

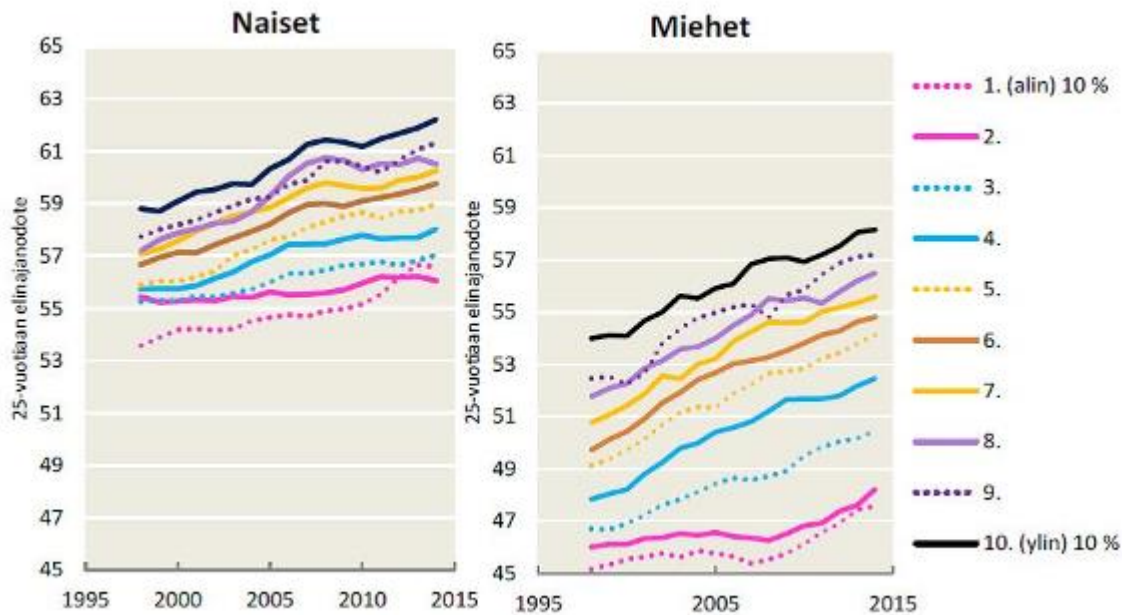
Tulotaso määrittää edelleen terveyttä

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa yhä selvempiä ja kansainvälisestikin katsottuna suuria (1). Näin on siitä huolimatta, että suomalaisten terveys on yleisesti kehittynyt varsin myönteisesti viime vuosikymmeninä.

Terveyden tasa-arvon näkökulmasta eriarvoisuus on terveyden vaihtelua, joka on epäoikeudenmukaista ja vältettävissä. Kyse ei ole siis kaikista terveydessä havaituista eroista, vaan eroista, joiden syntyä ei voi pitää yksiselitteisesti ihmisten vapaan valinnan tai jonkin ihmisen vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolelle jäävän tekijän tuloksena (kuten geneettiset erot) ja joihin yhteiskunnalliset tekijät suuresti vaikuttavat. Nämä terveyserot merkitsevät resurssien hukkaamista, sillä kansantalouden kannalta ne johtavat työvoiman potentiaalinen menetyksiin ja lisäävät terveydenhoitokustannuksia. Terveyserot ovat ongelma myös sosiaalisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta, sillä huono terveys vaikeuttaa täysipainoista yhteiskunnallista osallistumista ja syventää osaltaan sosioekonomista eriarvoisuutta.

Vaikka huono terveys voi alentaa tulotaso, tutkimusten mukaan tämä ilmiö selittää vain osan terveyseroista. Tuore tuloryhmien välisiä terveyseroja käsittelevä katsaus osoittaa, että pienituloinen, siis köyhä, on edelleen sairaampi ja kuolee keskimäärin aiemmin kuin rikas tai suurituloinen. Lisäksi tulogradientti ilmenee useassa terveysvasteessa. Esimerkiksi elinajanodote vaihtelee tulotason mukaan, kuten oheinen kuvio osoittaa. Naisilla suuri- ja pienituloisimman kymmenyksen ero on 5,6 vuotta ja miehillä peräti 10,6 vuotta. Havainto on yllättävä, sillä terveyserojen kaventaminen on ollut Suomen terveyspolitiikassa näkyvästi esillä erityisesti politiikkaohjelmien tasolla jo

pitkään.



Kuvio. 25-vuotiaan naisen ja miehen elinajanodotteen kehitys tulokymmenyksittäin vuosina 1996-2014 (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot).

Tuloryhmien väliset terveyserot eivät johdu vain koulutuksen ja ammattiaseman kaltaisten aikuisiän sosiaalisten taustatekijöiden eroista, vaan osa voi juontaa juurensa jo lapsuuden elinoloihin. Yhteiskunnalliset rakenteet muokkaavat elinympäristöjä, asumis- ja työoloja, elintapoja sekä sosiaali- ja terveystalvotuja, joilla taas on yhteys terveyteen. Myös suhteellinen deprivatio eli kokemus aineellisten resurssien niukkuudesta vaikuttaa haitallisesti terveyteen esimerkiksi psykososiaalisten mekanismien kautta.

Miten kuilua kavennetaan?

Yleisesti terveyserojen kaventaminen edellyttää sekä rakenteellisen tason että yksilö- ja yhteisötason toimenpiteitä:

1. Rakenteellisella tasolla kyse on sosiaalisesta eriarvoisuudesta, jonka ilmentymiä terveyserot ovat. Tuloryhmittäisiin eroihin vaikuttaminen edellyttäisi siis tuloerojen kaventamista ja köyhyyden puuttumista esimerkiksi progressiivisen verotuksen tai tulonsiirtojen avulla. Poliitiikan ja lainsäädännön keinoin voidaan edistää yhdenvertaisuutta, koulutusta sekä työ- ja asuinoloja. Yhdyskuntasuunnittelun ja kaavoituksen avulla voidaan tukea ihmisten terveyttä tuloista ja asuinpaikasta riippumatta.

2. Yksi suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirre on palvelujärjestelmään sisältyvä eriarvoistava rakenne (2).
Palvelujärjestelmän ja sen rahoituksen uudistamisessa tulisi kiinnittää huomiota palvelujen hintojen kohtuullisuuteen, yhdenvertaisuuteen ja väestön tarpeidenmukaisuuteen.
3. Elintapoihin vaikuttaminen on kolmas keino. Ihmisten terveyttä edistäviä valintoja, koskien esimerkiksi ravintoa tai liikuntaa, voidaan yhteisö- ja yksilötasolla tukea erilaisten interventioiden, viestinnän ja sosiaalisen markkinoinnin keinoin. Toimet tulisi kohdentaa etenkin heikoimmassa asemassa oleviin väestöryhmiin. Suomessa alkoholiin liittyvät kuolemat selittävät suuren osan tuloryhmien kuolleisuuseroista ja niiden muutoksista. Yleisen elinolojen parantamisen ohella alkoholipolitiikalla on suuri vaikutus alkoholikuolleisuuden väestöryhmäerojen kannalta: saatavuuden paraneminen ja hintojen alentaminen lisäävät kuolleisuutta eniten ryhmissä, joissa kulutus ja kuolleisuus ovat jo ennestään korkeita (Mäkelä ym. 2017).

Viime sijassa kyse on brittiläisen epidemiologin Michael Marmotin (4) luonnehdinnan mukaan eriarvoisuudesta, joka perustuu vallan, varallisuuden ja voimavarojen eroihin, ja joka johtaa sellaisiin arkielämän ja elinolojen eroihin, jotka ilmenevät terveydessä.



Sakari Karvonen
tutkimusprofessori
Sosiaalipolitiikan tutkimus-yksikkö, THL
etunimi.sukunimi@thl.fi

Tuija Martelin
tutkimuspäällikkö
Yhdenvertaisuus ja osallisuus-yksikkö, THL
etunimi.sukunimi@thl.fi

Laura Kestilä
tutkimuspäällikkö
Sosiaalipolitiikan tutkimus-yksikkö, THL
etunimi.sukunimi@thl.fi

Liina Junna
tutkija
Helsingin yliopisto
etunimi.sukunimi@helsinki.fi

Lisää tietoa:

- 1) OECD. (2016) Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. DOI:10.1787/9789264265592-en
- 2) Manderbacka K. (2011) Terveysthuollon rakenteet, rahoitus ja oikeudenmukaisuus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 48(1):1-3.
- 3) Mäkelä P, Martikainen P, Peltonen M. (2017) [Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä](#). Tutkimuksesta tiiviisti 4, THL.
- 4) Marmot M. (2015) The Health Gap. Bloomsbury.

Päivitetty: 19.12.2017