

Terveyspalvelujen oikeudenmukaisuus edellyttää paikkatietoista politiikkaa

Suomen sosiaalinen tila 1/2019

Päätulokset

- Suomessa on suuria alueellisia eroja sekä terveyspalvelujen kysyntään että tarjontaan liittyvissä tekijöissä.
- Alue-erot ovat korostuneet viime vuosikymmeninä siten että harvaan asutun maaseudun väestö on vanhempaa, heikommin koulutettua ja sairaampaa kuin kaupungeissa ja niiden lähi-alueilla. Erot ovat kasvaneet tarkastelukaudella.
- Väestön palvelutarpeen alueellinen eriytyminen tulee ottaa huomioon perusterveydenhuollon palveluja suunniteltaessa. Järjestelmä on sovittava isojen ja pienten kuntien asukkaiden erilaistuihin tarpeisiin.

Väestörakenteen muutokset, kuten väestön ikääntyminen ja maaseudulta kaupunkeihin kohdistuva muuttoliike sekä väestön sosiaalisen rakenteen muutokset vaikuttavat tunnetusti alueellisiin terveyseroihin ja perusterveydenhuollon palvelujen tarpeeseen. Laajoista ja avoimista pitkäikäisyydestä huolimatta väestörakenteen ajallisesta kehityksestä kuntatasolla ei ole tuoretta helposti hahmotettavaa kokonaiskuvaa. Tässä tutkimuksessa kuvaamme väestörakenteen muutoksia niissä tekijöissä, jotka vaikuttavat sekä alueellisiin eroihin terveyspalvelujen tarpeessa ja kysynnässä että niiden muutoksiin. Lisäksi kuvaamme alueellisia tekijöitä, jotka liittyvät erityisesti perusterveydenhuollon palvelujen tarjontaan.

Tavoitteena palvelujen yhdenvertainen saatavuus

Väestöryhmien välinen tasa-arvo on yksi suomalaisen terveyspolitiikan päätaivoitteista. Peruseriaatteena on ollut tarjota kaikille asukkaille yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinalueesta tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä (Suomen perustuslaki 1999, Terveystieteiden tutkimuslaki 2010). Suomi on sitoutunut näihin tavoitteisiin paitsi lainsäädännön myös useiden kansainvälisten sopimusten kautta. Suomessa on kuitenkin useilla mittareilla tarkasteltuna kansainvälisesti katsottuna suuria väestöryhmien välisiä terveyseroja (Tarkiainen ym. 2016, Mackenbach ym. 2015, 2016, Lahelma ym. 2015). Asuinalueiden väliset terveyserot jakavat Suomen niin, että terveydentila on muita huonompi Itä- ja Pohjois-Suomessa asuvilla (Koskinen 2019). Tämän lisäksi terveyserot ovat erityisen selviä sosioekonomista asemaa kuvaavien mittarien, kuten tulojen tai koulutuksen sekä työmarkkina-aseman mukaan (Karvonen ym. 2019). Terveydentilassa havaitut asuinalueiden väliset ja sosioekonomisen aseman mukaiset erot eivät kuitenkaan sulje toisiaan pois. Sosioekonomisia terveyseroja havaitaan nimittäin kaikissa maakunnissa ja nämä erot vaihtelevat myös maakuntien välillä (Parikka ym. 2017).

Sosioekonomisten ja alueellisten terveyserojen lisäksi väestön ikääntyminen tuo mukanaan haasteita palvelujärjestelmälle syntyvyyden pienentyessä ja ihmisten eliniän pidentyessä. Kun iäkkään väestön osuus kasvaa väestöennusteiden (SVT 2018) mukaan tulevaisuudessa selvästi, palvelujen tarve tulee kasvamaan. Samanaikaisesti tämä demografinen murros on johtamassa myös huoltosuhteen entistä voimakkaampaan heikkenemiseen. Työikäisten määrän vähenemässä myös heidän huoltotaakkansa kasvaa entisestään ja järjestelmän rahoituksen kestävyys joutuu koetukselle.

Terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutostarve

Vastuu terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä ja rahoittamisesta on nykyään hajautettu 311 kunnalle, joista 16 sijaitsee Ahvenanmaalla. Suomen kunnat ovat varsin pieniä – puolessa Manner-Suomen 295 kunnasta asui vuonna 2019 alle 6500 asukasta. Kuntapohjaisen järjestelmän kestävyys on kyseenalaistettu laajalti ja vastuuta on pyritty keskittämään kuntia laajemmille alueille. Uudistusten läpivienti on kuitenkin ollut vaikeaa. Uudistamisessa tulisi hyödyntää olemassa olevaa tietopohjaa, jotta järjestelmä vastaisi eri alueilla asuvien erilaisiin tarpeisiin. On tärkeää ottaa huomioon millaisiin ympäristöihin palveluita tuodaan. Valtionosuusjärjestelmällä pyritään sekä arvioimaan palve-

Näin tutkimus tehtiin

Väestörakenteen muutokset, kuten väestön ikääntyminen ja maaseudulta kaupunkiin kohdistuva muuttoliike, ovat tunnettuja alueellisiin terveyseroihin vaikuttavia ilmiöitä.

Kokosimme Tilastokeskuksen, Sotkanetin sekä Kelan laajoista ja avoimista tietokannoista (SVT 2019a-c ja THL 2019) pitkittäisaineistoja niistä taustatekijöistä, jotka vaikuttavat sekä alueellisiin eroihin perusterveydenhuollon palvelujen tarpeessa ja kysynnässä että niiden muutoksiin. Tarkastelemme näiden tekijöiden muutosta vuosina 1996-2017. Esitämme myös eräitä palvelujen tarjontaan liittyviä tekijöitä vuodelta 2017.

Tarkastelimme näitä tekijöitä jaotellen kunnat Tilastokeskuksen kaupunki-maaseutu -luokituksen mukaan neljään ryhmään (Tilastokeskus 2019). Ahvenanmaan erityispiirteiden vuoksi emme sisällyttäneet itsehallintoaluetta tutkimukseen.

Kuntalaisten keskimääräistä matkaa terveysasemalle koskevat tiedot on laskettu Oulun yliopiston maantieteen yksikössä.

Perusterveydenhuollon lääkäritiheys perustuu Suomen Lääkäriliiton tekemän Terveyskeskusten lääkäritilanne -kyselyn tietoihin.

lujärjestelmän kuormituksen alueellisia eroja että tasaamaan kuntakohtaisia resursseja näiden erojen perusteella. Tämä rahoitus on kuitenkin yleisluontoinen eikä sellaisenaan kannusta kehittämään alueellisia erityispiirteitä huomioon ottavaa palvelujärjestelmää.

Suomen alueellisen kehityksen tärkeimpiä moottoreita ovat väestön ikääntyminen, syntyvyyden lasku, maahanmuutto sekä kaupungistuminen. Viides palvelujen tarpeeseen vaikuttava pitkän aikavälin muutos on väestön yleisen koulutustason nousu. Näiden yhtäaikaisen kehityksen seurauksena muutosten kerrannaisvaikutukset näkyvät alueellisesti: koulutettu väestö keskittyy kaupunkialueille ja niiden ympäristöön, kun maaseudulla koulutustaso on keskimäärin matalampi.

Väestörakenne heijastuu huoltosuhteeseen, joka vaihtelee alueittain selvästi. Erityisesti työikäinen väestö ja työpaikat keskittyvät yhä selvemmin suuriin kasvukeskuksiin. Kehityksen on arvioitu johtavan myös asuntomarkkinoiden jakautumiseen kolmeen osaan: pääkaupunkiseudun asuntomarkkinoiden kriisiytymiseen, kehyskuntien ”hyvinvoiviin” markkinoihin ja maaseutualueiden markkinoiden taantumiseen (Kytö & Kral-Leszczynska 2013).

Väestörakenteessa näkyy myös ulkomaalaistaustaisen väestön kasvava osuus, sillä ulkomailta muuttavat ovat ikä- ja perherakenteeltaan toisenlaisia kuin ns. kantaväestö. Osuus vaihtelee selvästi eri alueiden välillä. Eniten ulkomaalaistaustaisia oli vuoden 2017 lopussa Uudellamaalla (13 %) ja Ahvenanmaalla (lähes 15 %), vähiten Etelä-, Keski- ja Pohjois-Pohjanmaalla sekä Kainuun, Pohjois-Savon ja Lapin maakunnissa (alle 3 %). (Kestilä ja Martelin 2019).

Tavoitteena alueellisten muutosten kuvaus

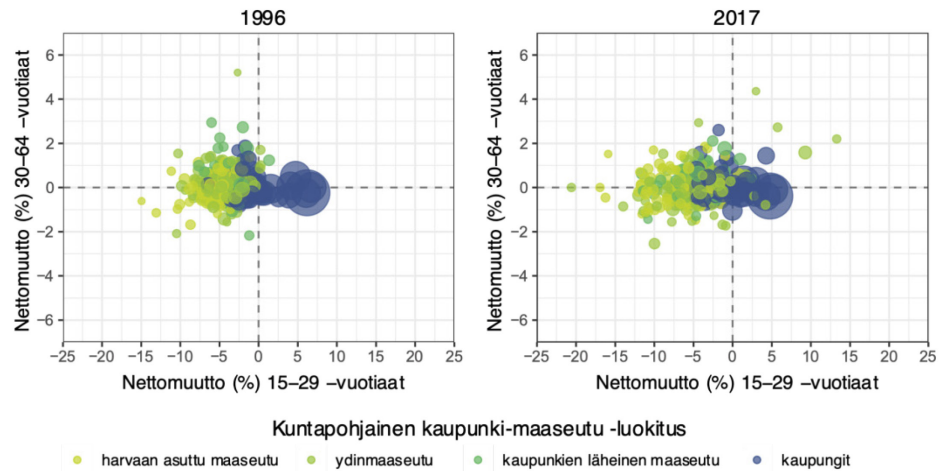
Väestörakenteen muutokset, kuten väestön ikääntyminen ja maaseudulta kaupunkiin kohdistuva muuttoliike, vaikuttavat tunnetusti alueellisiin terveyseroihin. Laajoista ja avoimista pitkittäisaineistoista huolimatta väestörakenteen ajallisesta kehityksestä kuntatasolla ei ole käytettävissä tuoretta helposti hahmotettavaa kokonaiskuvausta. Tämän tutkimuksen tavoite on analysoida väestörakenteen muutoksia niissä taustatekijöissä, jotka vaikuttavat sekä alueellisiin eroihin terveyspalvelujen tarpeessa ja kysynnässä että niiden muutoksiin. Tarkastelemme näitä tekijöitä jaotellen kunnat Tilastokeskuksen kaupunki-maaseutu -luokituksen (2019) mukaan neljään ryhmään, jotka ovat: kaupungit, kaupunkien läheinen maaseutu, ydinmaaseutu ja harvaan asuttu maaseutu.

Tarkastelemme väestön ikärakenteen ajallista muutosta kunnissa yhtäältä nuorten aikuisten ja eläkeikäisten osuuksien sekä toisaalta työikäisten ja lasten osuuksien kehityksen avulla. Tarkastelemme myös väestön sosioekonomista asemaa kuvaamalla keski- ja korkea-asteen koulutuksen saaneiden osuuksien kehitystä kunnissa. Sairastavuutta ja sen kautta palvelujärjestelmään kohdistuvaan kysyntään vaikuttavista tekijöistä tarkastelemme työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työikäisten osuutta sekä 65-vuotiaiden ja tätä vanhempien eläkkeensaajan hoitotukea saavien osuutta saman ikäisestä väestöstä. Näiden etuuksien saaminen edellyttää arkea merkittävästi rajoittavaa, henkilökohtaista toimintakykyä alentavaa pitkäaikaista vammaa tai sairautta. Väestöön suhteutettuna nämä sairastavuutta ja toimintakyvyn rajoitteita kuvaavat etuudet ovat helpommin hahmotettavia kuin erilaiset indeksit, joihin tarkastelemamme etuudet kuitenkin ovat yhteydessä. Työkyvyttömyystietoja käytetään painotamaan THL:n sairastavuusindeksiä (Koskinen 2019), minkä lisäksi hoitotukea saavien osuus yli 64-vuotiaista korreloi kuntatasolla vahvasti tähän indeksiin (Pearsonin korrelaatiokerroin 0.56 vuonna 2002 ja 0.68 vuonna 2015). Sen hahmottamiseksi miten valitut mittarit vertautuvat THL:n sairastavuusindeksiin sisällyttämme tarkasteluun tuoreimman tiedon indeksistä.

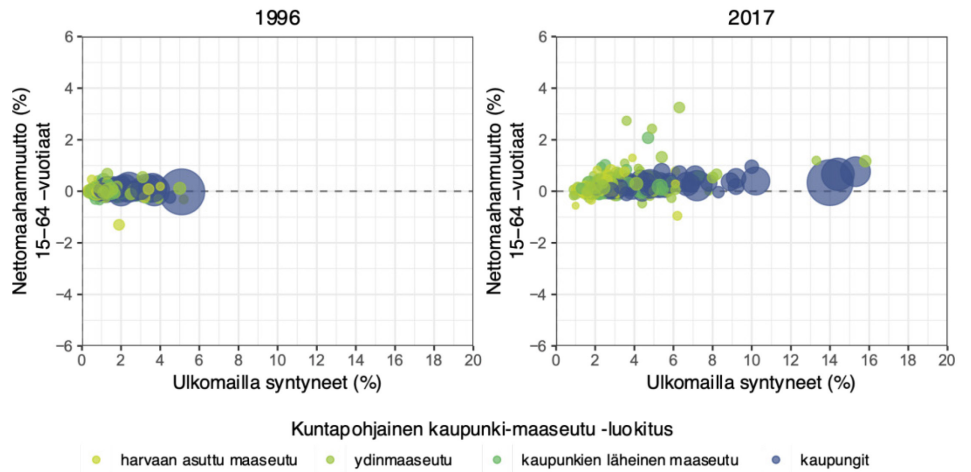
Tarkastelemme lisäksi palvelujen tarjonnasta kertovia kuntatasoisia muuttujia vuodelta 2017: väkilukuun suhteutettua terveyskeskuslääkärien määrää, kuntalaisten keskimääräistä etäisyyttä terveysasemalle sekä yksityisistä lääkäripalveluista korvauksia saaneiden osuutta väestöstä. Valitut mittarit kuvaavat sekä palvelujen saatavuutta että saavutettavuutta kunnissa. Jaamme kunnat kaupungistumisasteen mukaisesti ryhmiin, sillä arvioimme kaupunkimaisuuden vaikuttavan palvelujen saatavuuteen ja saavutettavuuteen.

Alueellisten erojen kasvua useissa mittareissa

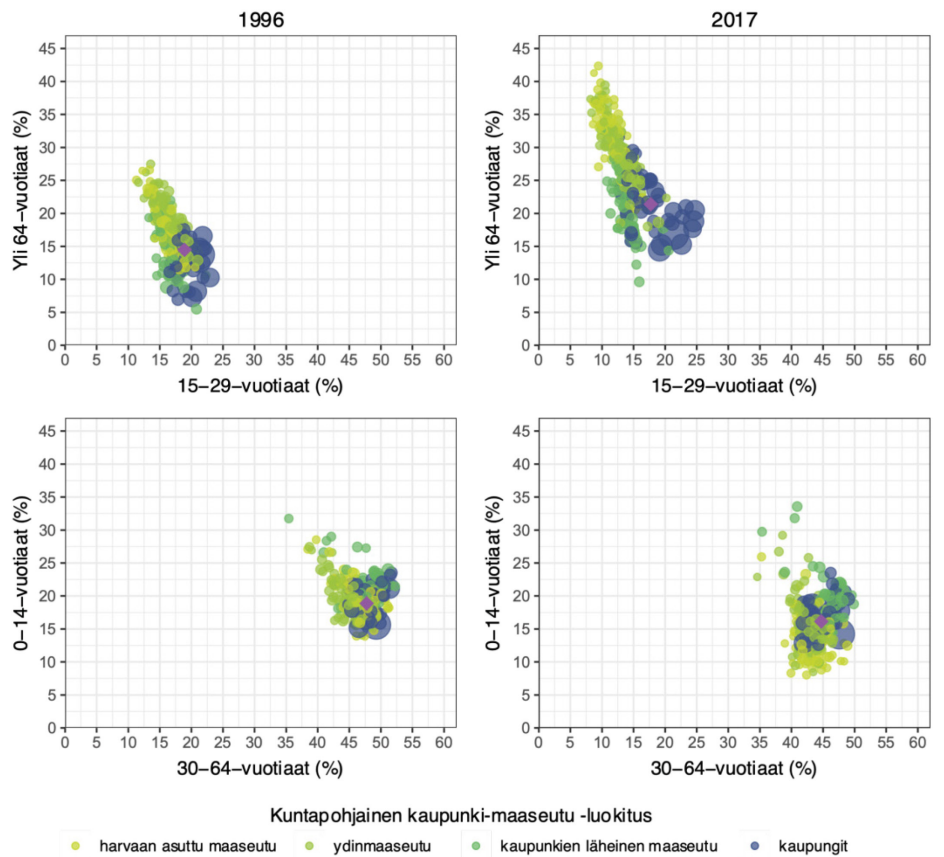
Harvaan asuttu maaseutu poikkeaa muista alueista sekä väestörakenteen kehityksen että terveystarjonnasta. Kuten kuviossa 1 ilmenee, nettomuutto on viimeisten 20 vuoden ajan suuntautunut nuorilla aikuisilla (15-29 v) kaupunkiin ja pois harvaan asutulta maaseudulta. Työikäisten muutto liike sen sijaan on ollut kohtuullisen vähäistä. Kuviossa nettomuutto näyttää työikäisillä pysyvän 1990-luvun puolivälistä vuoteen 2017 nollassa kaikissa kuntatyypeissä (pystysuunnassa ei muutosta). Sen sijaan nuorilla aikuisilla nähdään lisääntyvää negatiivista nettomuuttoa maaseutumaisissa kunnissa eli muuttaminen pois alueelta näyttää kiihtyvän erityisesti maaseudulla (vaaka-suunnassa vihreät pallot siirtyneet vasemmalle). Samanaikaisesti maahanmuutto on nuorten aikuisten ja työikäisten keskuudessa suuntautunut ennen kaikkea kaupunkiin (kuvio 2). Näiden kehityssuuntien seurauksena ikääntyneiden osuus väestöstä on kasvanut erityisesti harvaan asutulla maaseudulla, mikä ilmenee nuorten ja työikäisten keskimääräistä pienempänä väestöosuutena näillä alueilla kuviossa 3.



Kuvio 1. Kuntien välisen nettomuuton osuus (%) 15-29-vuotiaiden ja 30-64 -vuotiaiden ikäryhmissä kuntakohtaisesti vuosina 1996-2017 (SVT 2019a). Manner-Suomi. Ympyrän koko on suhteessa kunnan väkilukuun. Animaatio [nettomuuton vuotuisesta kehityksestä](#).



Kuvio 2. Nettomaahanmuuton osuus (%) 15-64 -vuotiaassa väestössä suhteessa ulkomailla syntyneiden osuuteen (%) kuntakohtaisesti vuosina 1996-2017 (SVT 2019a). Manner-Suomi. Animaatio [maahanmuuton vuotuisesta kehityksestä](#).

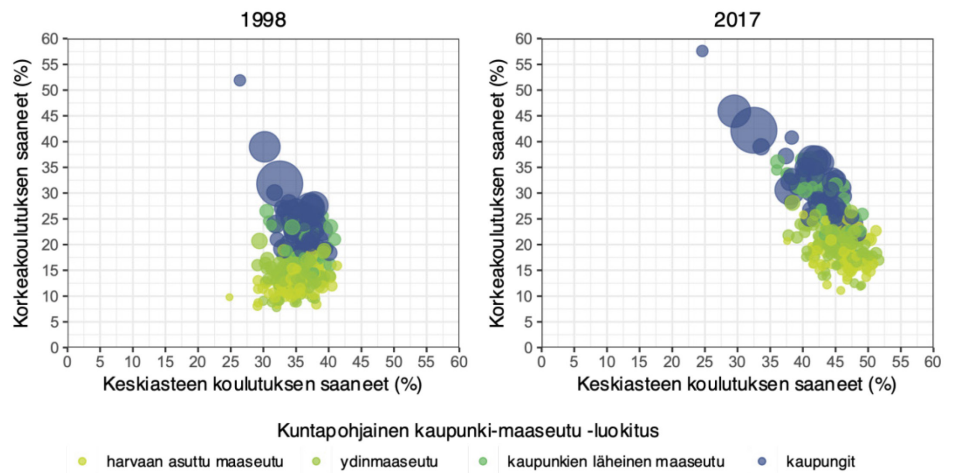


Kuvio 3. Ikäryhmittäiset väestöosuudet kuntakohtaisesti vuosina 1996 ja 2017 (SVT 2019c). Manner-Suomi. Violetti vinoneliö osoittaa väestöosuutta koko Manner-Suomessa. Animaatio [väestöosuuksien vuotuisesta kehityksestä](#).

Väestön ikärakenne on eriytynyt kuntatyyppin mukaan 1990-luvun lopulta vuoteen 2017. Maaseutumaisissa kunnissa eläkeikäisten osuus on kasvanut tasaisesti ja vastaavasti lasten ja työikäisten osuus pienentynyt (kuvio 3).

Koulutustason kasvu viimeisten 20 vuoden aikana havaitaan myös kuntatason tarkastelussa, mutta kaupungistumisasteen mukainen analyysi osoittaa koulutustason eriytyneen kuntatyyppin mukaan (kuvio 4). Korkea-asteen koulutuksen saaneiden osuus on kasvanut voimakkaasti kaupungeissa ja kaupunkien lähei-

sellä maaseudulla (siniset pallot aiempaa ylempänä). Harvaan asutulla maaseudulla koulutusrakenne on painottunut pikemmin keskiasteen koulutuksen saaneisiin eikä korkea-asteen koulutuksen saaneiden osuus ole juuri kasvanut (vaaleanvihreät pallot entisellä tasolla). Osittain tämä ilmiö liittyy ikärakenteen eriytymiseen eri kuntatyypeissä.

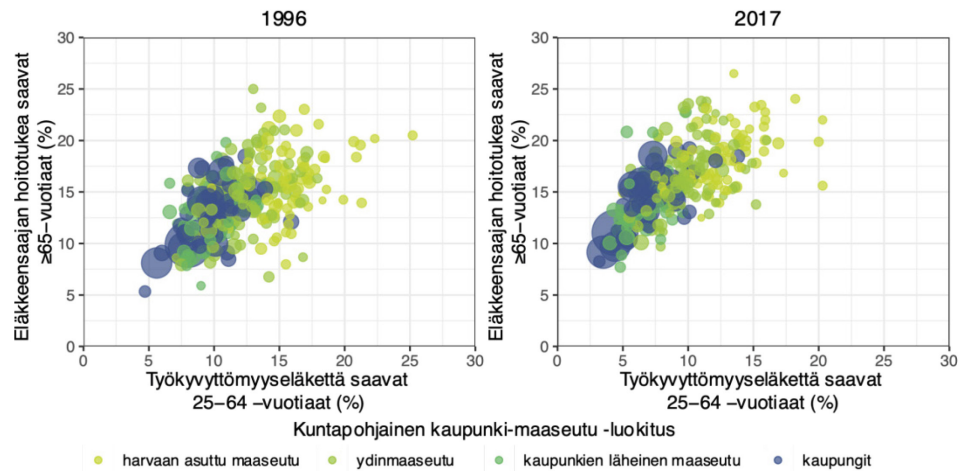


Kuvio 4. Keski- ja korkea-asteen koulutuksen saaneiden ≥ 15 -vuotiaiden osuudet (%) kuntakohtaisesti Suomessa vuosina 1998-2017 (koulutustason laskentatapa muuttunut v. 1997) (THL 2019). Manner-Suomi. Animaatio koulutustason vuotuisesta kehityksestä.

Koulutustaso parani varsinkin työikäisillä (30-64-vuotiaat) sekä eläkeikäisillä (yli 64-vuotiaat). Vain keskiasteen koulutuksen saaneiden työikäisten osuus vastaavan ikäisestä väestöstä oli vuonna 1998 samankaltainen kuntatyyppistä riippumatta: harvaan asutulla maaseudulla kuntien mediaani oli 42 % ja kaupungeissa 39 %. Vuoteen 2017 tultaessa osuus oli kasvanut ja siinä oli nähtävissä tasaisesti laskeva gradientti harvaan asutulta maaseudulta 56 % kaupunkeihin 45 %. Korkea-asteen koulutuksen saaneiden työikäisten osuus puolestaan kasvoi tasaisesti jo vuonna 1998, jolloin harvaan asutun maaseudun kuntien mediaani oli 17 % ja kaupunkien 30 %. Vuoteen 2017 tultaessa vastaavat luvut olivat 25 % ja 40 %. Eläkeikäisillä keskiasteen tutkinnon suorittaneiden osuuden mediaanit olivat vuonna 1998 harvaan asutulla maaseudulla 10 % ja kaupungeissa 13 %, mutta vuonna 2017 jo 31 % kaikissa kuntatyypeissä. Korkea-asteen tutkinnoissa luvut olivat vuonna 1998 vastaavasti 14 % ja 24 %. Vuoteen 2017 tultaessa vastaavat luvut olivat 44 % ja 56 %.

Toimintakyvyssäkin on aluevaihtelua

Työkyvyttömiä työikäisten (25-64-vuotiaiden) osuus oli myös suurempi maaseutumaisissa kunnissa kuin kaupungeissa, ei kuitenkaan kaupunkien läheisellä maaseudulla. Eläkkeensaajan hoitotukea saavien osuus eläkeikäisistä oli vastaavasti pienempi kaupungeissa ja kaupunkien läheisellä maaseudulla kuin muilla alueilla koko tarkastelujakson ajan (kuvio 5). Kumpikin näistä muuttujista mittaa suurentunutta palvelutarvetta väestössä.



Kuvio 5. Työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus työikäisessä väestössä suhteessa eläkkeensaajan hoitotukea saavien osuuteen ≥ 65 -vuotiaissa väestössä kuntakohtaisesti vuosina 1996-2017 (SVT 2019b-c, THL 2019). Manner-Suomi. Animaatio [toimintakyvyn vajaiden vuotuisesta kehityksestä](#).

Palvelujen tarve on harvaan asutulla maaseudulla suurempi kuin muilla alueilla, sillä väestö on entistä iäkkäämpää ja sairaampaa, sillä nuoret muuttavat pois. Tämä alueellinen eriytyminen näyttää siis vahvistuneen tarkastelujakson kuluessa. Vuonna 2015 THL:n sairastavuusindeksi olikin harvaan asutulla alueilla selvästi muita alueita suurempi (taulukko 1).

Vaikka väestöön suhteutettuna terveyskeskuslääkäreitä on harvaan asutulla maaseudulla enemmän kuin muilla alueilla, ovat matkat palveluihin keskimäärin pidempiä (taulukko 1). Terveyskeskuslääkärien muita alueita suurempi tiheys voi johtua osin perusterveydenhuollon vuodeosastojen ylläpitämisestä (taulukko 2). Nämä osastot tarjoavat mahdollisuuden hoitaa ja kuntouttaa kotona pärjäämättömiä potilaita etäämpänä sairaaloista, lisäten samalla lääkäryrityvoiman tarvetta maaseutumaisissa terveyskeskuksissa. Erikoissairaanhoidon vuodeosastojen käytössä ei nähdä vastaavaa alueellista eriytymistä (taulukko 2). Lisäksi julkinen puoli saattaa maaseudulla tuottaa suuremman osan työterveyshuollosta kuin kaupungeissa, joskaan tästä ei ole käytettävissä kuntataseista tietoa. Yksityisten palvelujen käyttö on joka tapauksessa sitä yleisempää, mitä kaupunkimaisempi kunta on kyseessä, mikä näkyy Kelan korvauksia saaneiden asiakkaiden määrässä (taulukko 1).

Yksityisiä palveluita lukuun ottamatta kaikissa indikaattoreissa kuntatyyppin mukainen vaihtelu on suurinta harvaan asutuissa kunnissa. Vaikka tilastollisessa mielessä kyse on siitä, että pienissä yksiköissä vaihtelu kasvaa sattumastakin johtuen, palvelujen järjestämisen kannalta ilmiö on todellinen. Se osoittaa, että harvaan asutut kunnat ovat keskenään hyvin erilaisia, joten pelkkä kuntatyyppin huomioon ottaminen ei ole riittävä palvelujen järjestämisen periaate silloin, kun pyritään paikkatietoiseen politiikkaan. Paikkatieteisellä politiikalla tarkoitetaan sitä, että paikalliset erityispiirteet otetaan toiminnan lähtökohdaksi (kuten esimerkiksi voimavarojen suuntaamisessa ja palvelujen järjestämisessä).

Taulukko 1. Terveyspalvelujen käytön alueellisiin eroihin liittyviä kysyntä- ja tarjontatekijöitä (THL 2019). Manner-Suomi (n=295)

Kunnat kaupunkimaaseutu luokituksen mukaan	Terveyskeskuslääkärien määrä per 1000 asukasta (2017)	Kuntalaisten keskimääräinen matka (km) terveysasemalle (2017)	THL:n sairastavuus-indeksi* (2015)	Yksityislääkärikäynneistä korvausta saaneet, % väestöstä (2017)
	mediaani [kvartiiliväli]	mediaani [kvartiiliväli]	mediaani [kvartiiliväli]	mediaani [kvartiiliväli]
harvaan asuttu maaseutu (n=74)	0.82 [0.70, 1.03]	9.8 [7.3, 11.4]	121 [113, 135]	19.9 [17.8, 22.7]
ydinmaaseutu (n=111)	0.73 [0.64, 0.86]	6.5 [5.1, 7.7]	108 [100, 121]	22.0 [18.9, 26.5]
kaupunkien läheinen maaseutu (n=55)	0.72 [0.66, 0.81]	5.8 [4.4, 7.4]	95 [84, 101]	26.3 [22.8, 29.8]
kaupungit (n=55)	0.69 [0.60, 0.76]	3.9 [3.1, 5.1]	98 [90, 106]	29.7 [25.2, 33.4]
koko Suomi	0.74 [0.64, 0.85]	6.5 [4.5, 8.7]	106 [96, 120]	22.9 [19.3, 28.2]

*Indeksi koostuu yleisten sairausryhmien (syövät, sepelvaltimotauti, aivoverisuonitaudit, tuki- ja liikuntaelin-sairaudet, mielenterveyden häiriöt, tapaturmat, dementia) ikävakioiduista esiintyvyydestä, joita painotetaan ottaen huomioon niiden merkitys väestön kuolleisuuden, sairauden aiheuttaman haitan ja terveydenhuollon kustannusten kannalta (koko maa = 100) (Koskinen 2018).

Taulukko 2. Vuodeosastohoidon hoitajaksojen ja hoitopäivien lukumäärien alueellinen jakautuminen (THL 2019). Manner-Suomi (n=295)

Kunnat kaupunkimaaseutu luokituksen mukaan	Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon potilaiden ikä- ja sukupuolivakioidut indeksit (2017)		Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon potilaiden ikä- ja sukupuolivakioidut indeksit (2017)	
	hoitajakso	hoitopäivät	hoitajakso	hoitopäivät
	mediaani [kvartiiliväli]	mediaani [kvartiiliväli]	mediaani [kvartiiliväli]	mediaani [kvartiiliväli]
harvaan asuttu maaseutu (n=74)	182 [129, 257]	127 [89, 187]	101 [92, 113]	87 [76, 102]
ydinmaaseutu (n=111)	152 [96, 193]	109 [80, 138]	98 [91, 107]	83 [76, 91]
kaupunkien läheinen maaseutu (n=55)	102 [60, 141]	90 [60, 127]	96 [89, 106]	83 [74, 96]
kaupungit (n=55)	86 [58, 124]	96 [79, 124]	99 [91, 111]	94 [80, 110]

*Indeksit koostuvat ikä- ja sukupuolivakioiduista vuodeosastojen käyttötiedoista, jotka on kuntakohtaisesti suhteutettu koko maan keskiarvoon (= 100) (THL 2019).

Alueellinen eriytyminen vaikeuttaa terveyspalveluiden järjestämistä yhdenmukaisesti

Sekä kysyntä- että tarjontatekijöiden alue-erot kasvussa

Kuten tämäkin tutkimus osoittaa, Suomessa on suuria alueellisia eroja sekä terveyspalvelujen kysyntään että tarjontaan liittyvissä tekijöissä. Kahdenkymmenen viime vuoden aikana nämä erot ovat kärjistyneet edelleen niin, että kaupungistumisasteen yhteys näihin tekijöihin on voimistunut. Kielteinen kehitys palvelujen kysyntään vaikuttavissa tekijöissä on sitä yleisempää, mitä maaseutumaisemmasta alueesta on kyse.

Kuntien väliset suuret erot väestörakenteessa tunnetaan jo entuudestaan. Maaseutumaisissa kunnissa väestö on vanhempaa ja lasten ja nuorten osuus on pienempi. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että nämä erot ovat kasvaneet ajan myötä selvästi. Työikäisten osuus on kuitenkin pysynyt suunnilleen samanlaisena 1990-luvun lopulta alkaen, joten huoltosuhde maaseutumaisissa kunnissa on heikentynyt koko tarkastelujakson ajan.

Sosiaalisen aseman on todettu olevan yhteydessä terveydentilaan ja huonon sosiaalisen aseman olevan epäterveellisten elämäntapojen veroinen terveysriski (Stringhini ym. 2017). Tässä tutkimuksessa käytimme sosiaalisen aseman mittarina koulutustasoa. Jo ennestään selvät koulutustason mukaiset erot kasvoivat siten, että korkea-asteen koulutuksen saaneita oli eniten kaupungeissa ja niiden läheisellä maaseudulla ja vähiten harvaan asutulla maaseudulla. Ikäryhmien erillinen tarkastelu osoitti, että erot eivät selity pelkästään ikärakenteen eroilla, siis sillä, että ikääntynyt väestö on keskimäärin vähemmän koulutettua. Keskiasteen koulutuksen saaneiden osalta erot tasoittuivat tarkastelujaksolla ja koulutustaso onkin kasvanut kaikilla alueilla.

Havaitsimme myös, että alueiden välillä on suuria eroja terveydentilassa ja sitä kautta terveyspalvelujen tarpeessa. THL:n sairastavuusindeksin arvo kasvoi portaittain kaupunkimaisista kunnista harvaan asutulle maaseudulle, joiden asukkaiden terveydentila oli siis heikoin. Myös työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työikäisten ja eläkeikäisten keskuudessa eläkkeensaajien hoitotukea saaneiden osuudet olivat maaseutumaisissa kunnassa pääosin suurempia kuin kaupunkimaisissa kunnissa. Nämä tiedot viittaavat siihen, että huonon terveydentilan omaavia oli näissä kunnissa sekä työ- että eläkeikäisissä.

Vaikka terveyskeskuslääkäritiheys on maaseutumaisissa kunnissa suurempi kuin muualla keskimääräiset matkat palveluihin ovat pidempiä ja väestö sairaampaa kuin muilla alueilla. Perusterveydenhuollon vuodeosastojen käyttö onkin maaseutumaisissa kunnissa runsaampaa kuin kaupunkialueilla, jonne myös erikoissairaanhoidon palvelut keskittyvät. Erikoissairaanhoidon vuodeosastojen käyttö jakautuu puolestaan varsin tasaisesti maaseutumaisien kuntien ja kaupunkien välillä. Yksityisten palvelujen käyttäjiä näyttää maaseutumaisissa kunnissa olevan vähemmän, mitä ainakin osittain selittää yksityisten palvelujen tarjonta: vaikka kaupungeissa väestö on nuorempaa ja terveempää, yksityisiä palveluja on siellä paremmin tarjolla kuin maaseudulla.

Yhdenvertaiset palvelut edellyttävät aluekehityksen ottamista huomioon

Alueellinen eriytyminen ja siitä seuraavat erot väestön palvelutarpeessa on tarpeen ottaa huomioon perusterveydenhuollon palveluja suunniteltaessa, etenkin mikäli edelleen halutaan turvata lain edellyttämä tasa-arvo palvelujen saatavuudessa ja hoidon laadussa. Peruspalvelujärjestelmää kehitettäessä on olennaista havaita, että isojen ja pienten kuntien asukkaiden tarpeet voivat olla erilaisia ja että tämä erilaistumiskehitys on varsin nopeaa. Yhdenvertai-

Kirjoittajat

Kristiina Manderbacka
tutkimuspäällikkö, THL

Markku Satokangas
tohtorikoulutettava, Helsingin yliopisto ja THL

Sakari Karvonen
tutkimusprofessori, THL

suuden takaaminen on väestön näkökulmasta (Aalto ym. 2019) yksi tärkeimpiä tavoitteita palvelujärjestelmää uudistettaessa.

Tämä tutkimus osoittaa, että haasteet ovat kahtalaisia. Yhtäällä ovat itse palvelujärjestelmään liittyvät haasteet, joita ilmentävät vaihtelu palvelujen saavutettavuudessa, suuret etäisyydet terveyskeskuksiin maaseudulla ja palvelutarpeen aluevaihtelu. Toisaalla ovat alueellisesta kehityksestä aiheutuvat haasteet, joiden seurauksena maaseudun huoltosuhde heikkenee ja alueellinen eriytyminen kasvaa. Päätöksenteon kannalta tämä tarkoittaa sitä, että perusoikeuksien – palvelujen saatavuuden ja laadun yhdenvertaisuus asuinpaikasta riippumatta – toteutuminen edellyttää useiden hallinnonalojen yhteisiä ponnistuksia, kyse ei siis ole vain ratkaisusta, jotka olisivat yksin terveyssektorin toteutettavissa. Palvelujen kysynnän alueellisten erojen kaventaminen vaatii myös ainakin alue-, työ- ja –koulutuspoliittisia toimia.

Kiitokset

Tutkimus on saanut rahoitusta Suomen Akatemian Strategisen tutkimuksen neuvostolta (projektinumero 312708). Tutkimusryhmä kiittää Harri Antikaista ja muita Oulun yliopiston maantieteen yksikön tutkijoita sekä Suomen Lääkäriliittoa perusterveydenhuollon palvelujen saavutettavuutta ja saatavuutta koskevista tiedoista.

Kirjallisuutta

Aalto A-M, Manderbacka K, Muuri A, Sinervo T, Pekurinen M. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistaminen – mitä tavoitteita väestö pitää tärkeinä? THL, Tutkimuksesta tiiviisti 10, 2019. <http://www.julkari.fi/handle/10024/137988>

Karvonen S, Martelin T, Kestilä L, Junna L. Tulotason mukaiset terveyserot. Teoksessa: Kestilä L, Karvonen S (toim). Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: THL 2019, 101-119

Kestilä L, Martelin T. Suomen väestörakenne ja sen kehitys. Teoksessa: Kestilä L, Karvonen S (toim). Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: THL 2019, 26-54

Koskinen S. THL:n sairastavuusindeksi 2014-2016. THL, Tutkimuksesta tiiviisti 30, 2019. <http://www.julkari.fi/handle/10024/138347>

Kytö H, Kral-Lezczynska M. Muuttoliikkeen voittajat ja häviäjät - tutkimus alueiden välisistä muuttovirroista. Kunnallissalan kehittämässätiö 2013

Lahelma E, Pietilainen O, Rahkonen O ym. Social class inequalities in health among occupational cohorts from Finland, Britain and Japan: a follow up study. Health Place 2015;31:173-179

Mackenbach JP, Kulhanova I, Artnik B ym. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. BMJ 2016;353:i1732

Mackenbach JP, Kulhanova I, Bopp M ym. Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: a test of the "fundamental causes" theory of social inequalities in health. Soc Sci Med 2015;127:51-62

Parikka S, Martelin T, Koskela T ym. Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnissa 1996–2014. Tutkimuksesta tiiviisti 5, 2018. Helsinki: THL

Stringhini S, Carmeli C, Jokela M ym. Socioeconomic status and the 25 x 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. Lancet 2017;389:1229-1237

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2018: Tulonjakotilasto [verkkojulkaisu]. ISSN=1795-8121. Väestöryhmittäiset Tulo-erot 2016, 3 Ylempien toimihenkilöiden taloudet selvästi suurituloisimpia. Helsinki: Tilastokeskus. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/tjt/2016/02/tjt_2016_02_2018-03-23_kat_003_fi.html

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2019a: Muuttoliike [verkkojulkaisu]. 1996-2017. ISSN=1797-6766. Helsinki: Tilastokeskus. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/muut/index.html>

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2019b: Tilasto Kelan vammaisetuuksista [verkkojulkaisu]. 1996-2017. Helsinki: Kela. Saantitapa: http://www.kela.fi/tilastot-aiheittain_tilasto-kelan-vammaisetuuksista

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2019c: Väestörakenne [verkkojulkaisu]. 1996-2017. ISSN=1797-5379. Helsinki: Tilastokeskus. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>

Tarkiainen L, Martikainen P, Peltonen R, Remes H. Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. Suomen Lääkärilehti 2017;72:588-593

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2019: Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi [verkkosivu]. 1996-2017. Helsinki: THL. Saantitapa: <https://sotkanet.fi/sotkanet/en/index>

Terveydenhuoltolaki 31.12.2010/1326

Tilastokeskus 2019. Aluetyypit ja alueet. [verkkosivu] <http://www.stat.fi/tup/msind/msindaluetyypit.html>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-343-371-7 (verkko)
ISSN 2323-5179
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-371-7>

www.thl.fi

Tämän julkaisun viite: Manderbacka K, Satokangas M, Karvonen S. Terveyspalvelujen oikeudenmukaisuus edellyttää paikkatietoista politiikkaa. Suomen sosiaalinen tila 1/2019. Tutkimuksesta tiiviisti 25, 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Julkaisu on osa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamaa Suomen sosiaalinen tila -raporttisarjaa. Sarjassa esitellään päätöksenteon kannalta keskeisiä ja ajankohtaisia teemoja ja ilmiöitä, jotka liittyvät hyvinvointiin, elinoloihin, palveluihin ja eriarvoisuuteen.