



Terveys- ja hyvinvointierot tänään – onko eriarvoisuutta?

Sakari Karvonen, tutkimusprofessori

Sosiaalipolitiikan tutkimusyksikkö

24.10.2019

Hyvinvointi- ja terveyserot sitkeässä

- Alkuvuodesta 2019 julkaistun Suomalaisten hyvinvointi 2018 –teoksen mukaan väestöryhmien välisiä hyvinvointieroja esiintyy kaikilla siinä tarkastelluilla osa-alueilla: niin elinoloissa, terveydessä kuin koetussa hyvinvoinnissakin
 - teos vapaasti verkossa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/137498>
- Selviä jakolinjoja myös palvelujen käytössä, palveluihin liittyvissä väestön kokemuksissa ja asenteissa
- Eroja mm. sosioekonomisen aseman (koulutus, tulot, ammattiasema), pääasiallisen toiminnan, sukupuolen ja etnisen taustan mukaan
- Hyvinvoinnissa ja terveydessä myös sitkeitä alueellisia eroja
- Terveydessä ja hyvinvoinnissa havaitut väestöryhmien väliset erot pysyviä
 - Vaikka useat poliittiset ohjelmat ovat tähdänneet erojen kaventamiseen viime vuosikymmeninä



Eriarvoisuus ja sen kehitys?

- Kaikki havaitut erot eivät ole eriarvoisuutta
- Eriarvoisuutta erot, joiden olemassa oloon voidaan rakenteellisin toimin vaikuttaa
- Eriarvoisuuden muodot (Therborn 2014):
 - elämänehtojen eriarvoisuus (ravinto, terveys, toimintakyky)
 - eksistentiaalinen eriarvoisuus (syrjintä, hierarkiat, kunnioitus)
 - resurssien eriarvoisuus (raha, koulutus, verkostot)
- Useita eriarvoisuuden eri muodoista avautuvia näkökulmia:
 - väestössä esiintyvät hyvinvointi- ja terveyserot
 - syrjintä ja yhdenvertaisuuden puuttuminen lain edessä
 - taloudellinen eriarvoisuus (köyhyys, tuloerot)
- Eriarvoisuuden kehityksen arvioiminen ei ole yksinkertaista!
 - Karvonen Sakari & Kestilä Laura: Kasvaako eriarvoisuus? (THL blogi 23.5.2019, <https://blogi.thl.fi/lisaantyyko-eriarvoisuus-vai-ei/>)

Eriarvoisuus ilmiölähtöisesti

- Eriarvoisuuden ja sen kehityksen arvioiminen kokonaisuutena vaatii useiden erityyppisten tietolähteiden ja myös näkökulmien yhdistämistä – niin subjektiivisen kuin objektiivisen tiedon huomioon ottamista
- Rekisteritiedot kertovat osin erojen kehityksestä, mutta ihmisten omia kokemuksia tavoitetaan lähinnä väestökyselyin mitattavia
 - kattavat huonommin sosiaaliryhmittäisten erojen kehitystä
- Usein epäselvää, tarkoitetaanko eriarvoisuuden kasvulla *ääripäiden* – vaikkapa köyhien ja rikkaiden – eriytymistä toisistaan (polarisaatio) vai esimerkiksi terveyden tason *asteittaisten erojen* eli ns. gradientin jyrkkenemistä, kun eroja tarkastellaan vaikkapa tulojen tai koulutuksen mukaan



Esimerkkejä terveys- ja hyvinvointieroista ja niiden kehityksestä



Terveys:

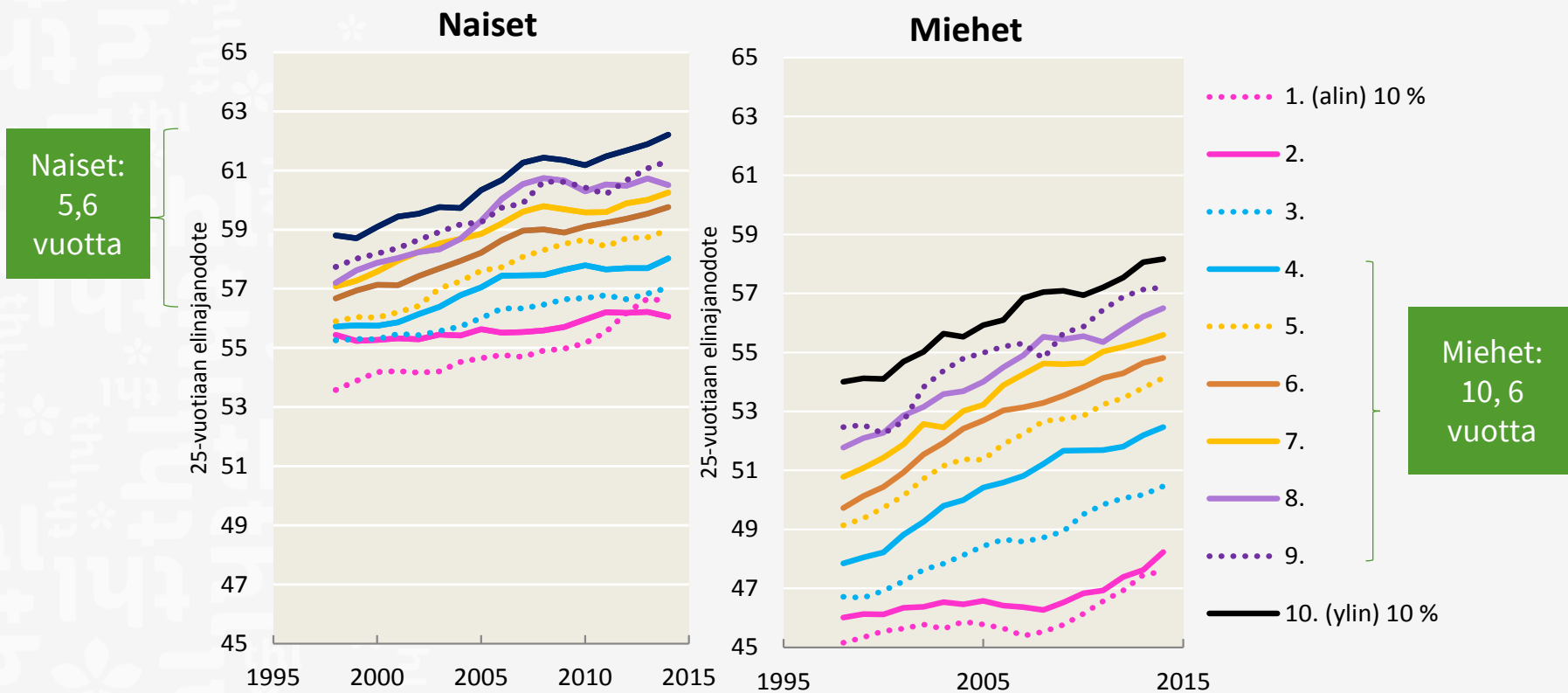
terveys vaihtelee tulotason ja koulutuksen mukaan

- Vaikka terveyserojen suuruus on vaihdellut, ne ovat pysyneet merkittävinä
- Suomessa havaitut erot ovat huomattavia myös kansainvälisesti vertaillen
- Terveys vaihtelee tulotason mukaan useimmilla mittareilla tarkasteltuna.
- Kuolleisuuden tuloryhmittäisten erojen kasvu näyttäisi viime vuosina pysähtyneen
- Koetun terveyden selvät koulutusryhmäerot sen sijaan ovat entisellään, kun eroja tarkastellaan yli 30 vuoden ajalta



Vaikka suomalaisten terveys on yleisesti ottaen parantunut, sosiaaliryhmittäiset terveyserot ovat sitkeässä.

Elinajanodote sukupuolittain ja tuloryhmittäin



25-vuotiaan elinajanodotteen kehitys tulokymmenyksittäin miehillä ja naisilla vuosina 1996–2014 (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot, esim. '2014' = 2012–2014). Suomalaisten hyvinvointi 2018 (lähde: EKSY-aineisto)

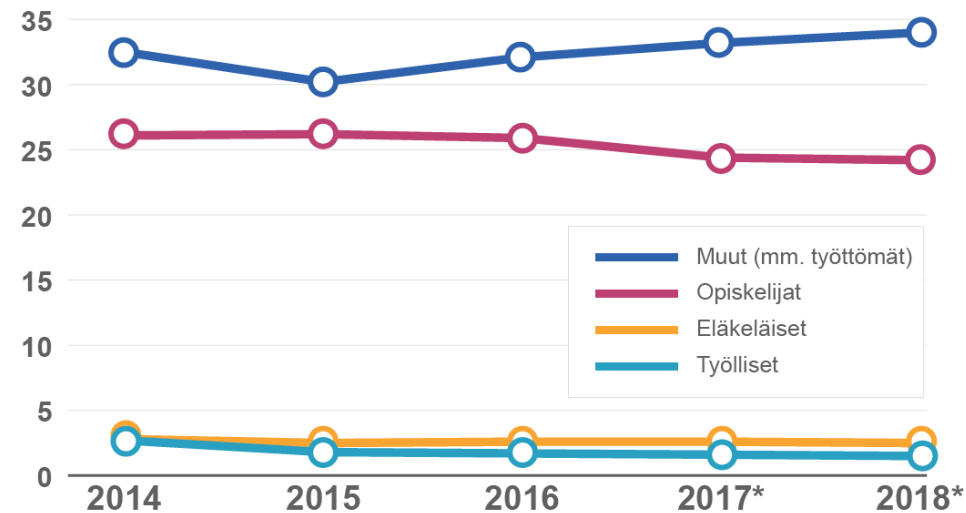
Elinolot: köyhyys vaihtelee sosioekonomisen aseman mukaan

Työttömien köyhyysaste kasvussa

Väestöstä
7,2 % asuu
köyhissä kotitalouksissa.
Köyhyys kohdentuu
työelämän ulkopuolella
oleviin.

Minimibudjettiköyhyys kertoo, kuinka suuri osa väestöstä elää kotitalouksissa, joissa tulot eivät riitä kohtuulliseksi katsottuun vähimmäiskulutukseen.

Minimibudjettiköyhyys (%) sosioekonomisen aseman mukaan vuosina 2014-2018

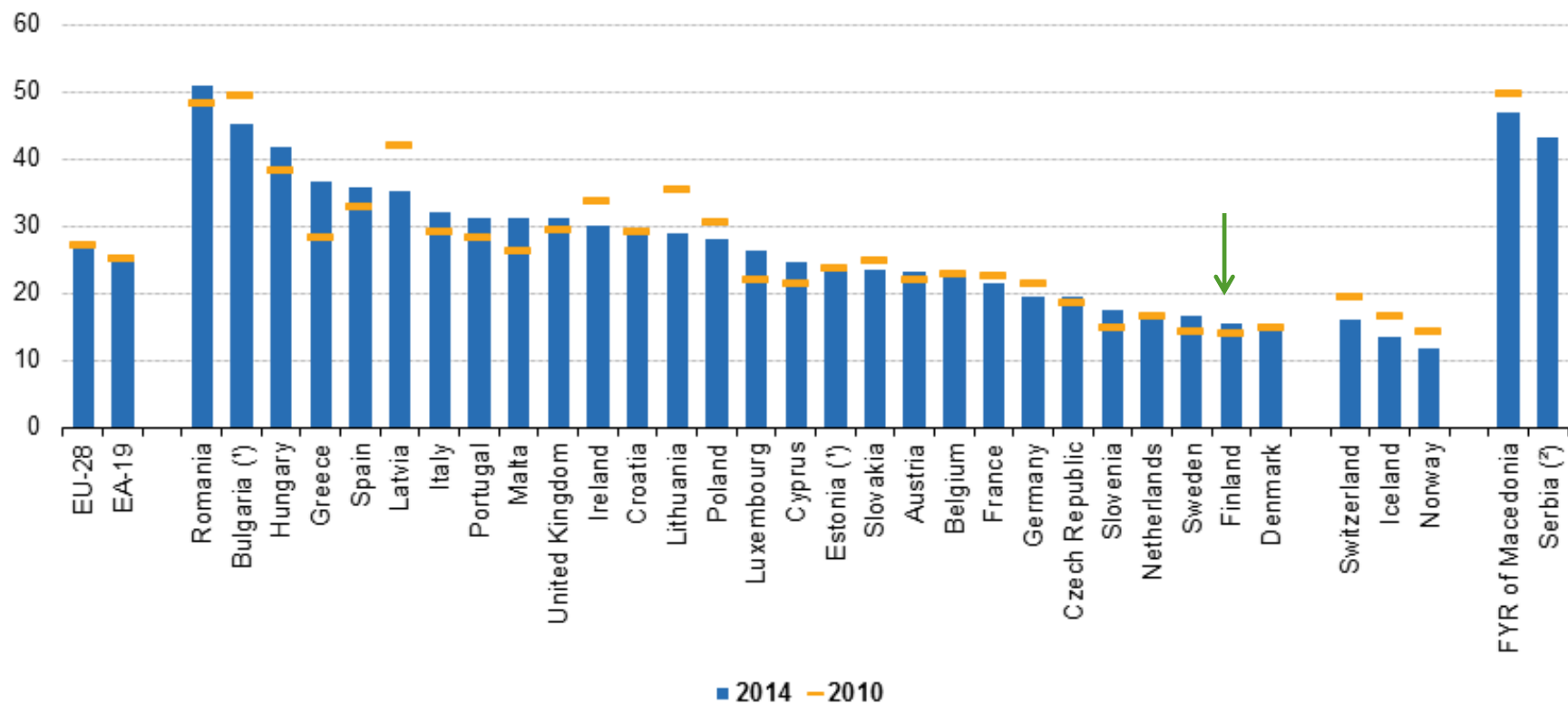


Lähde: SISU-malli, omat laskelmat, *ajantasaistettu aineisto

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

Lähde: THL 2019

Elinolot: muihin maihin nähden köyhyys vähäistä



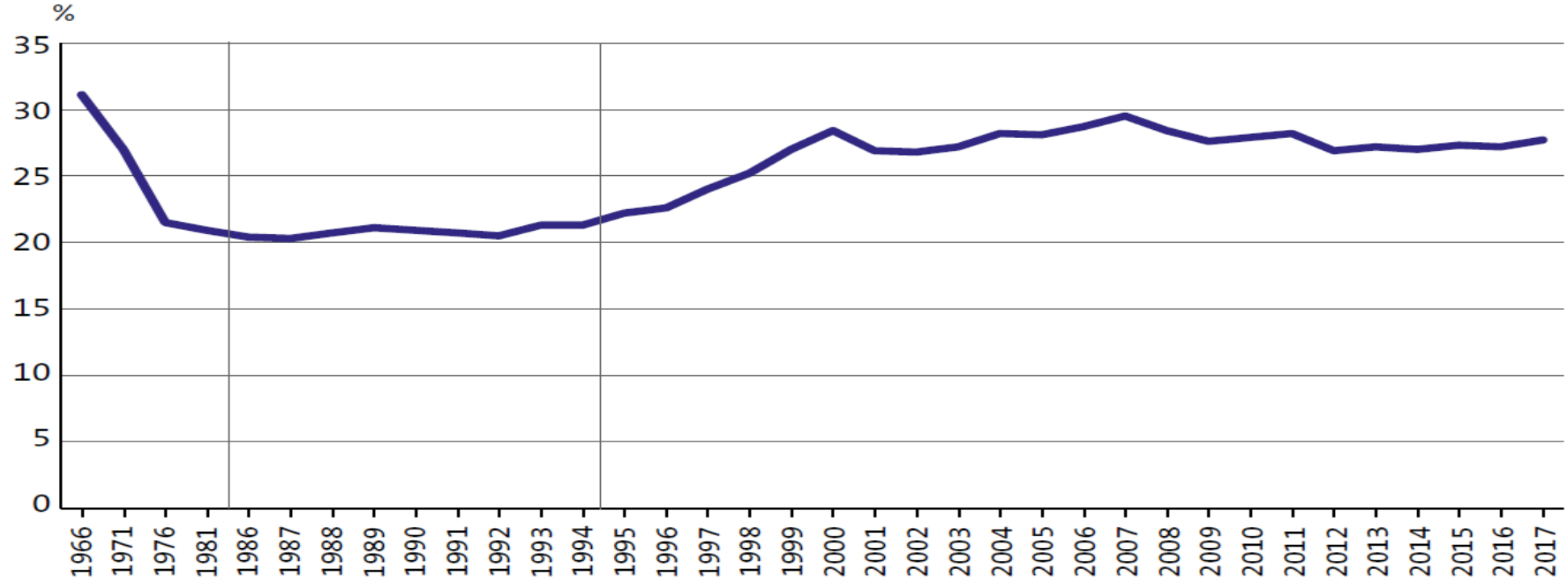
Lapset köyhyys- tai syrjäytymisriskissä (Eurostat: arope)

(*) 2014: break in time series.

(*) 2010: no data available.

Entä se eriarvoisuus? Gini-kerroin 1960-2017

Gini-kerroin mittaa tulonjaon tasaisuutta

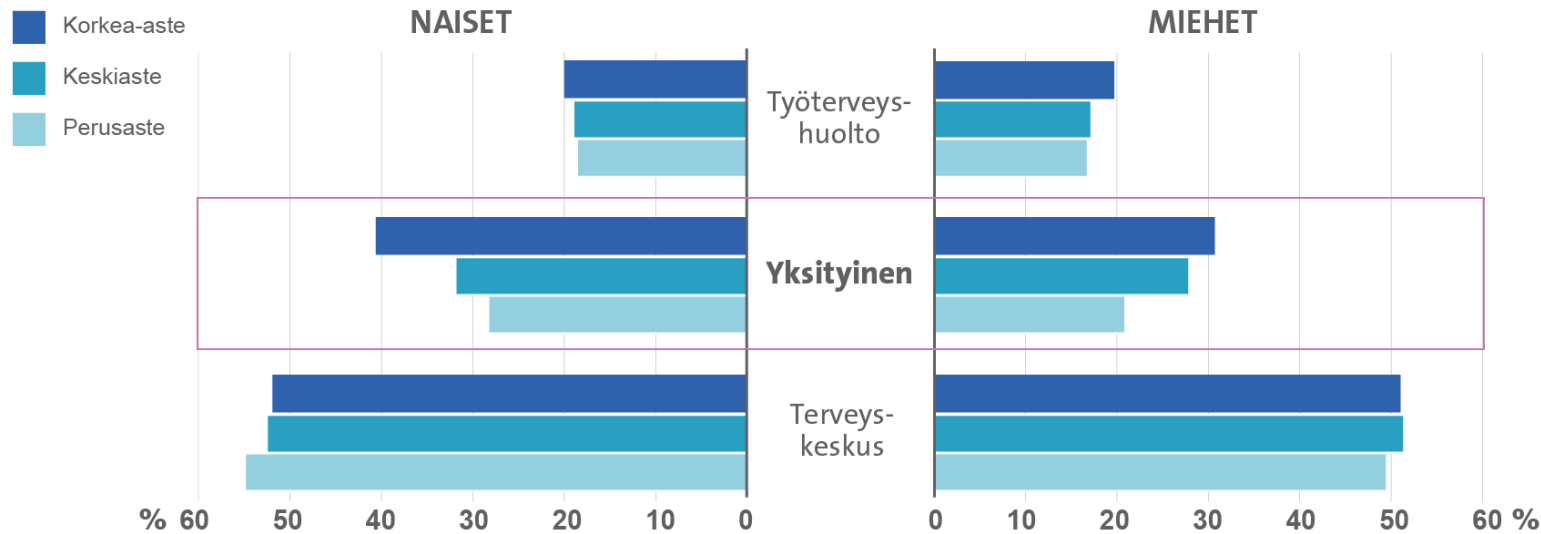


Palvelut: toteutuuko oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa?

- Palvelujen saatavuudessa ja käytössä on eroja
 - avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen saatavuudessa ja käytössä varsin pysyviä sosiaaliryhmittäisiä eroja - eivät selity terveydentilan eroilla
 - tarpeenmukaisen käytön tavoite ei näytä kaikilta osin toteutuvan
 - viitteitä myös erojen tasaantumisesta: vaikka ylemmät sosiaaliryhmät käyttävät edelleen palveluja alempia sosiaaliryhmiä enemmän palvelujen tarve huomioiden, *lääkäripalveluissa* tuloryhmäerot näyttävät hieman kaventuneen

Terveyspalvelujen käyttö sektoreittain eri koulutusryhmissä

Koulutustaso vaikuttaa etenkin yksityisten terveyspalvelujen käyttöön



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

Lähde: FinSote 2017-2018, THL 2019

Yhdenvertaisuus ei toteudu terveyspalveluissa

Toimintarajoitteiset kokevat
muita useammin saavansa

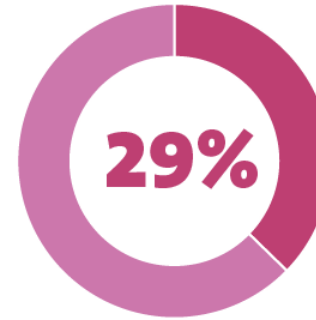
**vähemmän
palveluja**

kuin tarvitsisivat.

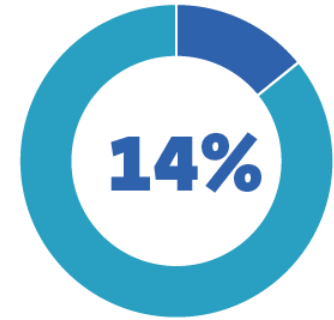
Toimintarajoite = koettu vakava rajoite näkemisessä,
kuulemisessa, 500 metrin kävelyssä, muistamisessa,
oppimisessa tai keskittymisessä.

Toimintarajoitteisten osuus väestöstä 13,7 %

Lääkärin vastaanotto-
palveluja **riittämättömästi**
saaneiden osuus,
palvelua tarvinneista

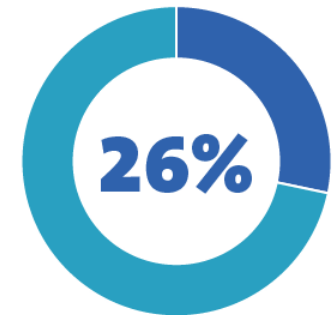
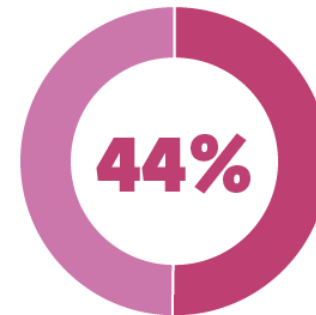


toimintarajoitteiset



muu väestö

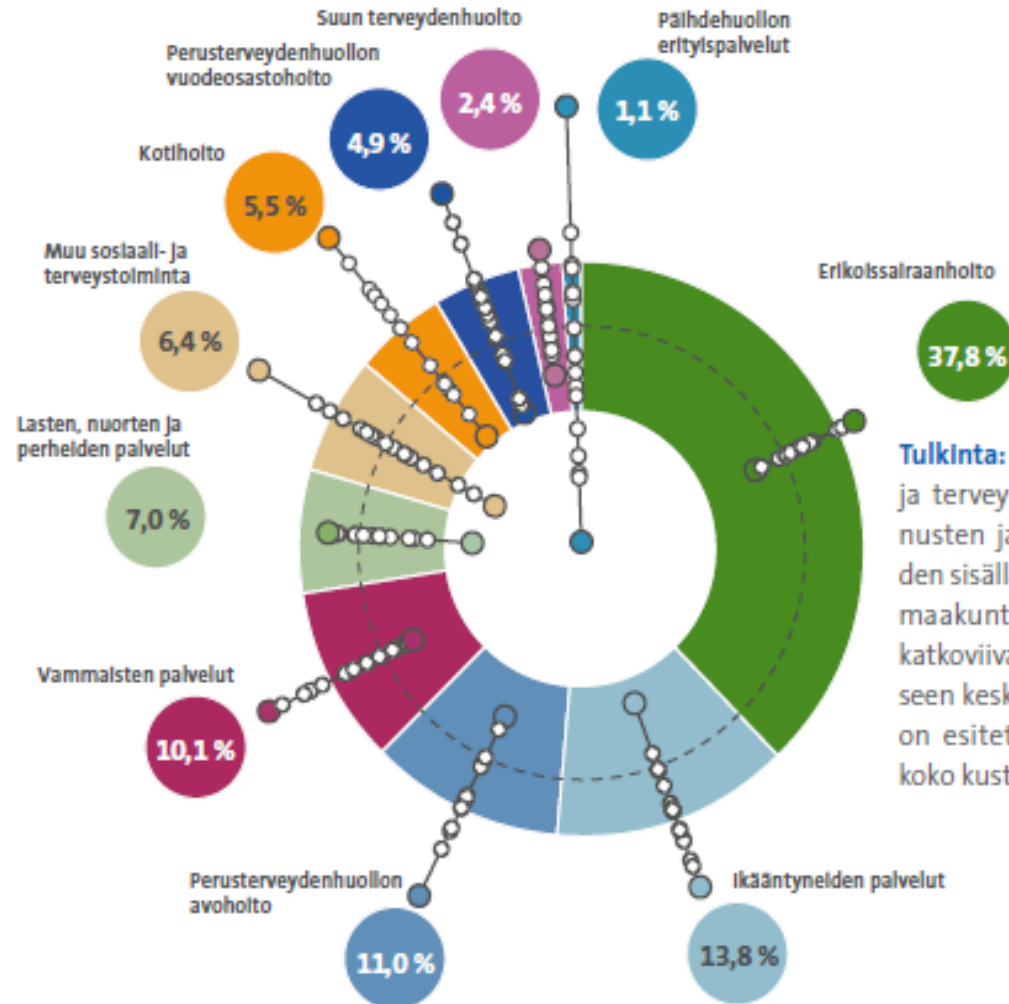
Hoidon saantia haittasi
pompottelu palvelupisteestä
toiseen, osuus terveys-
palveluja käyttäneistä



Lähde: THL 2019

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

Kustannukset vaihtelevat alueittain paljon: ei johdu vain sairastavuudesta



Tulkinta: Kuviossa on esitetty sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannusten jakauma tehtävittäin. Kuvion sisällä olevilla viivoilla esitetään eri maakuntien sijoittuminen suhteessa katkoviivassa esitettyyn valtakunnalliseen keskiarvoon. Erillisissä ympyrässä on esitetty tehtävän prosenttiosuus koko kustannusjakaumasta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten jakauma ja ero maan keskiarvoon vuonna 2017, %
(Rissanen ym. 2019)

Terveyspalvelujen toimivuus ja eriarvoisuus

- Kustannuksiltaan EUn keskitasoa, monen kriteerin mukaan hyvällä kv.tasolla: väestökattavuus on yksi maailman parhaista, ulkopuolella vain pieniä ryhmiä
- Suurimmat ongelmat eriarvoisuus hoitoon pääsyssä (etenkin pth) ja alueellinen vaihtelu sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa
- Henkilöstövoimavarojen, erityisesti lääkäreiden, epätasainen maantieteellinen jakautuminen vahvistaa ja ylläpitää eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä
 - lääkäreistä ja hoitajista eniten puutetta alueilla, joilla palvelujen tarpeet ovat suuret - lisää eriarvoisuutta
- Eriarvoisuutta kaventaneet toimet, joilla hillitty lääkemenoja (hintavalvonta, generiset lääkkeet)
- Terveydenhuollon tuottavuutta voidaan lisätä, mutta muut kuin terveydenhuollon keinot vaikuttavat enemmän ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin (Marmot 2005): terveydenhuollon ulkopuolella perheiden, varhaiskasvatuksen, koulujen ja maankäytön suunnittelun avulla

Eriarvoisuuden kaventaminen?

- Eriarvoisuuden kaventaminen edellyttää jaettua ymmärrystä siitä, mitä eroja ollaan kaventamassa
 - eriarvoisuudesta puhuttaessa tulee siksi olla erityisen tarkka siitä, millaisista eroista on kyse
- Rakenteellisiin tekijöihin vaikuttaminen (köyhyys, syrjintä, työolot, koulutus, asuminen)
- Palvelujärjestelmän kehittäminen
- Elintapoihin vaikuttaminen (interventiot, viestintä, markkinointi)
- Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen tavoitteeksi eri päätöksenteon tasoilla ja eri hallinnonaloilla
- Lääkkeeksi hyvinvointitalous? ”Talous on ihmisiä varten (ei päinvastoin)”

Kiitos mielenkiinnosta!

Sakari Karvonen
sakari.karvonen@thl.fi
@SakariKarvonen

Sosiaalipolitiikan tutkimusyksikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Helsinki

