osuus ylitti 10 prosenttia, kun vuonna 2014 vastaavia maita oli yhdeksän. Tästä kehityksestä poikkeavasti Itävallassa, Puolassa, Ruotsissa ja Suomessa, taloudellisista syistä johtuvien tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso kasvoi hieman, mutta säilyi silti matalana.

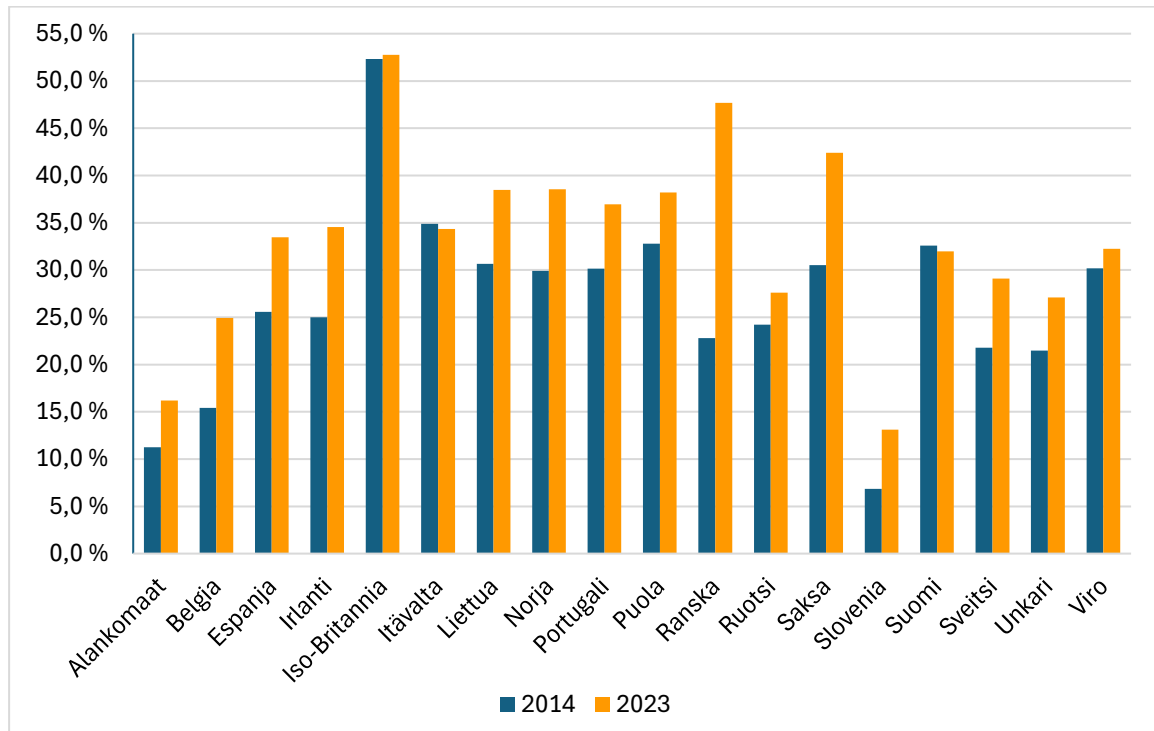
Kuviossa 3 puolestaan esitetään niiden vastaajien osuudet maittain vuosina 2014 ja 2023, jotka raportoivat tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi sen, että jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä. Myös tämän syyn osalta maiden välillä havaitaan suurta vaihtelua. Sloveniassa vuonna 2014 lähes joka toinen tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokenut raportoi pitkät hoitojonot yhdeksi niiden syyksi. Samana vuonna myös kuudessa muussa maassa yli kolmannes koki hoitoon pääsyn esteitä tämän syyn takia. Vähiten, noin joka kymmenes, koki pitkistä hoitojonoista johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita puolestaan Sveitsissä ja vain kahdessa muussa maassa kyseinen osuus jäi alle viidenneksen. Kyseisenä vuonna maiden ääripäiden välinen ero oli yli 30 prosenttia, maiden keskiarvon ollessa 28,4 prosenttia.



Kuvio 3 Osuus vastaajista maittain vuosina 2014 ja 2023, jotka ilmoittivat tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi viimeisen 12 kuukauden aikana sen, että jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä.

Vuonna 2023 pitkien hoitojonojen merkitys hoitoon pääsyn esteenä oli kasvanut useimmissa maissa. Korkein osuus oli edelleen Sloveniassa, jossa puolet vastaajista raportoivat tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi sen, että jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä. Alankomaissa, Belgiassa, Espanjassa, Unkarissa ja Virossa kyseinen osuus oli myös yli 40 prosenttia ja maiden välinen keskiarvo nousi lähes 35 prosenttiin. Matalimmat osuudet puolestaan havaittiin Isossa-Britanniassa ja Ranskassa, joissa silti yli neljännes vastaajista ilmoitti pitkät jonot hoitoon pääsemättömyyden syyksi.

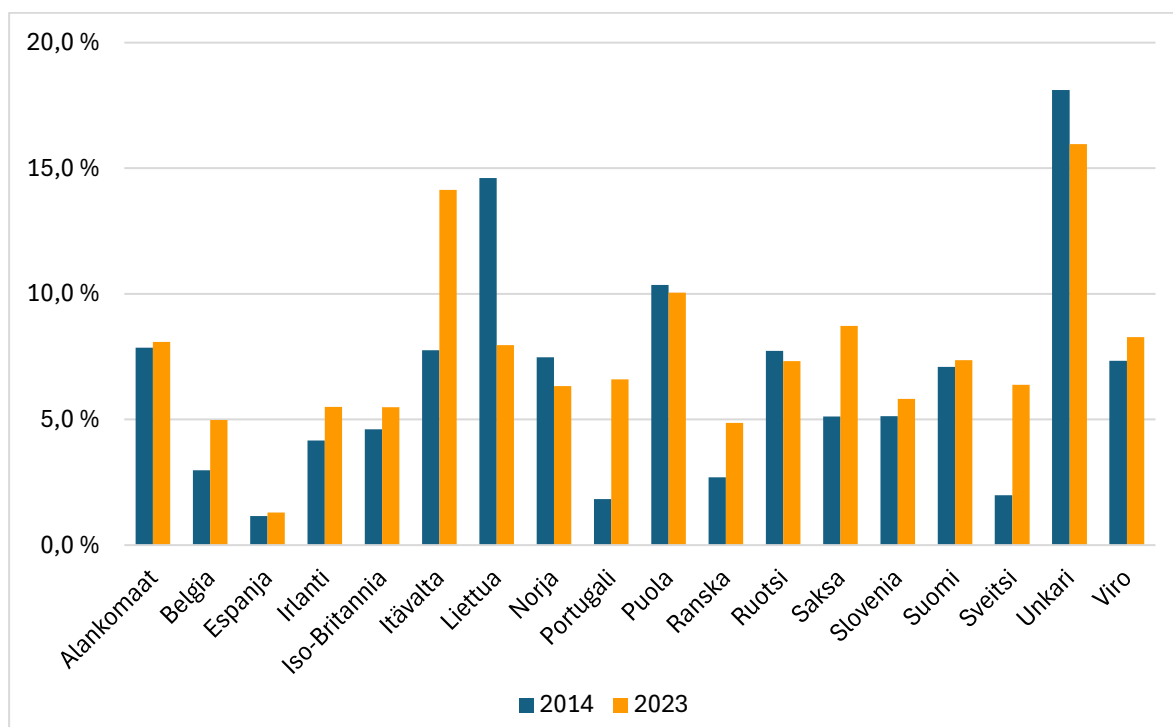
Vuosien 2014 ja 2023 vertailu osoittaa, että pitkät jonot lääkärille tyydyttämättömien hoidontarpeiden syynä ovat yleistyneet. Suurin tarkasteluvuosien välinen nousu oli Alankomaissa, jossa kyseinen osuus vastaajista yli kaksinkertaistui vuoteen 2014 nähden. Myös Belgiassa, Espanjassa ja Sveitsissä nousua tapahtui selkeästi. Maltillisempaa kasvua tapahtui noin puolessa maista. Poikkeavasti muusta kehityksestä, Norjassa, Puolassa ja Virossa pitkien hoitojonojen merkitys tyydyttämättömien hoidontarpeiden syynä puolestaan väheni.



Kuvio 4 Osuus vastaajista maittain vuosina 2014 ja 2023, jotka ilmoittivat tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi viimeisen 12 kuukauden aikana sen, ettei vapaita aikoja ollut saatavilla.

Kuviosta 4 taas nähdään niiden vastaajien osuudet maittain vuosina 2014 ja 2023, jotka raportoivat syyksi tyydyttämättömille hoidontarpeille, ettei vapaita aikoja ollut saatavilla. Molempina tarkasteluvuosina suurimmat osuudet havaittiin Isossa-Britanniassa, jossa molempina vuosina yli puolet tyydyttämättömiä hoidontarpeita kyseisessä maassa kokeneista ilmoitti syyksi ajanvarausaikojen puutteen. Seuraavaksi suurin kyseinen osuus oli vuonna 2014 Itävallassa, jossa yli kolmannes tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokeneista raportoi kyseisen syyn hoitoon pääsemättömyydelle. Useimmissa maissa kyseinen osuus oli samana vuonna 20-35 prosentin välillä. Pienimmät osuudet havaittiin molempina vuosina Sloveniassa. Myös Alankomaissa osuudet olivat molempina vuosina suhteellisen pienet.

Suurimmassa osassa maista vastaanottoaikojen puutteesta johtuvat tyydyttämättömät hoidontarpeet kasvoivat tarkasteluvuosien välillä. Tästä kertoo myös maiden välinen keskiarvo, joka nousi vuoden 2014 26,6 prosentista 33,3 prosenttiin vuonna 2023. Suurin kasvu havaittiin Ranskassa, jossa osuus yli kaksinkertaistui tarkasteluvuosien välillä. Myös yli puolessa maista niiden vastaajien määrä, jotka ilmoittivat kokeneensa tyydyttämättömiä hoidontarpeita siksi, ettei aikoja ollut saatavilla, nousi yli 30 prosenttiin vuonna 2023. Ainoastaan Itävallassa ja Suomessa kyseinen osuus väheni tarkasteluajanjaksolla, joskin vain vajaan prosentin verran.



Kuvio 5 Osuus vastaajista maittain vuosina 2014 ja 2023, jotka ilmoittivat tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi viimeisen 12 kuukauden aikana sen, ettei tarvittua hoitoa ollut saatavilla kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä.

Kuviossa 5 esitetään niiden vastaajien osuudet maittain vuosina 2014 ja 2023, jotka ilmoittivat tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi sen, ettei hoitoa ollut saatavilla omalla kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä. Tämänkin syyn osalta havaitaan maiden välillä suuria eroja, vaikka useassa maassa osuudet ovat pieniä verrattuna kahteen edellä käsiteltyyn syyhyn. Vuonna 2014 pienintä hoidon etäisyyteen liittyvistä syistä johtuvat tyydyttämättömät hoidontarpeet olivat Espanjassa. Taso oli matala samana vuonna myös kuudessa muussa maassa, ja puolessa maista taso oli keskimäärin 5-10 prosentin välillä, keskiarvon ollessa 6,6 prosenttia. Korkeinta hoidon etäisyydestä johtuvat tyydyttämättömät hoidontarpeet olivat vuonna 2014 Unkarissa. Siellä noin viidennes tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokeneista,

raportoi kyseisen syyn hoitoon pääsyn esteeksi. Kyseinen osuus oli korkealla myös Liettuassa, hieman Unkaria matalammalla.

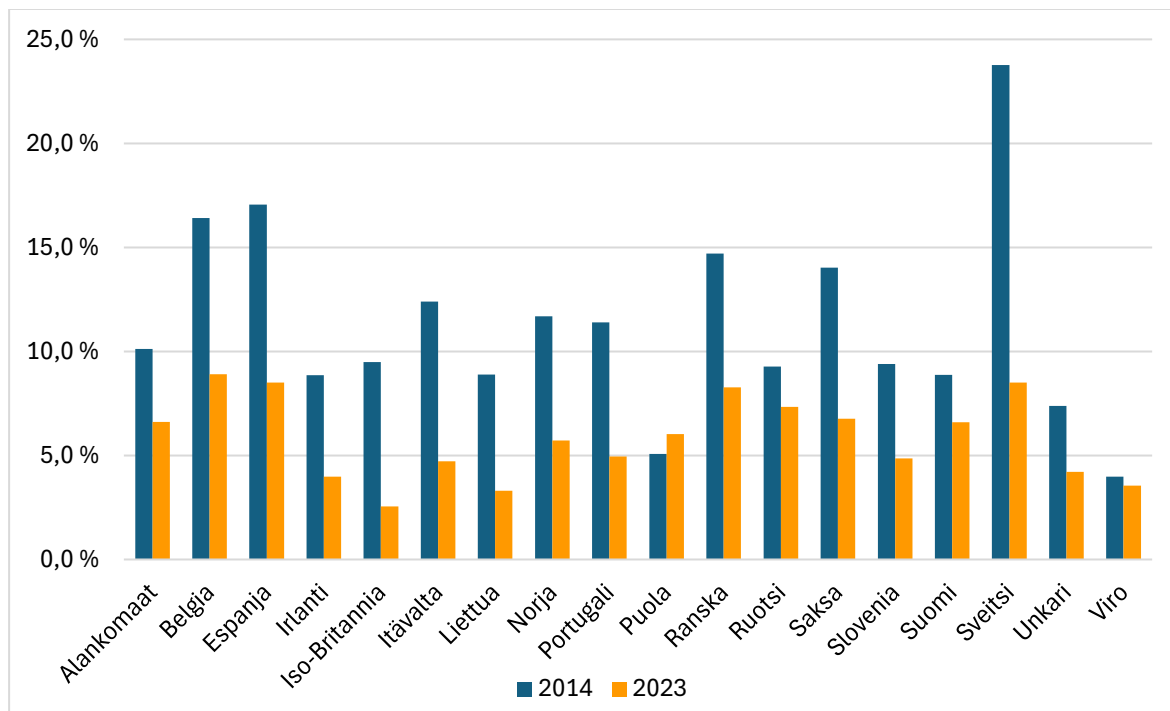
Vuonna 2023 hoidon etäisyyteen liittyvät tyydyttämättömät hoidontarpeet olivat enemmistössä maista kasvaneet hieman vuoteen 2014 nähden. Pienin osuus löytyi edelleen Espanjasta. Samana vuonna peräti 13 maassa osuus oli 5-10 prosentin välillä, keskiarvon ollessa 7,5 prosenttia. Korkein osuus vuonna 2023 havaittiin edelleen Unkarissa, vaikka siellä laskua vuoteen 2014 havaittiin parin prosentin verran. Toinen korkea taso hoidon etäisyydestä johtuvista tyydyttämättömistä hoidontarpeista havaittiin vuonna 2023 Itävallassa.

Tarkasteluvuosien vertailu osoittaa, että monessa maassa hoidon etäisyydestä johtuvien tyydyttämättömien hoidontarpeiden havaittiin kasvavan alle prosentista muutamaan prosenttiin. Liettuassa, Puolassa, Ruotsissa ja Unkarissa kyseinen osuus puolestaan väheni tarkasteluvuosien välillä. Suurin lasku havaittiin Liettuassa, noin 6 prosentin verran. Hoidon etäisyydestä johtuvien tyydyttämättömien hoidontarpeiden yleisyys sekä sen osalta tapahtunut ajallinen muutos oli selkeästi matalammalla aiempiin syihin verrattuna. Tämä kertoo siitä, ettei kyseinen syy selitä tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksia yhtä paljon, kuin aiemmin käsitellyt syyt.

Kuvio 6 esittää niiden vastaajien osuuden tarkasteluvuosittain, jotka raportoivat tyydyttämättömien hoidontarpeidensa syyksi sen, etteivät voineet olla pois töistä. Vuonna 2014 maiden välillä havaittiin selkeitä eroja, ääripäiden erojen ollessa noin 20 prosenttia. Vähiten työesteistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita havaittiin Virossa. Myös Puolassa kyseinen osuus oli matala. Samana vuonna suurimmassa osassa maista tulokset vaihtelivat vajaasta 10 prosentista reiluun 15 prosenttiin ja maiden välinen keskiarvo vuonna 2014 oli 11,3 prosenttia. Sveitsissä lähes neljännes tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokeneista kertoi syyksi työesteen. Siellä kyseinen osuus oli suurin vuonna 2014.

Vuonna 2023 maiden väliset erot työesteestä johtuvissa tyydyttämättömissä hoidontarpeissa olivat puolestaan kaventuneet ja lähes kaikissa maissa osuuksien havaittiin vähentyvän. Pienin osuus havaittiin nyt Isossa-Britanniassa. Myös kuudessa muussa maassa kyseinen osuus jäi alle 5 prosentin, ja loppuissa maista alle 10 prosentin. Vuonna 2023 eniten tyydyttämättömiä hoidontarpeita siitä syystä, ettei yksilö voinut olla pois töistä, koettiin Belgiassa, vaikka vain noin joka kymmenes koki hoitoon pääsyn esteitä tämän syyn takia. Tarkasteluvuosien välinen vertailu osoittaa, että työesteiden mukaiset tyydyttämättömät hoidontarpeet vähenivät kaikissa paitsi yhdessä maassa. Monessa maassa kyseinen osuus

puolittui tai väheni jopa kolmannekseen siitä, mitä se oli vuonna 2014 ollut. Suurin lasku havaittiin Sveitsissä, jossa työesteistä johtuvat tyydyttämättömät hoidontarpeet yli puolittuivat tarkasteluvuosien välillä. Vain Puolassa kyseinen osuus kasvoi tarkasteluvuosien välillä hieman.

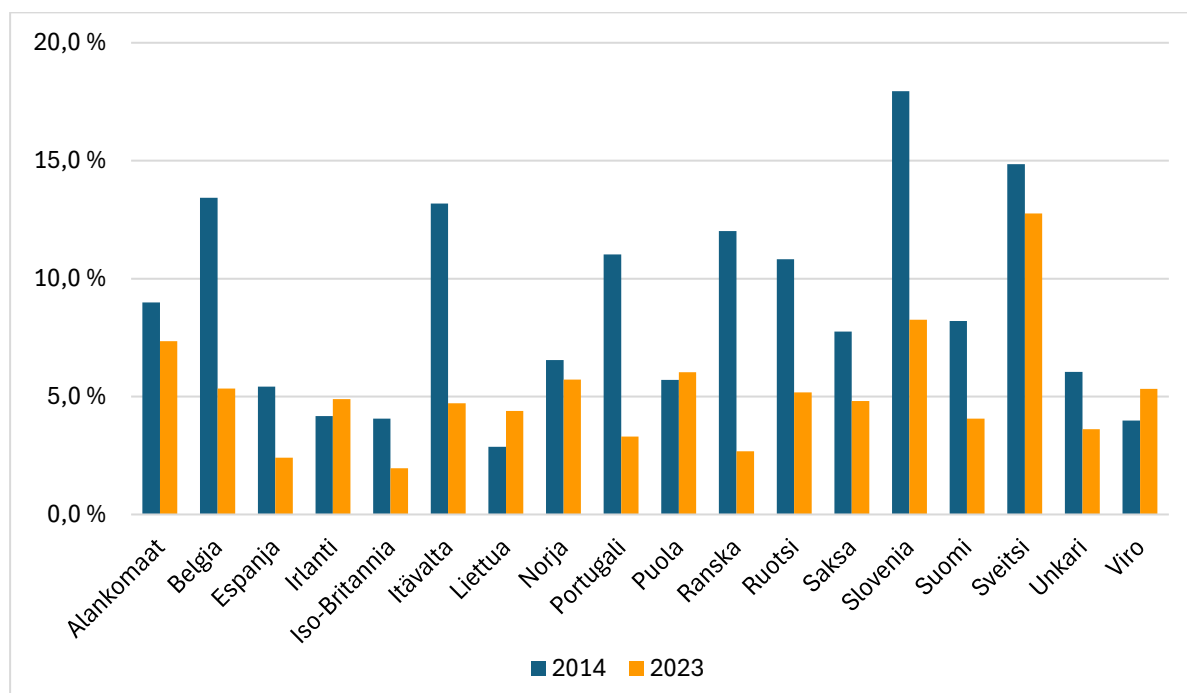


Kuvio 6 Osuus vastaajista maittain vuosina 2014 ja 2023, jotka ilmoittivat tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi viimeisen 12 kuukauden aikana sen, ettei voinut olla pois töistä.

Kuviossa 7 puolestaan on kuvattu niiden vastaajien osuus maittain vuosina 2014 ja 2023, jotka ilmoittivat tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi jonkin muun esteen. Kuten työesteiden mukaisten tyydyttämättömien hoidontarpeiden osalta, myös muista esteistä johtuvien tyydyttämättömien hoidontarpeiden osalta hajontaa maiden välillä havaittiin enemmän vuonna 2014, kuin vuonna 2023. Vuonna 2014 vähiten muiden esteiden takia tyydyttämättömiä hoidontarpeita havaittiin Liettussa. Yli puolissa maista kyseinen osuus oli samana vuonna alle 10 prosenttia. Sloveniassa noin joka viides raportoi tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi muun esteen vuonna 2014. Myös Belgiassa, Itävallassa, Portugalissa, Ranskassa, Ruotsissa ja Sveitsissä kyseinen taso oli suhteellisen korkea samana vuonna. Ääripäiden ero kyseisenä vuonna oli 15 prosenttia.

Vuonna 2023 puolestaan muiden esteiden mukaisten tyydyttämättömien hoidontarpeiden erot maiden välillä havaittiin kaventuvan vuoteen 2014 nähden. Ääripäiden ero oli edelleen noin 10 prosenttia ja vuosien välinen keskiarvo laski 8,7 prosentista 5,2 prosenttiin. Belgiassa,

Espanjassa, Itävallassa, Portugalissa, Ranskassa, Ruotsissa, Sloveniassa ja Suomessa muista esteistä johtuvat tyydyttämättömät hoidontarpeet yli puolittuivat tarkasteluvuosien välillä. Muutamassa muussa maassa lasku oli maltillisempaa. Irlannissa, Liettuaassa, Puolassa ja Virossa tyydyttämättömät hoidontarpeet muiden esteiden takia taas hieman kasvoivat tarkasteluvuosien välillä, mutta vain marginaalisesti. Matalin taso havaittiin vuonna 2023 Isossa-Britanniassa ja korkein Sveitsissä.

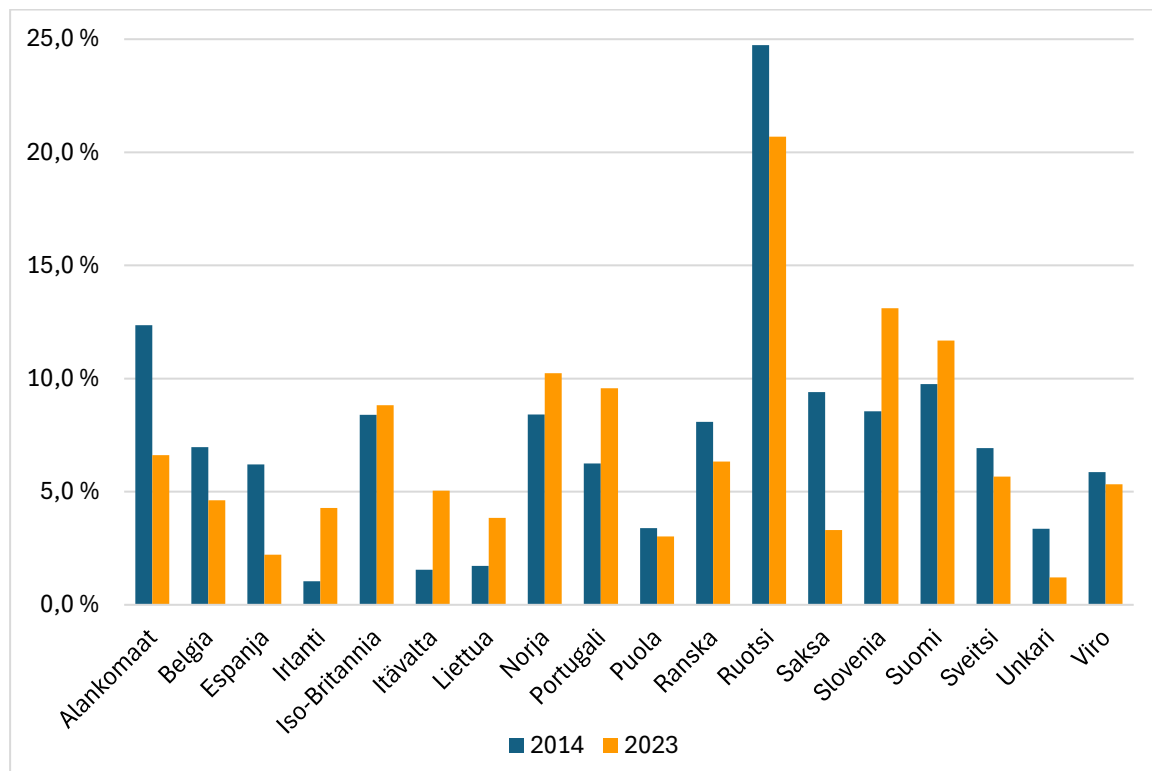


Kuvio 7 Osuus vastaajista maittain vuosina 2014 ja 2023, jotka ilmoittivat tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi viimeisen 12 kuukauden aikana sen, että oli muita esteitä.

Viimeisenä kuviossa 8 nähdään muusta syystä johtuvat tyydyttämättömät hoidontarpeet maittain vuosina 2014 ja 2023. Vuonna 2014 yli puolissa maista 5-10 prosenttia tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokeneista raportoivat niiden syyksi vielä jonkun muun, aiemmin tarkasteltujen lisäksi. Irlannissa osuus oli kaikista maista pienin. Myös Itävallassa, Liettuaassa, Puolassa ja Unkarissa osuus jäi matalaksi. Ruotsissa puolestaan jostain muusta syystä johtuvien tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso oli selkeästi muita maita korkeampi. Ruotsissa lähes neljännes vastaajista raportoi jonkun muun syyn esteenä hoitoon pääsylleen.

Myös vuonna 2023 kyseinen osuus oli edelleen selkeästi korkein Ruotsissa ja pienin puolestaan Unkarissa. Verrattuna vuoteen 2014, vuonna 2023 muusta syystä johtuvat tyydyttämättömät hoidontarpeet olivat laskeneet noin puolessa maista ja nousseet noin puolessa. Keskimäärin muutosta havaittiin muutaman prosentin verran suuntaan tai toiseen.

Tarkasteluvuosien välillä tapahtunut muutos oli siis kahdensuuntaista. Keskiarvon osalta muutos oli melko olematon, sen ollessa molempina vuosina noin 7 prosenttia.



Kuvio 8 Osuus vastaajista maittain vuosina 2014 ja 2023, jotka ilmoittivat tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyksi viimeisen 12 kuukauden aikana "muun syyn".

Kaikista seitsemästä syystä tyydyttämättömille hoidontarpeille se, että jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä sekä se, ettei aikoja ollut saatavilla, olivat kaikista yleisimmät. Molempina tarkasteluvuosina keskimäärin noin joka kolmas tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokenut, koki niitä näistä syistä. Kuten todettua, syiden mukaisesti tarkasteluihin liittyvä päällekkäisyyksiä, sillä jokainen tyydyttämättömiä hoidontarpeita raportoinut vastaaja raportoi kaikki ne syyt, joiden takia tyydyttämättömiä hoidontarpeita koki. Koska suurimmiksi syiksi tyydyttämättömille hoidontarpeille osoittautuivat ne, että jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä ja se, ettei aikoja ollut saatavilla, voidaan päätellä päällekkäisyyksiä esiintyneen ainakin näiden kahden syyn osalta.

Myös suurimmat yksittäiset maakohtaiset lukemat havaittiin näiden syiden osalta. Isossa-Britanniassa ajanvarausaikojen puute, oli ainakin yksi syy tyydyttämättömille hoidontarpeille joka toiselle niitä kokeneelle. Puolestaan pitkät hoitojonot oli Sloveniassa noin joka toisen tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokeneen siihen raportoima syy. Muiden syiden osalta havaittiin useita yksittäisiä maita, joissa tyydyttämättömät hoidontarpeet olivat tietyn syyn

takia keskimääräistä tasoa korkeammalla. Esimerkiksi vuonna 2014 Alankomaat erottui joukosta suurella osuudella niitä vastaajia, jotka kokivat tyydyttämättömiä hoidontarpeita siksi, ettei hoitoon ollut varaa. Samoin molempina tarkasteluvuosina erottui Unkari siksi, ettei tarvittavaa hoitoa ollut kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä. Puolestaan sen osalta, ettei vastaaja voinut olla pois töistä, oli kaikista maista Sveitsissä vuonna 2014 selkeästi eniten tyydyttämättömiä hoidontarpeita. Muiden esteiden takia tyydyttämättömiä hoidontarpeita puolestaan koettiin muihin maihin verrattuna eniten Sloveniassa, ja muun syyn takia Ruotsissa. Myös sen osalta, missä maassa havaittiin kunkin syyn osalta matalimmat tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasot, vaihteli. Tämä kuvastaa sitä, että eri maissa eri tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyt saivat selkeästi erilaisia painoarvoja hoitoon pääsemättömyyden selittäjinä. Tästä syystä voidaan myös ajatella, että yksittäisten korkeiden tai matalien osuuksien taustalla on eri maissa ja eri syiden osalta erilaisia niitä selittäviä tekijöitä. Näitä mahdollisia syitä pohditaan seuraavassa luvussa.

Maiden väliset erot niin syykohtaisesti, kuin tarkasteluvuosien välillä olivat siis suuria. Kaikista tyydyttämättömille hoidontarpeille esitetyistä syistä siinä, ettei aikoja ollut saatavilla, havaittiin suurimmat maiden väliset erot. Taloudellisista syistä, työesteistä sekä muista esteistä johtuvissa tyydyttämättömissä hoidontarpeissa havaittiin keskimääräistä laskua tarkasteluvuosien välillä. Tarkasteluvuosien välistä nousua puolestaan havaittiin pitkien hoitojonojen ja vapaiden aikojen puutteen sekä hoidon etäisyyden takia.

Tyydyttämättömien hoidontarpeiden syiden osalta, tulokset ovat osaltaan linjassa myös aiemman tutkimuksen kanssa. Aiemmissa tutkimuksissa tarkastellut tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyt ovat vaihdelleet ja eri tutkimuksissa on havaittu eroja eri syiden yleisyydessä. Euroopan maiden välisiä eroja tyydyttämättömiä hoidontarpeita selittävässä syissä on kuitenkin havaittu systemaattisesti (mm. Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Karanikolos ym. 2016; Kocot 2023; Kulhanova & Lustigova 2025). Monet tutkimukset ovat kuitenkin tarkastelleet kuitenkin vain yhtä maata (esim. Kert ym. 2015), jolloin maiden välisiä eroja ei voida osoittaa. Näissä sekä muissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu vaihtelua siinä, mitkä syyt korostuvat eniten tyydyttämättömien hoidontarpeiden taustalla eri maissa.

Esimerkiksi hoidon taloudellisten kustannusten on toistuvasti nähty olevan eniten tyydyttämättömiä hoidontarpeita selittävä syy (mm. Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Zavras ym. 2016; Popovic 2017; Kocot 2023), kun taas pitkät hoitojonot ovat korostuneet suurimpana syynä toisissa tutkimuksissa (Moran ym. 2021; Kulhanova & Lustigova 2025).

Myös etäisyyteen liittyvistä syistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita on havaittu aiemmin, joskaan ei suurimpana selittäjänä (mm. Karanikolos ym. 2016; Popovic 2017; Kocot 2023). Eri syiden osalta osa tuloksista on ollut linjassa tämän tutkielman tulosten kanssa, osa ei. Samoin on aiempien tulosten osalta liittyen tyydyttämättömien hoidontarpeiden syiden ajalliseen muutokseen. Samoin kuten tyydyttämättömien hoidontarpeiden yleisyyden osalta, monessa tyydyttämättömiä hoidontarpeiden syitä (esim. Moran ym. 2021) tarkastelevassa tutkimuksessa on tarkasteltu vain yhtä vuotta, jolloin ajallista muutosta ei ole voitu tarkastella. Yksittäisten tyydyttämättömien hoidontarpeiden syiden ajallisen kehityksen on havaittu vaihtelevan ajasta, paikasta ja tutkimusasetelmasta riippuen (Karanikolos ym. 2016; Zavras ym. 2016; Schneider & Devitt 2018). Siksi tulosten vertailussa on tässäkin tapauksessa tärkeä huomata tuloksiin vaikuttava aika- ja paikkasidonnaisuus. Tyydyttämättömien hoidontarpeiden syidenkin osalta ajallisen kontekstin vaikutusta pohditaan tarkemmin johtopäätöksissä.

Kun vielä tarkastellaan tyydyttämättömien hoidontarpeiden syitä maaryhmittäin Euroopan eri maantieteellisillä alueilla, ei maaryhmittäisiä yhtäläisyyksiä eri syiden osalta merkittävästi löydy, ja tulokset ovat pääasiassa maakohtaisia (Liite 1). Esimerkiksi Länsi-Euroopan maiden osalta, Isossa Britanniassa taloudellisten syiden ja vapaiden aikojen puutteen takia koetut tyydyttämättömät hoidontarpeet poikkeavat merkittävimmin muiden Länsi-Euroopan maiden lukemiin nähden. Pohjois-Euroopan maissa, Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa, puolestaan havaittavissa on yhtäläisyyksiä kolmen syyn osalta siinä, kuinka paljon syy selittää maissa koettuja tyydyttämättömiä hoidontarpeita. Näissä maissa osuudet siksi, ettei hoitoon ollut varaa, tarvittavaa hoitoa ei ollut kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä ja siksi, ettei vastaaja voinut olla pois töistä, olivat molempina tarkasteluvuosina samaa tasoa. Muiden syiden osalta havaittiin enemmän maakohtaisia eroja. Keski-Euroopan, Etelä-Euroopan ja Itä-Euroopan maissa syyt tyydyttämättömille hoidontarpeille olivat selkeästi maakohtaisia, eri syiden osalta vaihtelua oli paljon, eikä maaryhmittymien välisiä samankaltaisuuksia havaittu. Esimerkiksi Itä-Euroopassa Slovenian tulokset olivat muihin Itä-Euroopan maihin verrattuna kaikkien syiden osalta suhteellisen erilaiset.

### **5.3 Yksilötekijöiden yhteys tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin ja niiden syihin**

Luvun lopuksi tarkastellaan, ovatko yksilötason sosioekonomiset määrittäjät – tulotaso, koulutustaso ja työmarkkina-asema, tai demografiset määrittäjät – sukupuoli, ikä ja koettu

terveys, yhteydessä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin ja niiden syihin Euroopassa. Ensin tarkastellaan näiden yksilötason tekijöiden yhteyttä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin yleisesti siten, että analyysissa on mukana koko aineisto. Tämän jälkeen tarkastellaan yksilötason muuttujien yhteyttä viiteen tyydyttämättömiä hoidontarpeita selittävään syyhyyn. Nämä viisi syytä ovat – ei ollut varaa, jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä, ei vapaita aikoja, hoitoa ei ollut saatavilla kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä, ja ei voinut olla pois töistä. Syykohtaisissa tarkasteluissa analyysit ovat rajattu vain vastaajiin, jotka ovat kokeneet tyydyttämättömiä hoidontarpeita. Tarkastelut toteutetaan monitasoisen logistisen regressioanalyysin keinoin. Logistisen regression kertoimet kuvaavat kunkin selittävän muuttujan yhteyttä selitettävään muuttujaan niin, että mallin muiden selittävät muuttujien vaikutus on vakioitu. Näin voidaan siis tarkastella selittävien muuttujien itsenäistä yhteyttä selitettävään muuttujaan. Vakiointeja ei tämän jälkeen enää erikseen mainita tulosten analysoinnin yhteydessä.

Taulukossa 1 esitetään selittävien muuttujien, eli yksilötason määrittäjien yhteys tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin Euroopassa. Tulokset osoittavat, että tarkasteluvuosi selittää tyydyttämättömiä hoidontarpeita tilastollisesti erittäin merkitsevällä tavalla. Vuonna 2023 tyydyttämättömiä hoidontarpeita koettiin enemmän vuoteen 2014 verrattuna. Myös koetun toimeentulon nähdään selittävän tyydyttämättömiä hoidontarpeita mallissa. Mitä huonommaksi oma toimeentulo on koettu, sitä enemmän on myös tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksia. Sekä kohtalaiseksi että huonoksi oman toimeentulonsa kokevat kohtaavat tulosten perusteella siis enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita hyväksi oman toimeentulonsa kokeviin verrattuna. Koetun toimeentulon yhteys tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksiin on regressiomallissa tilastollisesti erittäin merkitsevä kaikilla toimeentulon tasoilla. Tulokset olivat linjassa myös aiemman tutkimuksen kanssa (mm. Cavalieri 2013; Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Elstad 2015; Connolly & Wren 2017; Popovic ym. 2017; Schneider & Devitt 2017; Ramos ym. 2019; Kocot 2023; Kullamaa & Reile 2023). Tulotason on osoitettu selittävän myös muiden yksilötason tekijöiden mukaisia eroja tyydyttämättömissä hoidontarpeissa (Israel 2016).

Myös koulutusvuosien määrä selittää tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksia. Tulokset osoittavat, että tyydyttämättömiä hoidontarpeita koetaan enemmän, kun toteutuneet koulutusvuodet lisääntyvät. Tulosten perusteella voidaan todeta, että korkeammin ja pidempään kouluttautuneet kokevat enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita matalammin koulutettuihin verrattuna. Koulutusvuosien määrän yhteys tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin

on myös tilastollisesti erittäin merkitsevä. Vastaavia tuloksia koulutuksen yhteydestä hoitoon pääsyn eriarvoisuuteen on saatu aiemminkin (esim. Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Smolic ym. 2022). Toisaalta osassa tutkimuksista koulutustason ei ole havaittu olevan yhteydessä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin (Cavalieri 2013; Ramos ym. 2019; Arnault ym. 2022; Kocot 2023), kun taas joissain tutkimuksissa korkeampi koulutustaso on vähentänyt niitä (Popovic ym. 2017; Kullamaa & Reile 2023). Aiempien tulosten vaihtelu viittaa siihen, ettei koulutuksen ja tyydyttämättömien hoidontarpeiden yhteys ole yksiselitteinen.

Tulokset työmarkkina-aseman yhteydestä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin ovat puolestaan eriäviä tilastollisen merkitsevyyden osalta. Työmarkkinoiden ulkopuolella oleminen on tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin työssäkäyviin verrattuna. Malli osoittaa työmarkkinoiden ulkopuolella olevien kokevan vähemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita työssäkäyviin verrattuna. Vastaavia tuloksia on saatu myös aiemmin (esim. Legido-Quigley ym. 2016; Popovic ym. 2017). Työttömyyden ei havaita olevan yhteydessä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin tilastollisesti merkitsevällä tavalla, mitä voidaan pitää yllättävänä.

Sukupuolen taas nähdään selittävän tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksia tilastollisesti erittäin merkitsevällä tavalla. Naisten havaitaan kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita miehiin verrattuna. Tulos on varsin linjassa myös aiemman kirjallisuuden kanssa (esim. Cavalieri 2013; Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Kert ym. 2015; Connolly & Wren 2017; Schneider & Devitt 2018; Ramos ym. 2019; Smolic ym. 2022; Kullamaa & Reile 2023; Maslyankov 2024; Rinne ym. 2025; Fakkela ym. 2026). Vastakkaisiakin tuloksia on kuitenkin esitetty (Popovic ym. 2017), joskin selkeästi harvemmin.

Myös iän nähdään selittävän tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksia tilastollisesti erittäin merkitsevällä tavalla. Regressiomalli osoittaa, että vanhemmat ihmiset kokevat vähemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita nuorempiin nähden. Toisin sanoen, kun ikää on enemmän, hoitoon pääsyn koetaan olevan helpompaa. Aiemmassa kirjallisuudessa tulokset ovat kuitenkin olleet ristiriitaisia. Tutkimuksissa, joissa ikää on tarkasteltu jatkuvana muuttujana, korkeamman iän on havaittu sekä lisäävän (Legido-Quigley ym. 2016) että vähentävän (Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Schneider & Devitt 2017) tyydyttämättömien hoidontarpeita. Myös ikäryhmittäiset tarkastelut ovat tuottaneet kahden suuntaisia tuloksia. Esimerkiksi havaittu nuorten ja yli 65-vuotiaiden kokevan vähemmän tyydyttämättömiä

hoidontarpeita 27–64- vuotiaisiin verrattuna (Popovic ym. 2017), ja tyydyttämättömien hoidontarpeiden on myös havaittu vähenevän vanhempiin ikäryhmiin siirryttäessä (Cavalieri 2013; Smolic ym. 2022). Lisäksi maiden välillä on havaittu eroja siinä, mikä ikäryhmä kokee eniten tyydyttämättömiä hoidontarpeita (Kocot 2023). Iän ja hoitoon pääsyn yhteydestä ei siis ole muodostunut selkeää tutkimuslinjaa.

Taulukko 1 Selittävien muuttujien yhteys tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin Euroopassa, vuodet 2014 ja 2023. Monitasoinen logistinen regressio, painotettu.

Hoitoon pääsy	Kerroin	Keskivirhe
ESS-kierros (ref. 7)		
Kierros 11	0,472***	0,077
Koettu toimeentulo (ref. Hyvä)		
Kohtalainen	0,290***	0,034
Huono	0,760***	0,046
Koulutusvuodet	0,041***	0,006
Työmarkkina-asema (ref. Työssäkäyvä)		
Työtön	0,038	0,093
Työmarkkinoiden ulkopuolella	-0,145**	0,053
Sukupuoli (ref. Mies)		
Nainen	0,294***	0,021
Ikä	-0,013***	0,002
Koettu terveys (ref. Hyvä)		
Kohtalainen	0,684***	0,054
Huono	1,082***	0,082
Pseudo R <sup>2</sup>	0,073	
Khiin neliö (Wald x2)	3103,20***	

p < 0,05\* p < 0,01\*\* p < 0,001\*\*\*

Viimeisenä myös koetun terveyden nähdään selittävän tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksia. Kohtalaiseksi tai huonoksi terveytensä kokevien on vaikeampi päästä tarvitsemaansa hoitoon verrattuna hyväksi oman terveytensä kokeviin. Koetun terveydenkin osalta tulokset ovat tilastollisesti erittäin merkitsevät kaikissa koetun terveyden luokissa. Tulokset osoittavat myös, että tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemukset lisääntyvät

asteittain koetun terveyden huonotessa. Tulos oli linjassa aiemman kirjallisuuden kanssa (mm. Cavalieri 2013; Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Elstad 2016; Connolly & Wren 2017; Schneider & Devitt 2018; Ramos ym. 2019; Moran ym. 2021).

Taulukossa 2 puolestaan esitetään yksilötason määrittäjien yhteys viiteen eri tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyhyn Euroopassa. Regressiomalli osoittaa tarkasteluvuoden selittävän kolmen tyydyttämättömän hoidontarpeen syytä tilastollisesti erittäin merkitsevästi. Tyydyttämättömiä hoidontarpeita siksi, että jono lääkäriin tai hoitoon oli liian pitkä ja, ettei vapaita aikoja ollut, koettiin enemmän vuonna 2023 vuoteen 2014 verrattuna. Puolestaan tyydyttämättömiä hoidontarpeita siksi, ettei voinut olla pois töistä, koettiin puolestaan vähemmän vuonna 2023 vuoteen 2014 verrattuna. Kahden muun syyn osalta tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tarkasteluvuoden hoitoon pääsyn välillä ei havaittu.

Hyväksi toimeentulonsa kokeviin verrattuna heillä, jotka kokevat toimeentulonsa kohtalaiseksi on enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita taloudellisten syiden takia. Huono koettu toimeentulo lisää tämän syyn takia koettuja tyydyttämättömiä hoidontarpeita entisestään. Nämä tulokset ovat myös tilastollisesti erittäin merkitseviä. Vastaavia tuloksia on saatu aiemminkin (esim. Zavras ym. 2016; Popovic ym. 2017). Toimeentulonsa hyväksi kokeviin verrattuna, kohtalaiseksi ja huonoksi toimeentulonsa kokevilla nähdään myös enemmän työesteistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita. Tämän syyn osalta tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä. Koetulla toimeentulolla ei puolestaan havaita tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin niistä syistä, että jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä, ei ollut vapaita aikoja ja hoitoa ei ollut saatavilla kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä.

Koulutusvuodet puolestaan selittävät tilastollisesti merkitsevästi tyydyttämättömiä hoidontarpeita vain taloudellisten syiden takia. Tämän syyn osalta regressiomalli osoittaa, että tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokevat enemmän ne yksilöt, joilla toteutuneita koulutusvuosia on enemmän, eli ne, jotka ovat korkeammin koulutettuja. Vastaavia tuloksia on saatu aiemminkin (esim. Legido-Quigley ym. 2016; Zavras ym. 2016), mutta myös vastakkaisia havaintoja on tehty. Esimerkiksi Popovic ym. (2017) havaitsivat matalammin koulutettujen kokevan enemmän taloudellisista syistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita. Muiden syiden osalta koulutusvuosien ei havaita selittävän tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksia tilastollisesti merkitsevästi. Tällaista vaihtelevaa merkitsevyyttä on havaittu toistuvan muissa aiemmissakin tutkimuksissa (esim. Cavalieri 2013).

Taulukko 2 Selittävien muuttujien yhteys tyydyttämättömien hoidontarpeiden syihin Euroopassa, vuodet 2014 ja 2023. Monitasoinen logistinen regressio, painotettu.

Syy tyydyttämättömille hoidontarpeille	Ei ollut varaa		Jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä		Ei vapaita aikoja saatavilla		Hoitoa ei ollut saatavilla kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä		Ei voinut olla pois töistä	
	Kerroin	Keski- virhe	Kerroin	Keski- virhe	Kerroin	Keski- virhe	Kerroin	Keski- virhe	Kerroin	Keski- virhe
ESS-kierros (ref. 7)										
Kierros 11	-0,258	0,161	0,349***	0,096	0,400***	0,099	0,209	0,134	-0,654***	0,107
Koettu toimeentulo (ref. Hyvä)										
Kohtalainen	0,818***	0,189	-0,016	0,065	0,002	0,061	0,101	0,137	0,209*	0,098
Huono	2,097***	0,216	0,007	0,124	-0,138	0,081	0,135	0,143	0,251*	0,118
Koulutusvuodet	0,026*	0,013	0,009	0,006	0,018	0,01	0,017	0,014	0,003	0,013
Työmarkkina- asema (ref. Työssäkäyvä)										
Työtön	0,678***	0,148	0,022	0,103	-0,278*	0,131	-0,037	0,235	-0,967***	0,178
Työmarkkinoiden ulkopuolella	0,247**	0,095	0,212***	0,055	-0,051	0,062	0,201*	0,099	-1,609***	0,122
Sukupuoli (ref. Mies)										
Nainen	0,287**	0,102	-0,113*	0,048	0,255***	0,053	0,187	0,101	-0,082	0,071
Ikä	-0,014***	0,002	0,006**	0,002	0,007***	0,001	0,007*	0,003	-0,024***	0,004
Koettu terveys (ref. Hyvä)										
Kohtalainen	0,243*	0,099	0,163**	0,054	0,066	0,067	0,236*	0,097	-0,127	0,081
Huono	0,445**	0,156	0,245**	0,081	0,006	0,088	0,652***	0,094	-0,284	0,188
Pseudo R2	0,118		0,038		0,041		0,064		0,095	
Khiin Neliö (Wald x2)	1184,71***		233,62***		721,72***		368,60***		348,24***	

p < 0,05\* p < 0,01\*\* p < 0,001\*\*\*

Työmarkkina-aseman taas nähdään selittävän tyydyttämättömiä hoidontarpeita jokaisen syyn osalta tilastollisesti merkitsevällä tavalla. Työttömien nähdään kokevan tyydyttämättömiä hoidontarpeita työssäkäyviä enemmän, siitä syystä, ettei hoitoon ollut varaa. Samoin on työmarkkinoiden ulkopuolella olevien kohdalla. Nämä tulokset ovat myös tilastollisesti erittäin merkitseviä. Tulokset ovat linjassa myös aiemman tutkimuksen kanssa, sillä sekä työttömien (esim. Zavras ym. 2016; Schneider & Devitt 2018; Rinne ym. 2025) että työmarkkinoiden ulkopuolella olevien (esim. Schneider & Devitt 2018) on osoitettu kokevan enemmän taloudellisista syistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita työssäkäyviin verrattuna. Puolestaan siitä syystä, ettei voinut olla pois töistä, työssäkäyvien havaitaan kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita työttömiin ja työmarkkinoiden ulkopuolella oleviin verrattuna, tilastollisesti erittäin merkitsevällä tavalla. Vastaavia tuloksia on saatu aiemmin tämänkin syyn osalta (Cavalieri 2013; Popovic ym. 2017).

Tulokset osoittavat myös, että työmarkkinoiden ulkopuolella olevat kokevat työssäkäyviä enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita tilastollisesti erittäin merkitsevällä tavalla siksi, että jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä, ja tilastollisesti merkitsevästi siksi, ettei hoitoa ollut saatavilla kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä. Työttömien osalta tilastollista merkitsevyyttä ei näiden syiden osalta havaittu. Verrattuna työssäkäyviin, työttömyyden havaitaan kuitenkin olevan tilastollisesti merkittävästi yhteydessä vähempään tyydyttämättömien hoidontarpeiden määrään siitä syystä, ettei vapaita aikoja ollut tarjolla. Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tämän syyn osalta ei löytynyt työmarkkinoiden ulkopuolella olevien ja työssäkäyvien väliltä.

Kun taas tarkastellaan yhteyttä sukupuolen ja tyydyttämättömien hoidontarpeiden syiden välillä, havaitaan tilastollisesti merkitsevä yhteys kolmen syyn osalta. Naiset kokevat enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita taloudellisista syistä ja siksi, ettei vapaita aikoja ollut. Näiden osalta tulokset ovat tilastollisesti erittäin merkitsevät. Vastaavia tuloksia taloudellisten syiden osalta on saatu myös aiemmin (mm. Portela & Fernandes 2014; Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Legido-Quigley ym. 2016) Puolestaan miesten nähdään kokevan tilastollisesti merkitsevästi enemmän hoitoon pääsyn haasteita siksi, että jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä. Tämä on ainut poikkeava tulos sukupuolen osalta. Ainakin parissa aiemmassa tutkimuksissa sukupuolen yhteys juuri pitkistä hoitojonoista johtuviin tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin on todettu tilastollisesti ei merkitseväksi (esim. Portela & Fernandes 2014; Legido-Quigley ym. 2016). Siksi vertailu siitä, onko samankaltaista poikkeavuutta tämän syyn osalta havaittu aiemmin, ei voida toteuttaa. Tässä

tutkimuksessa sen osalta, ettei voinut olla pois töistä ja sen osalta, ettei hoitoa ollut saatavilla kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä, ei tilastollisesti merkitsevää yhteyttä sukupuolen ja tyydyttämättömien hoidontarpeiden välillä havaittu.

Iän nähdään puolestaan selittävän tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksia jokaisen syyn osalta. Tulosten perusteella, enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita koetaan korkeamman iän takia kolmesta syystä. Nämä tulokset ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä siitä syystä, että jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä ja siksi, ettei vapaita aikoja ollut. Sen osalta, ettei tarvittavaa hoitoa ollut saatavilla kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä, tulos on tilastollisesti merkitsevä. Vastaavia tuloksia etäisyydestä johtuvista tyydyttämättömistä hoidontarpeista on saatu aiemminkin (esim. Kert ym. 2015; Legido-Quigley ym. 2016; Kocot 2023). Toisaalta myös päinvastaisia tuloksia on raportoitu, sillä esimerkiksi hoitajonoista johtuvien tyydyttämättömien hoidontarpeiden on havaittu myös vähenevän iän myötä (mm. Schneider & Devitt 2017; García-Corhero & Jiménez-Rubio 2022). Tätä taas voisi mahdollisesti selittää esimerkiksi se, että sellaisten ikääntyneiden hoitoon pääsyä saatetaan eri järjestelmissä priorisoida, joilla on monia sairauksia.

Vanhemmat ihmiset puolestaan kokevat vähemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita siitä syystä, ettei hoitoon ollut varaa ja siitä syystä, ettei voinut olla pois töistä. Näiden syiden osalta tulokset ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä. Taloudellisten syiden osalta, aiemmin on saatu ristikkäisiä tuloksia. Taloudellisista syistä johtuvien tyydyttämättömien hoidontarpeiden on havaittu sekä lisääntyvän (esim. Legido-Quigley ym. 2016; Krutilová 2016) että vähenevän (esim. Schneider & Devitt 2017) iän myötä. Eri Euroopan maiden välillä on lisäksi havaittu eroja siinä, korostuuko hoidon kustannuksista johtuvat esteet enemmän nuorilla vai vanhemmilla ikäryhmillä (Kocot 2023).

Viimeisenä koetun terveyden osalta se, ettei vapaita aikoja ollut ja, ettei voinut olla pois töistä, olivat ainoat syyt, jotka eivät olleet tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä hoitoon pääsyyn. Hyvän terveyden omaaviin verrattuna, kohtalaiseksi terveytensä kokevien havaitaan kohtaavan tilastollisesti merkitsevästi enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita siksi, ettei ollut varaa ja siksi, ettei hoitoa ollut saatavilla kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä. Tulokset olivat puolestaan tilastollisesti erittäin merkitseviä, kun enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita koettiin siksi, että jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä. Näiden kolmen syyn osalta myös huonon terveyden havaitaan selittävän hoitoon pääsyä tilastollisesti erittäin merkitsevästi. Lisäksi näiden kolmen syyn takia tyydyttämättömien hoidontarpeiden

kokemuksien nähdään lisääntyvän asteittain koetun terveyden heiketessä. Vastaavia tuloksia huonon terveyden ja taloudellisten syiden osalta on havaittu myös aiemmin (Israel 2016). Aiemmat tulokset etäisyyteen liittyvistä hoitoon pääsyn esteistä ovat myös linjassa tämän tutkielman tulosten kanssa (esim. Kert ym. 2015). Kaikkien kolmen syyn osalta vastaavia havaintoja ovat tehneet myös Cavalieri (2013) ja Popovic ym. (2017).

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkielmassa tarkasteltiin muun muassa hoitoon pääsyn eriarvoisuutta yksilötason määrittäjien mukaisesti. Saadut tulokset osoittavat, että tutkielmassa tarkastellut yksilötason hoitoon pääsyn määrittäjät selittivät tyydyttämättömiä hoidontarpeita ja niiden syitä Euroopassa. Tulosten perusteella tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokivat eniten toimeentulonsa huonoksi kokevat, korkeammin koulutetut, naiset, nuoremmat sekä huonoksi terveytensä kokevat. Työmarkkina-aseman osalta työssäkäyvät kokivat enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita työmarkkina-aseman ulkopuolella oleviin verrattuna. Tyydyttämättömien hoidontarpeiden syiden osalta tuloksissa nähtiin hajontaa ja kaikki yksilötekijät eivät esimerkiksi selittäneet kaikkia tyydyttämättömien hoidontarpeiden syitä. Tyydyttämättömien hoidontarpeiden taloudelliset syyt kuitenkin korostui selkeänä hoitoon pääsyn eriarvoisuuden määrittäjänä yksilötasolla. Yksilötason tuloksia ja niiden mahdollisia selityksiä pohditaan seuraavaksi vielä tarkemmin, minkä jälkeen siirrytään pohtimaan muiden tutkielman tulosten merkittävyyttä ja tulosten mahdollisia selityksiä.

Huonomman toimeentulon nähtiin siis selittävän tyydyttämättömiä hoidontarpeita, sekä taloudellisista ja työesteistä johtuvia hoitoon pääsyn esteitä. Näitä tuloksia toimeentulon osalta voitiin pitää varsin odotettavina, sillä heikompi toimeentulo merkitsee usein niukempia aineellisia resursseja, mikä voi rajata terveyspalveluiden käyttöä tai pakottaa terveyspalveluiden käyttöä tietyltä sektorilta. Toimeentulon tulokset tyydyttämättömien hoidontarpeiden (esim. Chaupain-Guillot & Guillot 2015) ja niiden taloudellisten syiden osalta olivatkin varsin linjassa aiemman tutkimuksen kanssa (esim. Zavras ym. 2016).

Matalampituloisten on havaittu myös kokevan enemmän taloudellisista syistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita, jos hoidon omakustanneosuudet ovat maassa korkeita (Kaminska & Wulfgramm 2018). Hoidon omakustanneosuuksien suuruus voikin selittää tulojen mukaisia tyydyttämättömiä hoidontarpeita sekä tulojen mukaisia taloudellisista syistä johtuvia hoitoon pääsyn esteitä eri tavoin eri maissa. Tätä ei kuitenkaan tämän tutkielman näkökulmasta pystytty tarkastelemaan. Tämä on kuitenkin tekijä, mikä olisi hyvä ottaa huomioon useammin hoitoon pääsyn eriarvoisuuden tarkasteluissa. Työesteiden osalta taas on esimerkiksi mahdollista, että matala toimeentulo estää töistä pois olemisen, vaikka hoidolle olisikin tarvetta. Tällöin hoitoon hakeutumisesta aiheutuva tulojen menetys voi olla yksilölle liian suuri ja siten selittää koettua estettä tarpeenmukaiselle hoidolle.

Tämän tutkielman perusteella korkeammin koulutetut taas kokivat enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita ja tyydyttämättömiä hoidontarpeita taloudellisten syiden takia. Muiden syiden osalta tilastollista merkitsevyyttä ei havaittu. Tätä koulutuksen vaihtelevaa merkitsevyyttä on havaittu toistuvan muissakin tutkimuksissa niin tyydyttämättömien hoidontarpeiden tai niiden syiden osalta (esim. Cavalieri 2013; Legido-Quigley ym. 2016; Zavras ym. 2016; Popovic ym. 2017; Schneider & Devitt 2017; Moran ym. 2021). Tämä luonnollisesti vaikeutti tulosten vertailua, mutta samalla osoittaa, että jatkotutkimukselle on koulutuksen osalta tarvetta.

Koulutustason ja hoitoon pääsyn eriarvoisuuden yhteydelle on kuitenkin esitetty useita mahdollisia selityksiä. Korkeammin koulutetuilla voi esimerkiksi olla enemmän aikarajoitteita, jotka johtavat lääkärikäyntien lykkäämiseen (Chaupain-Guillot & Guillot 2015), mikä voisi selittää tässä tutkielmassa saatuja tuloksia. Toisaalta korkeammin koulutettujen on esitetty työskentelevän useammin ammateissa, joiden joustavuuden pitäisi helpottaa hoitoon hakeutumista (García-Corhero & Jiménez-Rubio 2022). Tämän selityksen mukaan taas olisi voitu olettaa, että tässä tutkielmassa matalammin koulutettujen olisi havaittu kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita, mutta näin ei kuitenkaan ollut. Koulutustason ei myöskään havaittu selittävän työesteistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita tilastollisesti merkitsevästi tässä tutkielmassa, joten senkään osalta ei voida pohtia tämän selityksen merkittävyyttä. Näiden näkökulmien tarkempi huomiointi tulevaisuudessa voisi kuitenkin selkeyttää koulutustason ja tyydyttämättömien hoidontarpeiden yhteydestä saatavia tuloksia ja siten syitä kyseiselle yhteydellekin voitaisiin mahdollisesti selittää paremmin.

Yhtenä mahdollisena selityksenä voidaan pitää myös terveyslukutaitoja. Huonojen terveyslukutaitojen on havaittu vaikeuttavan esimerkiksi terveyspalveluiden hankkimista, kommunikointia ammattilaisten kanssa sekä omien terveystietojen ymmärtämistä. (Tzenios 2019). Korkeammin koulutetuilla terveyslukutaitojen on havaittu keskimäärin olevan paremmat kuin matalammin koulutetuilla (Sentell & Halpin 2006; Bayati ym. 2018), minkä perusteella heidän voisi olettaa kokevan vähemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita. Tämän tutkielman tulokset viittaavat kuitenkin siihen, ettei koulutuksen ja tyydyttämättömien hoidontarpeiden välistä yhteyttä voida selittää ainakaan yksin terveyslukutaitojen avulla, vaikka terveyslukutaitoja ei voitu tarkastella tässä tutkielmassa. Tällainen tarkempi tarkastelu olisi voinut osoittaa yhteyttä koulutusasteen, terveyslukutaitojen ja hoitoon pääsyn välillä ja

vastaava analysointi voisikin tulevaisuudessa auttaa ymmärtämään koulutuksen ja hoitoon pääsyn yhteyttä tarkemmin.

Tutkielman tulokset työmarkkina-aseman yhteydestä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin ja niiden syihin olivat kahden suuntaisia. Työmarkkinoiden ulkopuolella olevat kokivat vähemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita työssäkäyviin verrattuna. Vastaavia tuloksia on saatu myös aiemmin (esim. Legido-Quigley ym. 2016; Popovic ym. 2017). Yksi mahdollinen selitys voi olla se, että työmarkkinoiden ulkopuolella kuuluvasta ryhmästä esimerkiksi eläkeläisillä saattaa olla enemmän joustavuutta vastaanottoaikojen suhteen, mikä voisi helpottaa hoitoon pääsyä. Tätä tulkintaa tukee myös saatu tulos siitä, että työssäkäyvät kokivat enemmän työesteistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita, työttömiin ja työmarkkinoiden ulkopuolella oleviin verrattuna. Tulos on varsin ymmärrettävä, sillä työ toimii työssäkäyvillä selkeänä ajallisena rajoitteena hoitoon pääsulle.

Samansuuntaista pohdintaa tukee myös se, että työttömien havaittiin kokevan vähemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita työssäkäyviin verrattuna siksi, ettei vapaita aikoja ollut saatavilla. Työmarkkinoiden ulkopuolella olevien osalta tulos oli samanlainen, mutta ei tilastollisesti merkitsevä. Voidaankin ajatella, että työttömien ja työmarkkinoiden ulkopuolella olevien on helpompi hakeutua vastaanotolle esimerkiksi tavallisina työaikoina, jolloin hoitoon pääsy voi olla joustavampaa työssäkäyviin verrattuna.

Kaikki saaduista tuloksista eivät kuitenkaan tue tätä tulkintaa. Työmarkkinoiden ulkopuolella olevat kokivat työssäkäyviin verrattuna enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita tilastollisesti merkitsevästi siksi, että jono lääkäriin tai hoitoon oli liian pitkä. Tätä taas voisi selittää esimerkiksi se, miltä terveydenhuollon sektorilta palveluita käytetään.

Työmarkkinoiden ulkopuolella olevat, kuten eläkeläiset, käyttävät todennäköisesti enemmän julkista terveydenhuoltoa, jossa hoitojonot ovat usein pidempiä, kuin esimerkiksi työssäkäyvien käyttämässä työterveyshuollossa. Työmarkkinoiden ulkopuolella olevien on havaittu kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeiden myös aiemmin (esim. Schneider & Devitt 2018).

Työttömien ja työssäkäyvien välillä ei puolestaan havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasossa. Vastaavia tilastollisesti ei merkitseviä tuloksia on kuitenkin havaittu myös aiemmin (Schneider & Devitt 2018), vaikka osa tutkimuksista on osoittanut työttömien kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita työssäkäyviin

verrattuna (esim. Åhs & Westerling 2006; Rinne ym. 2025). Edellinen tulos oli hieman yllättävä, sillä esimerkiksi taloudellisten resurssien näkökulmasta eroa olisi voitu odottaa.

Kuitenkin taloudellisista syistä johtuvien tyydyttämättömien hoidontarpeiden osalta saadut tulokset olivat selkeät. Sekä työttömien että työmarkkinoiden ulkopuolella olevien havaittiin kokevan niitä enemmän työssäkäyviin verrattuna. Kuten edellä todettiin taloudellisten syiden osalta vastaavia tuloksia, on saatu myös aiemmin. Tämäkin tulos on varsin odotettava, sillä työssäkäyvillä on palkkatyön myötä todennäköisemmin paremmat taloudelliset resurssit hakeutua hoitoon ja selviytyä hoidon kustannuksista työttömiin ja muuten työmarkkinoiden ulkopuolella oleviin nähden.

Naisten havaittiin tämän tutkielman perusteella kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita miehiin verrattuna. Näin on todettu olevan myös aiemmin (esim. Chaupain-Guillot & Guillot 2015), vaikka yksittäisempiä vastakkaisiakin tuloksia on esitetty (Popovic ym. 2017). Tässä tutkielmassa havaittiin naisten kokevan enemmän myös taloudellisista syistä ja vapaiden aikojen puutteesta johtuvia tyydyttämättömien hoidontarpeita. Miehet puolestaan kokivat enemmän hoitoon pääsemättömyyttä pitkien hoitonojen takia.

Sukupuolen osalta on tehty havaintoja siitä, että maissa, joissa sukupuolten väliset palkkaerot ovat pienempiä, sukupuolten välinen eriarvoisuus hoitoon pääsyssä on suurempaa (Fakkel ym. 2026). Tämä havainto voi mahdollisesti näkyä tutkielman tuloksien taustalla maiden sisäisinä eroina, joskin tätä olisi pitänyt tarkastella tutkielmassa, jotta tarkkoja johtopäätöksiä voitaisiin vetää. Tällaisen näkökulman huomiointi voisi kuitenkin auttaa ymmärtämään sukupuolten välistä hoitoon pääsyn eriarvoisuutta syvemmin tulevaisuudessa.

Sukupuolten välisiä eroja voidaan pohtia myös niin sanotun terveysparadoksin (gender health paradox) avulla (Fakkel ym. 2026). Paradoksilla tarkoitetaan sitä, että naiset tyypillisesti raportoivat keskimäärin miehiä huonompaa koettua terveyttä, vaikka elävät keskimäärin pidempään. Tämän on esitetty liittyvän esimerkiksi siihen, että naiset ja miehet ymmärtävät ja arvioivat terveyttään eri tavoin. (Phillips ym. 2023.) Naiset hakeutuvat keskimäärin miehiä aktiivisemmin hoitoon ja käyttävät enemmän sekä ennaltaehkäiseviä että muita terveystalvituja. Sosiaaliset odotukset voivat puolestaan saada miehet lykkäämään hoitoon hakeutumista. (Golinelli ym. 2025.) Naisten on tunnistettu myös reagoivan ja analysoivan omia oireitaan tarkemmin ja olevan itsetietoisempia terveydestään miehiin verrattuna (Phillips ym. 2023). Onkin mahdollista, että naiset raportoivat enemmän tyydyttämättömiä

hoidontarpeita osittain siksi, että sukupuolten välillä on eroja siinä, miten oma terveydentila, hoidontarve ja siten myös tyydyttämättömät hoidontarpeet ymmärretään. Tulevaisuudessa sukupuolten välisiä eroja voisikin olla hyödyllistä tarkastella yhdistämällä itseraportoitujen tyydyttämättömien hoidontarpeiden yleisyyttä ja niitä koskevia käsityksiä, objektiivisten terveyspalveluiden käyttöä kuvaavien mittareiden kanssa.

Nuoremman iän nähtiin selittävän korkeampia tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksia. Kuten edellä esitettiin, on iän yhteys hoitoon pääsyyn monissa tapauksissa vaihdellut sen osalta, mikä ikäryhmä kokee eniten tyydyttämättömiä hoidontarpeita. Myös taloudellisista ja työesteistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita havaittiin enemmän nuorten osalta. Näiden kolmen tekijän mukaan siis tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemukset vähenivät iän noustessa. Taloudellisista syistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita on selitetty sillä, että ikääntyneiden on havaittu joutuvan käyttämään suhteellisesti enemmän toimeentulostaan hoitojen kustannuksiin nuorempaan ja työssäkäyvään väestöön verrattuna (Krutilová 2016). Tämän näkökulman perusteella tutkielmassa saatua tulosta taloudellisten kustannuksista johtuvista tyydyttämättömistä hoidontarpeista voidaan pitää yllättävänä. Ikääntyneempien pienempää taloudellisista syistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita voisi siten mahdollisesti selittää esimerkiksi erilaiset terveydenhuollon kustannusten helpotukset eri ryhmille, kuten ikääntyneille. Työesteiden osalta tulos on puolestaan ymmärrettävämpi, sillä eläkkeelle siirtymisen myötä työ ei luonnollisesti enää rajoita hoitoon hakeutumista, toisin kuin nuoremmalla väestöllä.

Puolestaan pitkistä hoitonoista, hoidon etäisyydestä sekä vapaiden aikojen puutteesta johtuvat tyydyttämättömät hoidontarpeet lisääntyivät iän noustessa. Näitä tuloksia voidaan pitää melko ymmärrettävinä, sillä ikääntyneiden voidaan nähdä käyttävän keskimäärin enemmän julkisen sektorin palveluita, joissa jonot hoitoon ovat tyypillisesti myös pidempiä. Lisäksi iän myötä vaikeutuva liikkuminen voi lisätä hoidon etäisyydestä johtuvia esteitä.

Kuten edellä todettiin, on iän ja hoitoon pääsyn eriarvoisuuden yhteydestä saatu paljon vastakkaisia tuloksia. Tämän yhteyden tarkastelussa voikin olla tarpeen huomioida muitakin tekijöitä, kuten sairastavuutta, sairausvakuutuksia tai sitä, onko maan terveydenhuoltojärjestelmässä ikääntyneille tarjottu esimerkiksi kustannushelpotuksia. On myös tunnistettu, että eri ikäryhmillä on erilaisia odotuksia hoitoa kohtaan, ja nuorempien korkeampien odotusten on havaittu olevan yhteydessä suurempaan tyytymättömyyteen

saadusta hoidosta (Cavalieri 2013). Näiden tekijöiden tarkempi huomiointi voisi tulevaisuudessa syventää ymmärrystä iän ja hoitoon pääsyn välisestä yhteydestä.

Viimeisenä yksilötason määrittäjänä tässä tutkielmassa tarkasteltiin koettua terveyttä. Saadut tulokset olivat selkeät. Koetun terveyden asteittain huonontuessa, tyydyttämättömien hoidontarpeiden määrä lisääntyi. Myös aiemmat tulokset tukevat saatua tulosta (esim. Elstad 2016). Tulos on myös varsin odotettava. Huonon terveyden yhteyttä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin voidaan selittää esimerkiksi sillä, että huonon terveyden takia hoidontarpeita on enemmän ja toistuvammin, jolloin myös hoidon lykkäämistä tai siitä luopumista koskevia päätöksiä joudutaan tekemään useammin (Chaupain-Guillot & Guillot 2015).

Tässä tutkielmassa huonoksi terveytensä kokevat raportoivat enemmän myös taloudellisista syistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita. Tulosta voidaan pitää odotettuna, sillä huono terveydentila voi lisätä hoidon tarvetta ja samalla hoidosta aiheutuvia kustannuksia, jolloin yksilö voi joutua priorisoimaan hoitojaan taloudellisten resurssien rajallisuuden takia. Samanlainen yhteys havaittiin myös pitkien hoitojonojen ja hoidon etäisyyden osalta. Näitäkin tuloksia voidaan pitää odotettuina, sillä huono terveydentila voi vaikeuttaa liikkumista ja siten hoitopaikkaan pääsyä, etenkin jos välimatkat ovat pitkät. Lisäksi tyydyttämättömien hoidontarpeiden voidaan nähdä pahentavat jo valmiiksi huonoksi koettua terveyttä entisestään (Cavalieri 2013), mikä voi siten aiheuttaa lisää esteitä hoitoon pääsulle.

Yksilötason määrittäjien lisäksi tässä tutkielmassa tarkasteltiin, onko Euroopan maiden välillä eroja tyydyttämättömien hoidontarpeiden ja niiden syiden perusteella vuosina 2014 ja 2023. Tulokset olivat yksiselitteisiä, sillä hoitoon pääsyn eriarvoisuutta havaittiin kaikissa tutkielman 18 Euroopan maassa. Maiden välillä havaittiin tarkasteluvuosina myös selkeitä eroja. Tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasot vaihtelivat maiden välillä vuonna 2014 4 prosentista yli 22 prosenttiin, ja vuonna 2023 7 prosentista yli 25 prosenttiin. Molempina tarkasteluvuosina maiden väliset erot olivat suurimmillaan lähes 20 prosenttia. Saadut tulokset olivat linjassa aiemman tutkimuksen kanssa. Euroopan maiden välisiä eroja tyydyttämättömien hoidontarpeiden yleisyydessä on havaittu toistuvasti (mm. Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Elstad 2016; Karanikolos ym. 2016; Krutilová 2016; Ramos ym. 2019; Gutium & Gojaeva 2023; Kocot 2023; Maslyankov 2024; Fakkell ym. 2026). Sekä tämän tutkielman tulokset että aiemmat havainnot tukevat käsitystä siitä, että hoitoon pääsyn eriarvoisuus on Euroopassa merkittävä maittain vaihteleva ilmiö.

Tyydyttämättömien hoidontarpeiden syissä havaittiin niin ikään selkeitä maiden välisiä eroja vuosina 2014 ja 2023. Pitkät hoitojonot ja se, ettei vapaita aikoja ollut saatavilla, olivat niistä yleisimmät, sillä keskimäärin noin joka kolmas tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokenut raportoi niitä näiden kahden syyn takia. Osassa maista osuudet olivat tätäkin korkeampia. Näiden syiden osalta voidaan havaita myös limittyneisyyttä. Toisin sanoen sama henkilö on voinut raportoida pitkistä hoitojonoista ja vapaiden aikojen puutteesta, sekä mahdollisesti vielä muistakin syistä johtuvia tyydyttämättömiä hoidontarpeita.

Muiden viiden syyn osalta tasot olivat keskimäärin matalampia, mutta maiden välisiä eroja havaittiin silti selkeästi. Suurimmat erot havaittiin siinä, ettei vapaita aikoja ollut saatavilla. Ne olivat vuonna 2014 yli 45 prosenttia ja vuonna 2023 lähes 40 prosenttia. Vuonna 2014 yli 30 prosentin erot maiden ääripäiden välillä havaittiin hoidon taloudellisten syiden ja pitkien hoitojonojen takia. Muiden syiden osalta maiden ääripäiden erot olivat keskimäärin 10 ja 25 prosentin välillä. Kun taas pienimmät, reilun 6 prosentin, maiden ääripäiden väliset erot havaittiin vuonna 2023 siitä syystä, ettei voinut olla pois töistä. Tuloksia tulkittaessa on kuitenkin huomioitava, että syykohtaiset tasot kuvaavat tietyn maan osuutta kaikista sen maan tyydyttämättömistä hoidontarpeista. Sama prosenttiosuus eri maissa saattaa hyvin tarkoittaa eri suuruista havaintomäärää, vaikka osuus on suhteellisesti sama molemmissa maissa. Saadut tulokset ovat osittain linjassa aiempien tulosten kanssa. Kuten jo todettiin, aiemmissä tutkimuksissa tarkastellut tyydyttämättömien hoidontarpeiden syyt ovat vaihdelleet ja eri tutkimuksissa on havaittu eroja eri syiden yleisyydessä. Euroopan maiden välisiä eroja tyydyttämättömiä hoidontarpeita selittävässä syissä on kuitenkin havaittu systemaattisesti (mm. Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Karanikolos ym. 2016; Kocot 2023; Kulhanova & Lustigova 2025).

Maiden välisten erojen lisäksi, tässä tutkielmassa oltiin kiinnostuneita siitä, olivatko tyydyttämättömät hoidontarpeet ja niiden syyt yleistyneet vai vähentyneet Euroopan maissa vuosien 2014 ja 2023 välillä. Tyydyttämättömien hoidontarpeiden osalta saatu tulos oli selkeä. Hoitoon pääsyyn liittyvä eriarvoisuus lisääntyi, Puolaa lukuun ottamatta, kaikissa maissa. Monessa maassa kasvu oli myös selkeää ja muutamassa maassa osuus lähes kaksinkertaistui. Tyydyttämättömien hoidontarpeiden lisääntyminen ilmeni myös vuosien välisenä keskiarvon nousuna ja korkeiden tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasojen yleistymisenä. Tyydyttämättömien hoidontarpeiden syiden osalta taas kehitys oli kaksisuuntaista. Taloudellisten syiden, työesteiden ja muiden esteiden osalta tyydyttämättömissä hoidontarpeissa havaittiin keskimääräistä laskua tarkasteluvuosien välillä.

Tarkasteluvuosien välistä keskimääräistä nousua puolestaan havaittiin pitkien hoitojonojen, vapaiden aikojen puutteen ja hoidon etäisyyden takia.

Ajallisen muutoksen osalta tulokset ovat osittain linjassa aiemman tutkimuksen kanssa. Tyydyttämättömien hoidontarpeiden on kuitenkin aiemmissa tutkimuksissa havaittu ajallisesti sekä lisääntyneen (mm. Elstad 2016; Zavras ym. 2016; Legido-Quigley ym. 2016; Schneider & Devitt 2018; Torfs ym. 2021) että vähentyneen (mm. Karanikolos ym. 2016; Gutium & Gojaeva 2023) eri maissa ja eri aikoina. Myös yksittäisten tyydyttämättömien hoidontarpeiden syiden ajallista kehityksen on havaittu vaihtelevan ajasta, paikasta ja tutkimusasetelmasta riippuen (Karanikolos ym. 2016; Zavras ym. 2016; Schneider & Devitt 2018).

Ei siis varsinaisesti ole tarkoituksenmukaista arvioida syvemmin, ovatko aiemmat tutkimukset olleet yhdenmukaisia tässä tutkielmassa havaitun ajallisen muutoksen kanssa. Olennaisempaa on pohtia, miksi eri aikoina ja eri maissa on havaittu erilaisia tuloksia tyydyttämättömissä hoidontarpeissa ja, mistä maiden väliset erot voivat mahdollisesti johtua. Euroopan yhteiskuntia on viimeisen noin parinkymmenen vuoden aikana muokannut moni tekijä, joilla voi olla vaikutusta tämän tutkielman tuloksiin. Yksi keskeinen tekijä oli vuoden 2008 finanssikriisi ja sitä seurannut lama-aika, joka toi monelle Euroopan valtiolle paineita tasapainottaa julkista taloutta muun muassa terveydenhuollon säästöillä ja leikkauksilla (Torfs ym. 2021). Taloudellisesti vaikeiden aikojen nähtiin jatkuvan pitkään ja esimerkiksi EU-alueen talouden nähtiin nousevan lamaa edeltävälle tasolle vasta vuonna 2017 (Szczepanski 2019).

Laman ja sitä seuranneiden vuosien aikana hoitoon pääsyn eriarvoisuuden havaittiinkin lisääntyneen monissa Euroopan maissa (Karanikolos ym. 2016; Elstad 2016; Zavras ym. 2016; Schneider & Devitt 2018; Torfs ym. 2021). Tyydyttämättömien hoidontarpeiden kasvun on myös havaittu olleen voimakkaampaa maissa, joissa terveydenhuoltoon kohdistettiin enemmän säästötoimia lama-aikaan (Torfs ym. 2021). Esimerkiksi Portugalissa tyydyttämättömät hoidontarpeet yli kaksinkertaistuivat vuosina 2010–2012 maan voimakkaan talouskriisin ja terveydenhuollon leikkausten seurauksena (Legido-Quigley ym. 2016). Lama-aikana koetun työn menetyksen on myös osoitettu lisäävän tyydyttämättömiä hoidontarpeita, ja taloudellisten vaikeuksien vahvistaneen tätä yhteyttä entisestään. Huomionarvoisesti niissä maissa, joissa hoidon omavastuuosuudet olivat pienet, ei työn menetys johtanut yhtä usein tyydyttämättömien hoidontarpeiden kokemuksiin. (Madueira-Lima ym. 2018).

On myös havaintoja esimerkiksi siitä, että lama-aikaan terveydenhuollon palveluiden hintoja nostettiin (Legido-Quigley ym. 2016), minkä takia taloudelliset syyt korostuivat vahvimpana tyydyttämättömien hoidontarpeiden selittäjänä (mm. Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Israel 2016; Karanikolos ym. 2016; Zavras ym. 2016; Schneider & Devitt 2018). Yksilötason määrittäjien osalta esimerkiksi matalatuloisten on havaittu kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita lama-aikaan (Chaupain-Guillot & Guillot 2015). Näiden havaintojen voidaan nähdä selittyvän muun muassa sillä, että lamasta johtuvan elintason laskun on huomattu nostavan terveydenhuoltomaksujen omakustanneosuuden suuruuden suhteellista painoarvoa alempituloisten budjeteissa. Tämän on siten nähty myös heikentävän tiettyjen ryhmien mahdollisuutta terveyspalveluiden käyttöön ja hoitoon pääsyyn. (Torfs ym. 2021.) On myös varsin odotettua, että taloudellisesti vaikeiden aikojen vaikutuksien on nähty osuvan erityisesti huonommassa sosioekonomisessa asemassa oleviin ryhmiin.

Toisaalta on kuitenkin havaittu, että on valtiosta ja toteutetuista toimenpiteistä ja säästötoimien kohdentamisesta kiinni, miten tämänkaltaisen terveyspalveluiden kustannusten nousut vaikuttavat eri väestöryhmiin ja heidän mahdollisuuksiinsa päästä hoitoon. Joissain tutkimuksissa tyydyttämättömät hoidontarpeet korostuivat erityisesti matalapalkkaisilla ja vakuuttamattomilla yksilöillä (Zavras ym. 2016), kun taas toisissa tutkimuksissa on havaittu, että tiettyjä ryhmiä suojattiin erilaisilla tukijärjestelmillä, kuten alimmille tuloluokille, kuten työttömille ja ikääntyneille, keskitettyjen etuuskorttien, kuten sairaanhoitokorttien ja lääkärikäyntikorttien avulla. Tällöin tyydyttämättömät hoidontarpeet painottuivat eniten korkeimpiin ja keskimmäisiin tuloluokkiin. (Schneider & Devitt 2018; Torfs ym. 2021.) Myös työssäkäyvien on havaittu lama-aikaan kokevan enemmän tyydyttämättömiä hoidontarpeita työmarkkinoiden ulkopuolella oleviin ryhmiin verrattuna, juuri säästötoimenpiteiden kohdennuksien takia (Legido-Quigley ym. 2016). Kohdennettujen säästötoimien voidaan nähdä selittävän sitäkin, miksi eri lama-ajan tutkimuksissa eri yksilötason määrittäjien mukaisissa tuloksissa eniten tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokevista sosioekonomisista ryhmistä on havaittu vaihtelua (mm. Chaupain-Guillot & Guillot 2015; Zavras ym. 2016; Legido-Quigley ym. 2016; Elstad 2016; Schneider & Devitt 2017; Madueira-Lima 2018).

Lama-ajan vaikutukset voivatkin osaltaan selittää myös tämän tutkielman tuloksia, erityisesti vuoden 2014 osalta. Esimerkiksi Portugalin korkea tyydyttämättömien hoidontarpeiden taso kyseisenä vuonna saattoi edelleen heijastaa maahan voimakkaasti vaikuttaneen laman ja terveydenhuollon säästöjen seurauksia. Samanlaista heijastusta voi näkyä vuoden 2014 tuloksissa maissa, joissa lama vaikutti erityisen suuresti tai, joissa vaikutukset olivat

pitkäaikaisia. Lama voi selittää myös taloudellisten syiden takia koettujen tyydyttämättömien hoidontarpeiden korkeaa tasoa osassa maista vuonna 2014. Vuonna 2023 maiden erot olivat tasaantuneet selvästi ja osuudet vähentyneet, joissain maissa jopa puolittuneet. Tämä voi viitata siihen, että lama-ajan vaikutukset palveluiden saavutettavuuteen olisivat vähitellen lieventyneet, vaikka kriisin aikaisilla säästötoimilla oli todennäköisesti pitkäaikaisia vaikutuksia terveydenhuollon rakenteisiin ja hoidon kustannuksiin.

Myös koronapandemian on havaittu vaikuttaneen hoitoon pääsyyn monissa Euroopan maissa (esim. Smolic ym. 2022) ja sen voidaan nähdä olevan yhteydessä myös tämän tutkielman tuloksiin. Vuoden 2020 pandemiaksi todettu tauti kuormitti voimakkaasti monien maiden terveydenhuoltojärjestelmien kestävyttä (Smolic ym. 2022). Tässä tutkielmassa tyydyttämättömien hoidontarpeiden havaittiin lisääntyneen lähes kaikissa maissa vuosien 2014 ja 2023 välillä, minkä voidaan osittain nähdä liittyvän pandemia vaikutuksiin.

Korona pakotti maita kohdistamaan terveydenhuollon resursseja uudelleen kasvaneiden hoidontarpeiden takia (Arnault ym. 2022). Koronatestauksella, karanteeneilla, maskien käytöllä ja erilaisilla poikkeusoloilla, kuten väliaikaisilla sulkutiloilla tai liikkumisrajoituksilla koitettiin hillitä taudin leviämistä. Eri maissa eri toimenpiteitä toteutettiin eri tavoin, minkä takia myös tehokkuus vastata ja selvitä kriisistä vaihteli eri Euroopan maissa (Lupu & Tiganasu 2022). Näiden erojen voidaan osaltaan nähdä vaikuttaneen siihen, miksi tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasot olivat tarkasteluvuosina nousseet sekä siihen, miksi tasot vaihtelivat maiden välillä 2023.

Tässä tutkielmassa pitkistä hoitajajonoista ja vapaiden aikojen puutteesta johtuvien tyydyttämättömien hoidontarpeiden yleisyys oli molempina vuosina korkealla ja ne lisääntyivät vuosien 2014 ja 2023 välillä. Näiden tulosten ja tämän ajallisen kehityksen taustalla voidaan nähdä sekä lama-ajan että koronapandemian vaikutuksia. Finanssikriisin jälkeiset säästötoimet ovat voineet heikentää palveluiden saatavuutta, kun terveystarpeiden suuruus ei ole kohdannut palveluiden tarpeen määrää. Terveystarpeita ei ole taloustilanteen takia välttämättä pystytty kasvattamaan vuosiin kriisin jälkeenkään, mikä on voinut näkyä näistä syistä johtuvissa tyydyttämättömien hoidontarpeiden tasoissa vuonna 2014.

Samankaltaiset vaikutukset voidaan nähdä myös koronan ja vuoden 2023 osalta. Korona velkautti Euroopan maita entisestään ja, vaikka terveydenhuollon resursseja lisättiin, niitä ohjattiin vahvasti koronapotilaiden hoitoon, koronatestaukseen ja rokotuksiin. Näiden kulujen ja näihin tarvittavan henkilöstön voidaan nähdä olevan olleen pois muulta terveydenhuollolta

ja aiheuttaneen hoitovelkaa. Terveysthuollon kuormitusta on vielä entisestään vahvistanut Euroopan väestön ikääntyminen, matalan syntyvyyden ja väestön keski-ikäen ripeä nousu myötä. Ikääntyvä väestö tarkoittaa kasvavaa määrää ikääntyneitä, jotka tarvitsevat enemmän terveystalveluita samalla, kun terveysthuoltoa verovaroin rahoittavan työikäisen väestön osuus pienenee. (Hurjui & Hurjui 2018.) Koronapandemian, hoitovelan ja väestön ikääntymisen muutosten yhteisvaikutukset voivatkin selittää, miksi pitkistä hoitajonoista ja vapaiden aikojen puutteesta johtuvat tyydyttämättömät hoidontarpeet lisääntyivät lähes kaikissa maissa vuosien 2014 ja 2023 välillä.

Puolestaan työesteistä johtuvien tyydyttämättömien hoidontarpeiden vähentyminen vuosien 2014 ja 2023 välillä voi myös liittyä korona-ajan jälkivaikutuksiin. Etätöiden yleistyminen ja niiden tuoma joustavuus sekä korona-ajan madaltama kynnyks sairauspoissaoloille, voivat selittää, miksi työesteistä johtuvat tyydyttämättömät hoidontarpeet vähenivät tarkasteluvuosien välillä. Korona-aikana osa ihmisistä myös vältteli hoitoon hakeutumista tartuntapelon takia, suunniteltuja hoitoja lykättiin eteenpäin (Arnault ym. 2021) ja hoitoja saatettiin evätä (Tavares 2022). Taloudellisesti heikommassa asemassa olevien (Arnault ym. 2021) ja huonoksi oman terveystensä kokevien (Tavares 2022) havaittiin välttelleen hoitoa muita useammin juuri koronatartuntapelon takia.

Laman, koronapandemian, väestön ikääntymisen sekä niiden vaikutusten voidaan nähdä selittävän tämän tutkielman edellä kuvatuin tavoin, vaikka niiden tarkempaa yhteyttä tuloksiin ei erikseen tarkasteltu. Oletettu yhteys perustuu siihen, että näillä ilmiöillä on oma vaikutuksensa terveystalveluiden saatavuustekijöihin (ks. 2.3) sekä terveysthuoltojärjestelmään (ks. 2.4). Euroopan terveysthuoltojärjestelmillä on eri maissa omat erityispiirteensä ja eroja maiden välillä on esimerkiksi palveluiden alueellisessa jakautumisessa, hoidon hinnoissa tai terveystmenojen suuruuksissa, mitkä vaikuttavat siihen, kuinka helposti palveluihin pääsee. Maiden järjestelmien väliset erot ovat voineet vahvistua entisestään laman tai koronan aikana tehtyjen terveysthuollon säästötoimien myötä. Erilaiset toimet eri maissa ovat siten vaikuttaneet palveluiden saatavuuteen positiivisesti tai negatiivisesti.

Terveysthuoltojärjestelmien erilaisuus ja niiden vaikutus hoitoon pääsyyn on tärkeä huomioida, vaikka niitä ei tarkemmin tutkielmassa tarkasteltukaan. Tiedetään, että terveystpalvelujärjestelmän rakenteet voivat esimerkiksi ylläpitää tai luoda uusia terveysteroja, olemassa olevien kaventamisen sijasta. Terveystpalveluiden saatavuutta ja käyttöä onkin

oikeudenmukaisuustavoitteen takia tärkeää tarkastella. Palvelujen kohdentuminen kertoo, miten tasa-arvoisesti palvelut jakautuvat, kun taas saatavuuden ja laadun tarkastelu on keskeistä yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Palveluiden tarpeenmukaisen kohdentumisen ja terveysterojen välisen yhteyden on myös arvioitu kasvavan, sillä sairauksien hoidon ja varhaisen toteamisen kehitys, kansantautien hoitotulosten paraneminen sekä lääketieteen teknologian kehitys ovat kasvattaneet terveyspalvelujärjestelmän vaikutusmahdollisuuksia väestön terveyteen. (Manderbacka ym. 2017.)

Laman ja koronapandemian vaikutukset hoitoon pääsyyn osoittavat myös laajemmin, että erilaisilla yhteiskunnallisilla tilanteilla ja poliittisilla ratkaisuilla on yhteys hoitoon pääsyn eriarvoisuuteen. Esimerkiksi elintason heikkeneminen ja yksilöiden resurssien vähentyminen, terveydenhuollon leikkaukset ja palveluiden supistaminen voivat kaikki heikentää palveluiden saatavuutta eri tavoin. Torfs ym. (2021) toteavatkin, että erilaisten politiikkatoimenpiteiden, kuten terveystenon leikkausten, yhteys hoitoon pääsyn eriarvoisuuteen on tärkeä huomioida, sillä tarpeenmukaisen hoidon alikulutus voi johtaa keskipitkällä aikavälillä vältettävissä oleviin sairaalajaksoihin ja terveyden heikkenemiseen. Nämä negatiiviset vaikutukset voivat taas heikentää elämänlaatua ja laskea elinajanodotetta, samalla lisäten terveydenhuollon nettokustannuksia pitkällä aikavälillä (Torfs ym. 2021).

Myös terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuuden kannalta on merkityksellistä, millaisista politiikkatoimista päätetään, sillä esimerkiksi laman aikana toteutettavien terveydenhuollon säästötoimenpiteiden on havaittu vaikuttavan tuloryhmien väliseen hoitoon pääsyn eriarvoisuuteen. Toimien kohdistuessa koko väestöön saattaa leikkauksien vaikutuksista kärsiä enemmän esimerkiksi yhteiskunnan alimmat tuloluokat, kun taas toimenpiteitä kohdistamalla näitä ryhmiä pystytään suojelemaan toimenpiteiden pahimmilta vaikutuksilta. Tällaisten kohdistettujen politiikkatoimenpiteiden avulla voidaankin vähentää tai jopa ylittää tuloerojen yleistä vaikutusta hoitoon pääsyyn. (Torfs ym. 2021.)

Poliittiset toimenpiteet, joilla pyritään vaikuttamaan palveluiden saatavuuden ulottuvuuksiin, voivatkin kohdistua usein terveydenhuollon järjestelmätasoon. Esimerkkejä tällaisista toimenpiteistä ovat universaalien terveydenhuollon kattavuuden parantaminen, terveydenhuoltojärjestelmää koskevien lakien ja valvonnan täytäntöönpano, terveydenhuollon valtionrahoituksen lisääminen ja terveydenhuollon henkilöresurssien huomiointi, infrastruktuurin parantaminen, palveluntarjoajien lisääminen alipalveluilla alueilla ja

maaseudulla, sekä pyrkimys terveystaloudellisten kustannusten vähentämiseen. (Tzenios 2019.)

Tässä tutkielmassa havaittiin myös tiettyjä rajoituksia. Aineistoa rajoittaa ensinnäkin, ettei se mahdollistanut sen tarkastelua, kuinka monta kertaa vastaajat olivat kokeneet tyydyttämättömiä hoidontarpeita viimeisen 12 kuukauden aikana kokeneet tai kuinka usein eri syyt olivat niiden taustalla. Toisena, kuten onkin jo tuotu esiin, aineistoa rajoittaa sekin, ettei se myöskään mahdollistanut sen analysointia, minkä kaikkien syiden takia vastaaja on raportoinut tyydyttämättömiä hoidontarpeita kokeneensa tai sitä, onko syiden määrässä koettu vuoden aikana vaihtelua. Tästä syystä tutkielma kuvaakin ennen kaikkea tyydyttämättömien hoidontarpeiden esiintyvyyttä, ei niiden volyymia, mikä voi osaltaan johtaa hoitoon pääsyn eriarvoisuuden tason aliarviointiin. Näiden volyymitekijöiden huomiointi tulevaisuudessa voisi syventää tyydyttämättömien hoidontarpeiden tarkastelua niin maakohtaisesti kuin yksilötason tekijöiden näkökulmasta.

Kolmantena aineiston rajoitteena voidaan pitää sen subjektiivisuutta. Ei voida tietää varmuudella, miten vastaajat eri maissa ja eri aikoina ovat ymmärtäneet tyydyttämättömät hoidontarpeet tai millaiset tilanteet sellaisiksi nähdään. Subjektiivisuus saattaa aiheuttaa vinoumaa datassa, mutta on kuitenkin epäselvää, missä määrin tämän kaltainen vinouma on todellisuudessa ongelma (Karanikolos ym. 2016). Itseraportoidut tyydyttämättömät hoidontarpeet voivat myös aliarvioida todellisia hoitoon pääsyn haasteita, sillä esimerkiksi vakavien sairauksien kohdalla useimmat ihmiset saavat hankittua hoitoa tavalla tai toisella riippumatta hoitoon liittyvistä kuluista, hoidon saavutettavuudesta esimerkiksi pitkän välimatkan näkökulmasta, koska hoidosta pidättäytyminen ei ole mahdollista. Tällaisessa tilanteessa yksilö ei ehkä ole vastatessaan raportoinut tyydyttämättömistä hoidontarpeista, riippumatta siitä, että hoitoon pääsy todellisuudessa on ollut todella haasteellista. (Elstad 2016.)

Vinoumaa aineistoon saattaa aiheuttaa myös se, että taloudellisesti vaikeampina aikoina, yksilöt saattavat mukauttaa käsityksiään omista tarpeistaan suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin. Tätä tukee subjektiivisen suhteellisen deprivaaation teoria (subjective relative deprivation theory), joka olettaa, että esimerkiksi taloudellisen taantuman aikana yksilöt mukauttavat mieltymyksiään suhteessa tilanteeseensa nähden. Tämä tarkoittaa, että ne, joiden taloudelliset resurssit pienenevät muuttavat ”ei ole varaa” mielipiteensä ”en halua” mielipiteeseen, jotta voivat suojella itseään epärealistisilta tavoitteilta. Vaikka teoriaa on

tarkasteltu vain suhteessa kulutustavaroiden hankintaan, samalla ajatusmallin muutoksella voisi olla yhteys siihen, miten yksilö käsittää omat terveydenhuollon palveluiden tarpeensa, mikä voisi johtaa tyydyttämättömien hoidontarpeiden määrien aliarviointiin. (Torfs ym. 2021.) Tämän teorian testaaminen voisikin olla myös kiinnostava jatkotutkimuksen kohde.

Tutkielman lähes kymmenen vuoden tarkasteluväli saattaa myös muodostaa rajoitteen. Koska ajallista muutosta tarkasteltiin pidemmältä ajalta, on esimerkiksi mahdollista, että tyydyttämättömät hoidontarpeet ovat tarkastelujakson aikana ensin vähentyneet ja koronapandemia myötä jälleen lisääntyneet. Tällaista tarkempaa kehitystä ei kuitenkaan voitu näiden kahden poikkileikkausvuoden perusteella tarkastella.

Tämän tutkielman tulokset siis osoittivat, että hoitoon pääsyn eriarvoisuutta esiintyy Euroopassa. Yksilötason määrittäjien perusteella matalamman toimeentulon, korkeammin koulutettujen, työssäkäyvien, nuorempien, naisten ja huonoksi terveystensä kokevien havaittiin kokevan eniten tyydyttämättömiä hoidontarpeita. Tyydyttämättömien hoidontarpeiden syiden osalta vaihtelua oli enemmän. Lisäksi maiden välillä havaittiin huomattavia eroja niin tyydyttämättömien hoidontarpeiden yleisyydessä kuin niiden syissä. Ajallisesti tarkasteltuna tyydyttämättömien hoidontarpeiden havaittiin myös kasvaneen lähes kaikissa tutkielman maissa vuosien 2014 ja 2023 välillä.

Tulosten tarkastelu kuitenkin osoitti, ettei tyydyttämättömien hoidontarpeiden yhteys niitä selittäviin tekijöihin ole yksiselitteinen. Aiemmissa tutkimuksissa yksilötason määrittäjien yhteyksissä tyydyttämättömiin hoidontarpeisiin on havaittu ristiriitaisia tuloksia, ja myös tässä tutkielmassa eri tekijöiden merkittävyys vaihteli. Eri tutkimuksissa saatujen tuloksien vaihtelua voivat selittää esimerkiksi tutkimusten erilaiset ajalliset ja maantieteelliset kontekstit, aineistot, tutkimusasetelmat sekä käytetyt mittarit. Hoitoon pääsyn eriarvoisuuden ilmiö voi näyttäytyä eri tavoin, eri maissa, eri ajankohtina ja erilaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä, minkä vuoksi tulosten vertailussa on muistettava tiettyä varovaisuutta.

Tutkielman tulosten taustalla voidaan nähdä myös laajempia yhteiskunnallisia ja ajallisia tekijöitä. Tässä tutkielmassa pohdittiin erityisesti vuoden 2008 finanssikriisin, koronapandemian, väestön ikääntymisen sekä terveydenhuoltojärjestelmien erojen mahdollista yhteyttä saatuihin tuloksiin. Näiden tekijöiden voidaan nähdä vaikuttavan esimerkiksi palveluiden saatavuuden, kustannusten, hoitovelan ja resurssien riittävyyden

näkökulmista. Samalla on kuitenkin todettava, ettei tämän tutkielman perusteella voida osoittaa suoria syy-yhteyksiä tyydyttämättömien hoidontarpeiden ja näiden ilmiöiden välillä, sillä ne eivät varsinaisesti olleet tutkielman keskiössä. Esitetyt tulkinnat ovat siten osittain spekulatiivisia, vaikka aiempi tutkimus tukee niiden mahdollista merkitystä.

Näiden tekijöiden tarkempi arviointi olisi vaatinut syvempää maakohtaista analyysia esimerkiksi maakohtaisista terveydenhuoltojärjestelmien rakenteista, palveluiden rahoituksesta, palveluiden saatavuudesta sekä poliittisista muutoksista. Lisäksi tarkemmassa analyysissä olisi pitänyt huomioida muita hoitoon pääsyyn yhteydessä olevia tekijöitä, kuten sairastavuutta, sairausvakuutuksen kattavuutta sekä terveystalouden objektiivista käyttöä. On toki huomionarvoista, että kaikkien hoitoon pääsyyn mahdollisesti vaikuttavien näkökulmien huomioiminen kerralla yhdessä tutkimuksessa on myös lähes mahdotonta. Tämän tutkielman tuloksien vertailussa aiempiin tuloksiinkin huomattiin, että huolimatta tutkimuksien laajasta määrästä, tuloksien vertailua hankaloitti lukuisat toisistaan poikkeavat tutkimusasetelmat. Tulevaisuuden tulosten vertailua helpottamaan tarvitaan siis toistuvampien ja laajempien aineistojen keräystä, jotta saadaan keskenään vertailukelpoisempia tutkimustuloksia. Tämä on tärkeää, jotta hoitoon pääsyn eriarvoisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä saadaan tarkempaa käsitystä tulevaisuudessa.

Kokonaisuudessaan tutkielma osoittaa, että hoitoon pääsyn eriarvoisuus on Euroopassa monitahoinen ja ajallisesti muuttuva ilmiö, johon vaikuttavat samanaikaisesti niin yksilötason, järjestelmätason sekä yhteiskunnallisen tason tekijät. Tulokset osoittavat tarvetta tarkastella hoitoon pääsyä jatkossa entistä monipuolisemmin sekä yksilöiden että terveydenhuoltojärjestelmien näkökulmista, jotta terveystalouden yhdenvertainen saatavuus toteutuisi.

## Lähteet

Aaltonen, K., Kotimäki, S., Salonen, L., & Tenhunen, E. (2020), Terveyserot. *Eriarvoisuuden tila Suomessa 2020. Toim. Maija Mattila*, 65–90.

Allin, S., & Masseria, C. (2009). Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth*, 15(3), 7–10.

Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51(1), 95–124. <https://doi.org/10.2307/3349613>

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of health and social behavior*, 1–10.

Annandale, E., Harvey, J., Cavers, D., & Dixon-Woods, M. (2007). Gender and access to healthcare in the UK: a critical interpretive synthesis of the literature. *Evidence & Policy*, 3(4), 463–486. <https://doi.org/10.1332/174426407782516538>

Arnault, L., Jusot, F. & Renaud, T. (2021). Social inequalities in access to healthcare among the population aged 50+ years during the COVID-19 pandemic in Europe. SHARE Working Paper Series 58-2021. <https://doi.org/10.17617/2.3289765>

Arnault, L., Jusot, F. & Renaud, T. (2022). Economic vulnerability and unmet healthcare needs among the population aged 50 + years during the COVID-19 pandemic in Europe. *European Journal of Ageing* 19, 811–825 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00645-3>

Bayati, T., Dehghan, A., Bonyadi, F., & Bazrafkan, L. (2018). Investigating the effect of education on health literacy and its relation to health-promoting behaviors in health center. *Journal of education and health promotion*, 7(1), 127. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_65\\_18](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_65_18)

Blank, R. H., Burau, V., & Kuhlmann, E. (2017). Comparative health policy. Bloomsbury Publishing, 5<sup>th</sup> edition.

Buse, K., Mays, N., Colombini, M., Fraser, A., Khan, M., & Walls, H. (2023). Making health policy. McGraw Hill, 3<sup>rd</sup> edition.

Calderón-Jaramillo, M., Zueras, P. Cared and uncared populations: understanding unmet care needs of older adults (65+) across different social care systems in Europe. *European Journal of Ageing* 20(11), . <https://doi.org/10.1007/s10433-023-00760-3>

Carr, W., & Wolfe, S. (1979). Unmet needs as sociomedical indicators. In *Sociomedical health indicators* , 33-46. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315223711>

Cavalieri, M. Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. *International Journal of Health Geographics*, 12(27).  
<https://doi.org/10.1186/1476-072X-12-27>

Chaupain-Guillot, S., & Guillot, O. (2015). Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 16(7), 781–796.  
<https://doi.org/10.1007/s10198-014-0629-x>

Connolly, S., & Wren, M. A. (2017). Unmet healthcare needs in Ireland: Analysis using the EU-SILC survey. *Health policy*, 121(4), 434-441.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.02.009>

Ellonen, N. (2006). Monitasoanalyysit ja niiden soveltaminen sosiaalitieteissä. *Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 14(2), 127-138.

Elstad, J. I. (2016). Income inequality and foregone medical care in Europe during the Great Recession: multilevel analyses of EU-SILC surveys 2008–2013. *International journal for equity in health*, 15, 1-11.

Euroopan unioni. (2016). Sopimus Euroopan unionin toiminnasta. Saatavilla: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=celex:12016ME/TXT> Luettu 1.4.2025

Euroopan unioni. (2012). Euroopan unionin perusoikeuskirja. Saatavilla: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT> Luettu 1.4.2025

European Social Survey. (n.d.). About ESS. <https://www.europeansocialsurvey.org/about-ess> Luettu 16.4.2026.

European Social Survey. (n.d.). Weighting.  
<https://www.europeansocialsurvey.org/methodology/ess-methodology/data-processing-and-archiving/weighting> Luettu 20.4.2026

European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2014) ESS round 7 – 2014 integrated file, edition 2.3 [data set]. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. [https://doi.org/10.21338/ess7e02\\_3](https://doi.org/10.21338/ess7e02_3).

European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2023) ESS round 11 – 2023 integrated file, edition 4.1 [Data set]. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. [https://doi.org/10.21338/ess11e04\\_1](https://doi.org/10.21338/ess11e04_1).

Fakkell, M., Ustenko, V., Witt, S., Veenstra, J., & Bhavani, R. R. (2026). Gender disparities in healthcare access persist even in more equitable societies: A multilevel assessment across 29 countries. *Health Policy*, 166. <https://doi.org/10.36004/nier.es.2023.2-05>

García-Corcheró, J. D., & Jiménez-Rubio, D. (2022). Waiting times in healthcare: equal treatment for equal need?. *International journal for equity in health*, 21(1), 184. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01799-x>

Golinelli, D., Sanmarchi, F., Guarducci, G., Palombarini, J., Benetti, P., Rosa, S., & Lenzi, J. (2025). Gender differences in healthcare utilization across Europe: Evidence from the European Health Interview Survey. *Health Policy*, 162. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2026.105579>

Gutium, T., & Gojaeva, E. (2023). Determinants of unmet healthcare needs in the European Union countries. *Economy and Sociology*, (2), 45–56. <https://doi.org/10.36004/nier.es.2023.2-05>

Hartlev, M. (2013). Equal access to healthcare on a non-discriminatory basis-reality or aspiration. *European Journal of Health Law*, 20, 343-346.

Hurjui, I., & Hurjui, C. M. (2018). Population aging and the influence on healthcare spending. *Romanian Journal of Legal Medicine*, 26(4), 453-456.

Israel, S. (2016). How social policies can improve financial accessibility of healthcare: a multi-level analysis of unmet medical need in European countries. *International journal for equity in health*, 15(1), 41.

Kalánková, D., Stolt, M., Scott, P A., Papastavrou, E., & Suhonen, R. (2020). Unmet care needs of older people: A scoping review. *Nursing Ethics*, 28(2) 149–178. <https://doi.org/10.1177/0969733020948112>

Kaminska, M. E., & Wulfgramm, M. (2019). Universal or commodified healthcare? Linking out-of-pocket payments to income-related inequalities in unmet health needs in Europe. *Journal of European Social Policy*, 29(3), 345-360.

<https://doi.org/10.1177/0958928718774261>

Kallio, J. (2006). Koettu terveys ja terveydellinen tasa-arvo kuudessa hyvinvointivaltiossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 43(3).

Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä, L., & Junna, L. (2018). Tulotason mukaiset terveyserot. Suomalaisten hyvinvointi 2018. Toim. Laura Kestilä ja Sakari Karvonen, 101–119.

Karanikolos, M., Gordeev, V. S., Mackenbach, J. P. & McKee, M. (2016). Access to care in the Baltic States: did crisis have an impact? *European Journal of Public Health*, Volume 26, Issue 2, 236–241, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv205>

Kert, S., Švab, I., Sever, M., Makivić, I., & Pavlič, D. R. (2015). A cross-sectional study of socio-demographic factors associated with patient access to primary care in Slovenia. *International Journal for Equity in Health*, 14(39), 1-9.

<https://doi.org/10.1186/s12939-015-0166-y>

Kocot, E. (2023). Unmet Health Care Needs of the Older Population in European Countries Based on Indicators Available in the Eurostat Database. *Healthcare*, 11(19), 2692.

<https://doi.org/10.3390/healthcare11192692>

Kozuń-Cieślak, G., & Zdražil, P. (2021). Efficiency of healthcare systems in the European Union states: Who performs better: Bismarckians or Beveridgeans? *European Research Studies Journal*, 24(s4), 397–411.

<https://www.um.edu.mt/library/oar/handle/123456789/107266>

Krutilová, V. (2016). Unmet need for healthcare – A serious issue for European Elderly? *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 220, 217-225.

<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.487>

Kulhanova, I., & Lustigova, M. (2025). Insights into prevalence and key determinants of unmet healthcare needs in Europe. *European Journal of Public Health*, 35(4).

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf161.1603>

Kullamaa L. & Reile, R. (2023). Socio-demographic and regional differences in unmet healthcare needs among migrants in Europe. *PLoS ONE* 18(5): e0285886.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285886>

Lahelma, E., Rahkonen, O., Koskinen, S., Martelin, T., & Palosuo, H. (2007).

Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. *Terveysten eriarvoisuus Suomessa: sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.. Toim. Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen, Eila Linnanmäki*, 25–41.

Legido-Quigley, H., Karanikolos, M., Hernandez-Plaza, S., de Freitas, C., Bernardo, L., Padilla, B., Machado, R. S., Diaz-Ordaz, K., Stuckler, D., & McKee, M. (2016). Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal.

*Health Policy*, 120(7), 833–839. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.009>

Leppo, K. (2013). Terveyspolitiikan lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti.

*Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Toim. Marita Sihto, Hannele Palosuo, Päivi Topo, Lauri Vuorenkoski ja Kimmo Leppo (Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2013)*, 86–102.

Levesque, J. F., Pineault, R., Hamel, M., Roberge, D., Kapetanakis, C., Simard, B., & Prud'homme, A. (2012). Emerging organisational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-based survey in Quebec province. *BMC family practice*, 13(1), 66. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-66>

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Madureira-Lima, J., Reeves, A., Clair, A., & Stuckler, D. (2018). The Great Recession and inequalities in access to health care: a study of unemployment and unmet medical need in Europe in the economic crisis. *International Journal of Epidemiology*, 47(1), 58–68.

<https://doi.org/10.1093/ije/dyx193>

Manderbacka, K., Häkkinen, U., Nguyen, L., Pirkola, S., Ostamo, A., & Keskimäki, I. (2007). Terveyspalvelut. *Terveysten eriarvoisuus Suomessa: sosioekonomisten terveyserojen*

*muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.. Toim. Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Elisa Hyvönen, Eila Linnanmäki, 179–196.*

Manderbacka, K., Arffman, M., Aalto, A-M., Muuri, A., Kestilä, L., & Häkkinen, U. (2017). Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. THL, Helsinki.

Maplethorpe, N., Darton, R., & Wittenberg, R. (2015). Social care: need for and receipt of help. *Health Survey for England, 1*. Saatavilla: <https://kar.kent.ac.uk/88786/1/5148.pdf>

Maslyankov, I. (2024). Unmet needs in Southeastern Europe: a systematic review. *The Journal of Medicine Access, 8*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/27550834241255838>

Moran, V., Suhrcke, M., Ruiz-Castell, M., Barré, J., & Huiart, L. (2021). Investigating unmet need for healthcare using the European Health Interview Survey: a cross-sectional survey study of Luxembourg. *BMJ Open* 2021;**11**:e048860. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048860>

Nummenmaa, L. (2004). *Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Tammi.

Orzechowski, M., Nowak, M., Bielińska, K., Chowaniec, A., Doričić, R., Ramšak, M., Łuków, P., Muzur, A., Zupanič-Slavec, Z., & Steger, F. (2020). Social diversity and access to healthcare in Europe: How does European Union’s legislation prevent from discrimination in healthcare? *BMC Public Health, 20*(1), 1399. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09494-8>

Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the new York Academy of Sciences, 1136*(1), 161–171.

Phillips, S. P., O’Connor, M., & Vafaei, A. (2023). Women suffer but men die: Survey data exploring whether this self-reported health paradox is real or an artefact of gender stereotypes. *BMC public health, 23*(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15011-4>

Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: a causal review. *Social science & medicine, 128*, 316–326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>

- Popovic, N., Terzic-Supic, Z., Simic, S., & Mladenovic, B. (2017). Predictors of unmet health care needs in Serbia; Analysis based on EU-SILC data. *PLoS One*, *12*(11), e0187866. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187866>
- Portela, M. D. C. C., & Fernandes, A. C. (2014). Gender and healthcare accessibility in Europe. *Journal of Hospital Administration*, *3*(6), 163–173. <https://doi.org/10.5430/jha.v3n6p163>
- Ramos, L. M., Quintal, C., Lourenço, Ó., & Antunes, M. (2019). Unmet needs across Europe: disclosing knowledge beyond the ordinary measure. *Health Policy*, *123*(12), 1155-1162.
- Regidor, E., Martínez, D., Calle, M. E., Astasio, P., Ortega, P., & Domínguez, V. (2008). Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. *BMC health services research*, *8*(1), 183. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-183>
- Rinne, H., & Blomgren, J. (2023). Use of outpatient healthcare services before and after the onset of unemployment: A register-based propensity score matched study from Finland. *PLoS One*, *18*(8), e0288423. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288423>
- Rinne, H., Sihvonen, A. P., Väisänen, V., Leemann, L., & Aalto, A. M. (2025). Unmet need for healthcare services among unemployed people – Findings from a national survey in Finland. *BMC Health Services Research*, *25*(1), 1616. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13765-8>
- Schneider, S. M., & Devitt, C. (2018). Accessing healthcare in times of economic growth and economic downturn: evidence from Ireland. *Journal of European Social Policy*, *28*(4), 357-369. <https://doi.org/10.1177/0958928717739240>
- Sentell, T. L., & Halpin, H. A. (2006). Importance of adult literacy in understanding health disparities. *Journal of general internal medicine*, *21*(8), 862-866. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00538.x>
- Sihto, M. (2016). Terveysten edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalis-rakenteellinen ja kolmas tie. *Teoksessa: Terveysten edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Toim. Marita Sihto & Sakari Karvonen. Teema*, *24*, 12–37.

Smolic, S., Cipin, I., & Medimurec, P. (2022). Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. *European Journal of Ageing*, 19(4), 793–809.

<https://doi.org/10.1007/s10433-021-00631-9>

Szczepanski, M. (2019). Briefing. A decade on from the crisis: Main responses and remaining challenges. *European Parliamentary Research Service*. Saatavilla:

[https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS\\_BRI\(2019\)642253](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI(2019)642253) Luettu

8.5.2026

Tavares, A.I. (2022). Older Europeans' experience of unmet health care during the COVID-19 pandemic (first wave). *BMC Health Services Research* 22,182.

<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07563-9>

Tefft, N., & Kageleiry, A. (2014). State-level unemployment and the utilization of preventive medical services. *Health services research*, 49(1), 186-205. [https://doi.org/10.1111/1475-](https://doi.org/10.1111/1475-6773.12091)

[6773.12091](https://doi.org/10.1111/1475-6773.12091)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2026). Hyvinvointi- ja terveyserot.

[https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-](https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointi-ja-terveyserot)

[johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointi-ja-terveyserot](https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointi-ja-terveyserot) Päivitetty 17.2.2026. Luettu

30.3.2026

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024). Keskeisiä käsitteitä.

[https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-](https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointi-ja-terveyserot/keskeisia-kasitteita)

[johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointi-ja-terveyserot/keskeisia-kasitteita](https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointi-ja-terveyserot/keskeisia-kasitteita) Päivitetty

27.5.2024. Luettu 18.2.2026

Tilastokeskus. (n.d). Sosioekonominen asema. Saatavilla:

[https://stat.fi/meta/kas/sosioekon\\_asema.html](https://stat.fi/meta/kas/sosioekon_asema.html) Luettu 30.3.2026

Torfs, L. (2021). Expenditure Cuts and Access to Healthcare Under the Great Recession in Europe: Income Groups Are Unequally Affected. *International Journal for Equity in Health*, 20, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01412-7>

Townsend P, Davidson N, (1982). Inequalities in Health. The Black Report. toim. Penguin Books, Harmondsworth.

Tzenios, N. (2019). The determinants of access to healthcare: a review of individual, structural, and systemic factors. *Journal of Humanities and Applied Science Research*, 2(1), 1-14.

Wagner, A. K., Graves, A. J., Fan, Z., Walker, S., Zhang, F., & Ross-Degnan, D. (2013). Need for and access to health care and medicines: Are there gender inequities?. *PLoS One*, 8(3), e57228. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057228>

World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Saatavilla: <https://iris.who.int/handle/10665/349652> Luettu 1.2.2026

Yhdistyneet kansakunnat. (1948). Ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus. Saatavilla: <https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2021/03/udhr.pdf> Luettu 1.2.2026

Yhdistyneet kansakunnat. (1966). Taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien sopimus. Saatavilla: [https://treaties.un.org/doc/treaties/1976/01/19760103%2009-57%20pm/ch\\_iv\\_03.pdf](https://treaties.un.org/doc/treaties/1976/01/19760103%2009-57%20pm/ch_iv_03.pdf) Luettu 1.2.2026

Yhdistyneet kansakunnat. (2000). Yleiskommentti nro 14, Oikeus parhaaseen mahdolliseen terveydentilaan (Taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen sopimuksen 12 artikla. Saatavilla: <https://digitallibrary.un.org/record/425041?v=pdf> Luettu 10.3.2026

Zavras, D., Zavras, A. I., Kyriopoulos, I. I., & Kyriopoulos, J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC health services research*, 16, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1557-5>

Åhs, A. M. H., & Westerling, R. (2006). Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health policy*, 78(2-3), 178-193. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.10.010>

## Liitteet

### Liite 1. Syyt tyydyttämättömille hoidontarpeille 18 Euroopan maassa, maaryhmittäin vuosina 2014 ja 2023.

Maa-ryhmät	Maa	Ei ollut varaa		Jono lääkärille tai hoitoon oli liian pitkä		Ei vapaita aikoja saatavilla		Hoitoa ei ollut saatavilla kotipaikkakunnalla tai sen läheisyydessä		Ei voinut olla pois töistä		Oli muita esteitä		Muu syy	
		2014	2023	2014	2023	2014	2023	2014	2023	2014	2023	2014	2023	2014	2023
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Länsi-Eurooppa	Alankomaat	33,7	13,2	15,7	41,9	11,2	16,2	7,9	8,1	10,1	6,6	9,0	7,4	12,4	6,6
	Belgia	17,9	11,0	26,9	40,2	15,4	24,9	3,0	5,0	16,4	8,9	13,4	5,3	7,0	4,6
	Irlanti	19,3	7,6	37,5	39,1	25,0	34,6	4,2	5,5	8,9	4,0	4,2	4,9	1,0	4,3
	Iso-Britannia	3,5	2,9	17,6	25,5	52,3	52,7	4,6	5,5	9,5	2,5	4,1	2,0	8,4	8,8
	Ranska	19,6	4,6	20,1	25,5	22,8	47,7	2,7	4,9	14,7	8,3	12,0	2,7	8,1	6,3
Pohjois-Eurooppa	Norja	3,7	3,3	32,2	30,1	29,9	38,6	7,5	6,3	11,7	5,7	6,5	5,7	8,4	10,2
	Ruotsi	3,1	3,4	20,1	28,4	24,2	27,6	7,7	7,3	9,3	7,3	10,8	5,2	24,7	20,7
	Suomi	4,0	6,9	29,5	31,5	32,6	32,0	7,1	7,4	8,9	6,6	8,2	4,1	9,8	11,7
Keski-Eurooppa	Itävalta	5,4	7,4	24,8	29,6	34,9	34,3	7,8	14,1	12,4	4,7	13,2	4,7	1,6	5,1
	Saksa	7,3	4,7	25,9	29,3	30,5	42,4	5,1	8,7	14,0	6,8	7,8	4,8	9,4	3,3
	Sveitsi	16,8	10,6	13,9	27,0	21,8	29,1	2,0	6,4	23,8	8,5	14,9	12,8	6,9	5,7
Etelä-Eurooppa	Espanja	11,2	5,7	33,3	46,4	25,6	33,5	1,2	1,3	17,1	8,5	5,4	2,4	6,2	2,2
	Portugali	18,0	7,9	21,3	30,7	30,1	37,0	1,8	6,6	11,4	5,0	11,0	3,3	6,3	9,6
Itä-Eurooppa	Liettua	11,5	4,4	29,8	37,6	30,7	38,5	14,6	8,0	8,9	3,3	2,9	4,4	1,7	3,8
	Puola	4,0	5,0	38,7	31,7	32,8	38,2	10,4	10,1	5,1	6,0	5,7	6,0	3,4	3,0
	Slovenia	6,0	4,9	46,2	50,0	6,8	13,1	5,1	5,8	9,4	4,9	17,9	8,3	8,5	13,1
	Unkari	10,1	6,6	33,6	41,3	21,5	27,1	18,1	16,0	7,4	4,2	6,0	3,6	3,4	1,2
	Viro	5,0	3,8	43,6	41,4	32,2	32,2	7,3	8,3	4,0	3,6	4,0	5,3	5,9	5,3