

Jenni Blomgren, Hennomari Mikkola, Heikki Hiilamo ja Jorma Järvisalo
**Suomalaisten terveydentila ja terveyteen liittyvät etuudet:
indikaattoriseuranta 1995–2010**

Kirjoittajat

Jenni Blomgren, erikoistutkija, VTT
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Hennamari Mikkola, terveysturvan tutkimuksen päällikkö, KTT
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Heikki Hiilamo, tutkimusprofessori, VTT, FT, dosentti
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Jorma Järvisalo, tutkimusprofessori, LTT, dosentti
Kelan ylilääkäri
etunimi.sukunimi@kela.fi

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

Nettityöpapereita-sarjan julkaisut ovat keskustelun avauksia tai alustavia tutkimusraportteja.

www.kela.fi/tutkimus

Helsinki 2011

Tiivistelmä

Blomgren J, Mikkola H, Hiilamo H, Järvisalo J. **Suomalaisten terveydentila ja terveyteen liittyvät etuudet: indikaattoriseuranta 1995–2010.** Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 28, 2011.

Kansanterveyden edistämisen ja terveysturvan toimeenpanon suunnitteluun ja seurantaan tarvitaan monipuolista indikaattoritietoa väestön terveydentilasta. Tässä raportissa esitetään aikasarjoina indikaattoritietoa suomalaisten terveydentilasta ja terveyskäyttäytymisestä verrattuna muihin Euroopan maihin sekä tietoa Kelan maksamien terveysperusteisten etuuksien käytön ja kustannusten kehityksestä aikavälillä 1995–2010.

Suomalaisnaisten elinajanodote vuonna 2009 oli 83 vuotta ja -miesten 77 vuotta. Eliniän kasvun ennustetaan edelleen jatkuvan. Suomalaisten kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on eurooppalaisittain edelleen suurta, mutta syöpäkuolleisuus suhteellisen pientä. Yhä suurempina uhkina suomalaisten terveydentilalle nousevat esiin muun muassa runsaan alkoholin käytön mukanaan tuomat haitat sekä lisääntyneen ylipainoisuuden seuraukset kuten diabetes. Diabeteksen lisääntyminen näkyy myös diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuksien huomattavana kasvuna 2000-luvulla. Huolenaiheena on myös sosioekonomisten terveyserojen kasvu.

Trendit Kelan toimeenpanemien terveysperusteisten etuuksien käytössä heijastelevat väestörakenteen ja väestön terveydentilan kehitystä, etuusjärjestelmän muutoksia sekä muuta yhteiskunnallista tilannetta, kuten työttömyyden tasoa ja väestön tulotasoa. Terveysperusteisiin etuuksiin luettiin tässä raportissa sairaanhoitokorvaukset, sairauspäivärahat, työkyvyttömyyseläkkeet, vammaisetuudet, kuntoutusetuudet sekä työterveyshuollon ja opiskelijoiden terveydenhuollon korvaukset. Nämä terveysperusteiset etuudet kattoivat 36 prosenttia Kelan etuuskuluista vuonna 2010, ja niiden kustannukset olivat 4,4 miljardia euroa eli 825 euroa asukasta kohden. Sairaanhoitokorvauksia asukasta kohden maksettiin 325 euroa, joista lääkekorvauksia oli 228 euroa. Sairaanhoitokorvausten summa on kaksinkertaistunut aikavälillä 1995–2010, mikä johtuu pääasiassa lääkekorvausten kasvusta. Sairaanhoitokorvausten saajien osuus väestöstä on noussut viimeisen 15 vuoden aikana 70 prosentista 78 prosenttiin.

Vuonna 2010 sairauspäivärahaa vähintään yhden päivän sai kymmenesosa ei-eläkkeellä olevasta työikäisestä väestöstä. Työkyvyttömyyseläkkeellä oli kahdeksan prosenttia työikäisistä, ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi kahdeksan tuhannesta ei-eläkkeellä olevasta työikäisestä. Sairauspäivärahaa saaneiden ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden osuudet ovat viime vuosina hieman laskeneet,

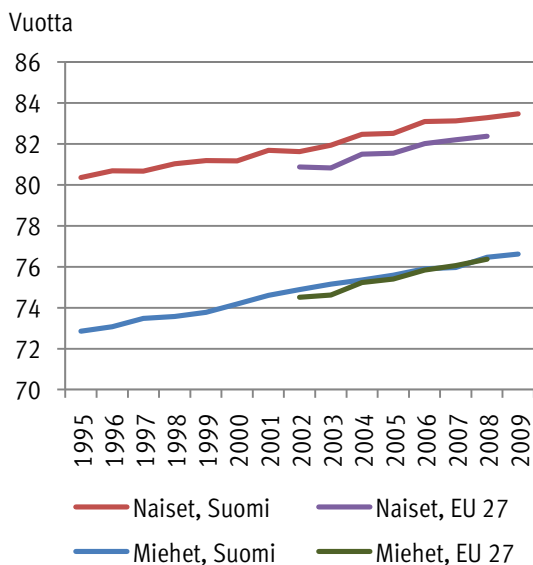
mikä johtuu osittain huonosta työmarkkinatilanteesta: näiden etuuksien käyttö vähenee, kun työttömyys kasvaa.

Sosiaalivakuutuksella voisi olla nykyistä vahvempi rooli kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä yhteistyössä sidosryhmien kanssa. Esimerkiksi sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkemenoja voidaan ja pitäisi pyrkiä hillitsemään väestön terveys- ja työkykyä ylläpitävällä ja parantavalla ennakoivalla työllä.

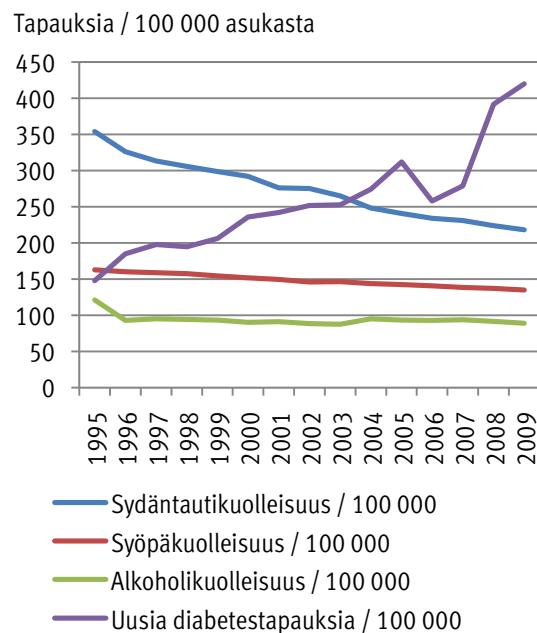
Alueelliset ja sosioekonomiset erot väestön terveydentilassa ovat huomattavat. Jatkossa on tärkeää seurata tilastoinnin ja tutkimuksen avulla myös sitä, kuinka terveysperusteisten etuuksien käyttö näkyy eri sosioekonomisissa ryhmissä. Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen näkökulma tulee huomioida myös Kelan toiminnassa.

Kuvioissa T1–T5 esitetään tiivistetysti eräitä keskeisiä tässä raportissa selostettuja kehityskulkuja.

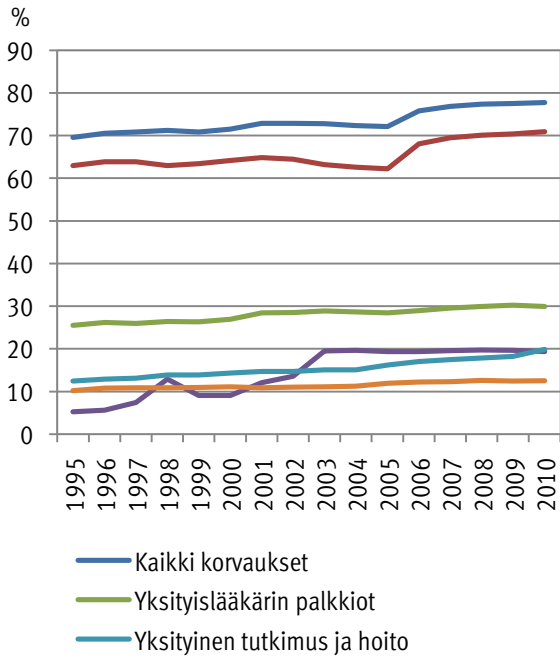
Kuvio T1. Vastasyntyneen elinajanodote 1995–2009.



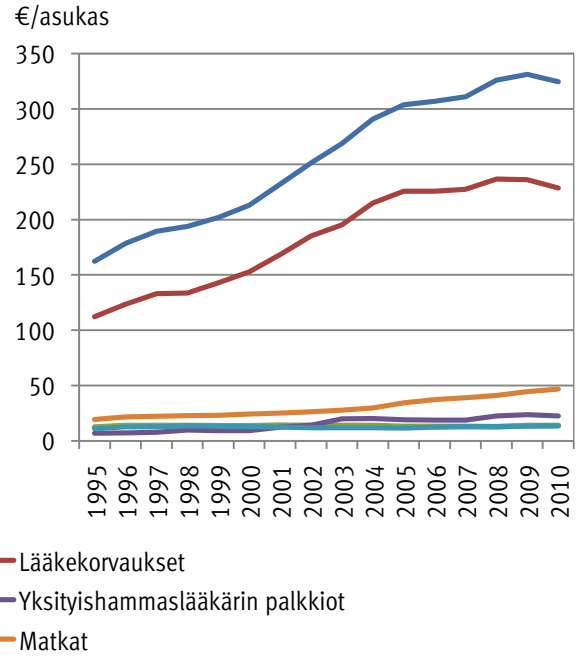
Kuvio T2. Ikävakioitu kuolleisuus eräisiin kuolemansyihin sekä uudet diabetestapaukset / 100 000 asukasta.



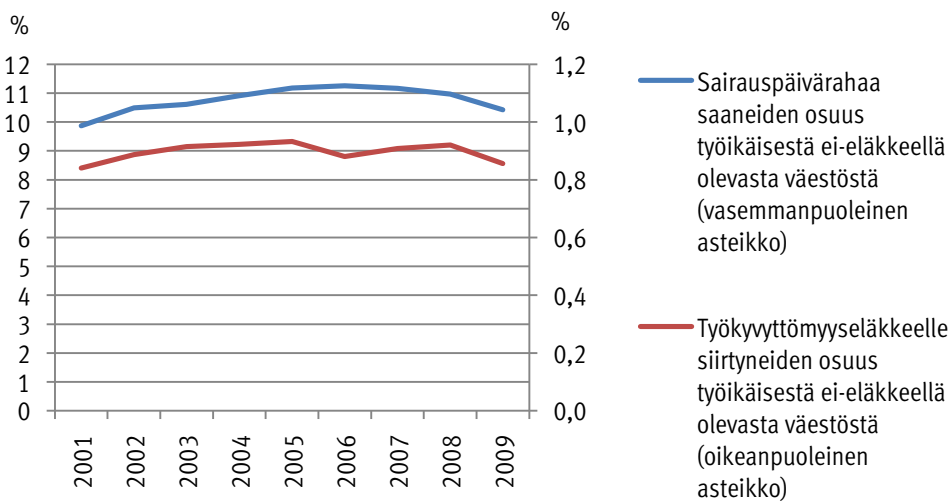
Kuvio T3. Sairaanhoidokorvauksia saaneiden osuus väestöstä 1995–2010, %.



Kuvio T4. Sairaanhoidokorvausten kulut 1995–2010, €/asukas.



Kuvio T5. Sairauspäivärahaa saaneiden ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden osuus työikäisestä väestöstä 2001–2009, %.



Sisältö

Kuvio- ja taulukkuuettelo.....	7
1 Indikaattorikatsaus tiivistää tiedon väestön terveyden kehityksestä.....	8
2 Indikaattorien valinta ja tietojen kerääminen	9
3 Väestön terveydentila Suomessa ja Euroopassa	10
3.1 Väestörakenne ja elinajanodote	10
3.1.1 Väestö ikääntyy nopeasti	10
3.1.2 Elinajanodote on suomalaisilla miehillä 77 ja naisilla 83 vuotta.....	11
3.1.3 Sosioekonomiset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet	14
3.1.4 Terveiden elinvuosien odote täydentää kuvaa	15
3.2 Kansansairaudet	16
3.2.1 Sydäntaudit ovat merkittävimpiä kansansairauksiamme.....	16
3.2.2 Suomalaisen syöpäkuolleisuus on Euroopan pienimpiä	17
3.2.3 Diabetes on kasvava kansanterveysongelma	17
3.3 Elintavat.....	20
3.3.1 Miehistä joka neljäs ja naisista joka kuudes tupakoi päivittäin.....	20
3.3.2 Alkoholikuolleisuus on kasvanut 2000-luvulla	21
3.3.3 Kasviksia ei syödä tarpeeksi.....	22
3.3.4 Väestö liikkuu mutta ei tarpeeksi	23
4 Terveysperusteisten etuuksien käyttö ja kehitys	24
4.1 Terveysperusteisten etuuksien aiheuttamat kulut kasvaneet 2000-luvulla yli 40 prosenttia	25
4.2 Sairaanhoidonkorvauksia saa kolme neljästä suomalaisesta	28
4.2.1 Lääkekorvauksia saa 71 prosenttia väestöstä	29
4.2.2 Lääkkeiden erityiskorvausoikeuksia joka neljännellä	30
4.2.3 Lääkärinpalkkioista korvauksia saaneiden osuus kasvaa vähitellen; matkakorvauksien kulut jyrkässä kasvussa.....	31
4.3 Sairauspäivärahaa saa kymmenesosa ei eläkkeellä olevista työkäisistä	32
4.4 Työkyvyttömyyseläkkeellä kahdeksan prosenttia työkäisistä.....	33
5 Alueelliset erot etuuksien käytössä	34
6 Yhteenveto ja johtopäätökset.....	37
Lähteet	39
Liitetaulukko.....	41

Kuvio- ja taulukkoluetelo

- Kuvio 1. 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä 2000–2010 ja ennuste 2011–2060 eräissä Euroopan maissa.
- Kuvio 2. Vastasyntyneiden ja 65-vuotiaiden elinajanodotteen kehitys miehillä ja naisilla eräissä Euroopan maissa 1900–2009.
- Kuvio 3. 35-vuotiaiden miesten ja naisten elinajanodote sosiaaliryhmän mukaan 1983–2005.
- Kuvio 4. Terveiden elinvuosien odote ja elinajanodote eräissä Euroopan maissa vuonna 2009.
- Kuvio 5. Ikävakioitu sydän- ja verisuonitautikuolleisuus eräissä Euroopan maissa 1995–2009.
- Kuvio 6. Ikävakioitu syöpäkuolleisuus eräissä Euroopan maissa 1995–2009.
- Kuvio 7. Diabetesta sairastavien osuus väestöstä eräissä maissa vuonna 2010.
- Kuvio 8. Uusien diabetestapausten määrä 100 000 asukasta kohden 1995–2009.
- Kuvio 9. Ylipainoisten (BMI $\geq 25\text{kg/m}^2$) ja lihavien (BMI $\geq 30\text{kg/m}^2$) osuus 15–64-vuotiaista Suomessa 1998–2010.
- Kuvio 10. Lihavien (BMI $\geq 30\text{kg/m}^2$) osuus aikuisväestöstä eräissä OECD-maissa vuonna 2007.
- Kuvio 11. Päivittäin tupakoivien osuus 15 vuotta täyttäneistä eräissä Euroopan maissa 1995–2009.
- Kuvio 12. Ikävakioitu alkoholikuolleisuus sekä puhtaan alkoholin kulutus litraa/asukas Suomessa 1995–2009.
- Kuvio 13. Ikävakioitu kuolleisuus alkoholiin liittyviin kuolemansyihin eräissä Euroopan maissa 1995–2009.
- Kuvio 14. Kasviksia päivittäin syövien osuus 15–64-vuotiaista suomalaisista 1998–2010.
- Kuvio 15. Päivittäin hedelmiä syövien ja päivittäin vihanneksia syövien osuus 15-vuotiaista nuorista 2005/2006.
- Kuvio 16. Vähintään kahdesti viikossa vapaa-ajan liikuntaa harrastaneiden osuus (%) 15–64-vuotiaista 1998–2009.
- Kuvio 17. Rasittavaan fyysiseen liikuntaan osallistuminen vähintään kaksi tuntia viikossa, osuus 15-vuotiaista nuorista 2005/2006.
- Kuvio 18. Kelan maksamien terveysperusteisten etuuksien kulut sekä terveysperusteisten etuuksien osuus Kelan etuusmenoista 1995–2010.
- Kuvio 19. Lääkekorvauksia saaneiden osuus väestöstä sekä lääkekorvausten kustannukset asukasta kohden 1995–2010.
- Kuvio 20. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuus väestöstä eräiden sairauksien mukaan 1995–2010.
- Kuvio 21. Korvauksia yksityislääkärin tai yksityishammaslääkärin palkkiosta, yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta sekä matkoista saaneiden osuus väestöstä (%) sekä korvaukset (€/asukas) 1995–2010.
- Kuvio 22. Maksetut sairauspäivärahapäivät diagnoosin mukaan ja sairauspäivärahaa saaneiden osuus työikäisestä ei-eläkkeellä olevasta väestöstä 2001–2010 sekä korvaukset (€/asukas vuoden 2010 rahassa) 1995–2010.
- Kuvio 23. Työkyvyttömyyseläkkeellä olleiden osuus työikäisestä väestöstä (31.12.) sekä Kelan työkyvyttömyyseläkkeiden kustannukset asukasta kohden 1995–2009.
- Kuvio 24. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet diagnoosin mukaan sekä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden osuus ei-eläkkeellä olevasta väestöstä 2001–2009.
- Kuvio 25. Kuntien välisten erojen kehitys mitattuna Terveyspuntarin sairastavuusindeksin ja sen osioiden suhteellisilla alueellisilla keskiarvoilla 1995–2009.
- Kuvio 26. Alue-erot työkyvyttömyyseläkkeellä olevien ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuksissa 2009.

Liitetaulukko. Kelan toimeenpanemien terveysperusteisten etuuksien kulut 1995–2010, milj. € (vuoden 2010 rahassa).

1 Indikaattorikatsaus tiivistää tiedon väestön terveyden kehityksestä

Suomessa ja maailmalla kootaan runsaasti väestön terveydentilaa ja hyvinvointia kuvaavaa indikaattoritietoa. Indikaattorit kertovat tiiviissä muodossa kansanterveyden ja väestön hyvinvoinnin kehityksestä ja niiden avulla voidaan pohtia menneen kehityksen syitä ja seurauksia sekä ennustaa tulevaisuutta. Lisäksi ne auttavat analysoimaan esimerkiksi väestöryhmien ja alueiden välisten erojen kehitystä.

Tähän raporttiin on koottu muutamia tärkeimmiksi arvioituja tietoja suomalaisten terveydentilan kehityksestä ja terveysperusteisten sosiaaliturvaetuuksien käytöstä viimeisen 15 vuoden aikana. Kehitystä kussakin ilmiössä tulkitaan lyhyesti. TerveYTEEN liittyvän sosiaaliturvan kannalta on erityisen tärkeää kyetä seuraamaan, kuinka väestön terveydentila ja terveyttä määrittävät tekijät kehittyvät ja miten tämä kehitys näkyy terveysperusteisen sosiaaliturvan käytössä. Raportin tarkoitus on palvella lukijaa valmiiksi kootun ja tulkitun tiedon avulla.

Indikaattorien kehittämistyön keskeisimpiä haasteita on löytää indikaattorit, jotka ovat kehityksen kannalta keskeisiä ja joista on saatavilla sekä kansainvälisesti vertailukelpoista tietoa että kotimaista tietoa väestöryhmittäin ja alueittain. Useista väestön terveydentilaa kuvaavista ulottuvuuksista onkin helposti saatavilla vertailukelpoista tietoa eri maista. Sen sijaan esimerkiksi Kelan toimeenpanemien terveysperusteisten etuuksien käyttöä kuvaavaa tietoa on hankalaa verrata kansainvälisesti eri maiden etuusjärjestelmien erilaisuudesta johtuen. Etuuksiin liittyvien vuositietojen vertailu on tosin Suomenkin osalta haasteellista, koska lainsäädäntö ja järjestelmä muuttuvat jatkuvasti. Silti on kiinnostavaa seurata sitä, millaisilta terveysperusteisten etuuksien käytön trendit näyttävät peilattuna väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan samanaikaiseen kehitykseen.

Sosiaaliturvan varsinaisia vaikutuksia terveyteen – taikka terveyden vaikutuksia sosiaaliturvan käyttöön – ei kuitenkaan voida arvioida vain vertaamalla rinnakkain muutoksia erillisissä indikaattoreissa, vaan tämä vaatii systemaattista tutkimusta. Väestön terveydentila ja hyvinvointi kehittyvät hyvin monen tekijän summana, ja yksittäisiä indikaattorilukuja vertailemalla ei voida suoraan päätellä, miten esimerkiksi terveysturvan etuudet, niiden taso ja muutokset ovat yhteydessä suomalaisten terveydentilaan ja hyvinvointiin ja niissä tapahtuviin muutoksiin. Terveysperusteisten etuuksien käyttö riippuu väestön terveydentilan lisäksi muistakin tekijöistä ja vaihtelee vuosittain vahvasti kulloinkin voimassa olevan lainsäädännön ja järjestelmän mukaan. Lisäksi monien terveysperusteisten etuuksien käyttö on kytköksissä muuhun yhteiskunnalliseen tilanteeseen. Esimerkiksi sairauspäivärahojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden käyttö riippuu osittain myös työmarkkinatilanteesta. Ansio-

sidonnaisten etuuksien kulut riippuvat puolestaan käyttäjämäärien lisäksi myös keskimääräisestä ansiokehityksestä.

2 Indikaattorien valinta ja tietojen kerääminen

Väestön terveydentilaa ja terveyttä määrittäviä tekijöitä kuvaaviksi indikaattoreiksi valittiin tähän raporttiin tietoja, jotka ovat yleisesti käytössä ja helposti saatavilla, jolloin niiden seuranta myös jatkossa on yksinkertaista. Lisäksi kriteerinä oli se, että saatavilla on myös vertailukelpoista tietoa muista maista. Väestön terveydentilaa kuvaavia muuttujia valittiin sen vuoksi pääasiassa jo tehdyn indikaattorityön pohjalta. Euroopan maiden väestön terveydentilan kehitystä kuvaavaa indikaattorityötä koordinoidaan ECHI-projektissa (European Community Health Indicators). Euroopan komission ylläpitämän ECHI-indikaattorijärjestelmän tarkoituksena on kerätä vertailukelpoisia terveysindikaattoreita, joiden valinnan kriteereinä on kattavuus, jäsenmaiden ja komission kansanterveyspolitiikan tarpeisiin vastaaminen, innovatiivisuus sekä aiempaan työhön ja kansanterveysohjelmiin tukeutuminen. Tähän raporttiin terveysindikaattoreita valittiin ECHI-indikaattorien joukosta. Tiedot poimittiin kahdeksasta maasta: mukana ovat Suomen lisäksi Pohjoismaat Ruotsi, Tanska ja Norja, kolme suurta EU-maata Iso-Britannia, Saksa, Ranska sekä naapurimaa Viro. Lisäksi mukaan otettiin keskiarvotieto EU-jäsenmaista (27 maata; EU 27), mikäli se oli saatavilla. Tietojen jakajana toimii pääosin EU:n Eurostat-tilastotoimisto. Joitakin tietoja kerättiin myös WHO:n ja OECD:n tietokannoista sekä muista tilastolähteistä.

Terveysperusteisten sosiaaliturvaetuuksien tiedot koskevat tässä vain Suomea, eikä kansainvälistä vertailutietoa lähdetty hakemaan muiden maiden erilaisten sosiaaliturvajärjestelmien takia. Terveysperusteisten etuuksien tiedot on koottu pääasiassa Kelan tilastotiedoista, ja etuuksien käytön väestöosuudet on laskettu Tilastokeskuksen väestötietojen avulla. Etuustiedot on suhteutettu kunkin vuoden keskiväkilukuun.

Tähän raporttiin on koottu pääasiassa sellaista tietoa, josta on olemassa seurantatietoja useammalta vuodelta. Ajallisen seurannan avulla voidaan tarkastella kunkin indikaattorin kehityskaarta ja pohdita, mihin suuntaan kehitys näyttäisi olevan menossa. Tiedot on pyritty esittämään vuodesta 1995 viimeisimpään saatavilla olevaan vuoteen saakka, joka oli useimmissa tapauksissa vuosi 2009 tai 2010. Euromääräiset aikasarjat on vertailun mahdollistamiseksi muunnettu vuoden 2010 rahaksi.

Pääasiassa tietoja käsitellään niiden saatavuuden vuoksi väestötason keskiarvoina.

3 Väestön terveydentila Suomessa ja Euroopassa

Tässä luvussa käydään läpi kehitystä suomalaisten väestörakenteessa, terveydentilassa ja terveyskäyttäytymisessä. Terveyttä mitataan hyvin yleisillä mittareilla kuten elinajanodotteella, terveiden elinvuosien odotteella sekä kuolleisuudella tärkeimpiin kansansairauksiin. Lisäksi tarkastellaan kehitystä terveydentilaan vaikuttavissa elintavoissa.

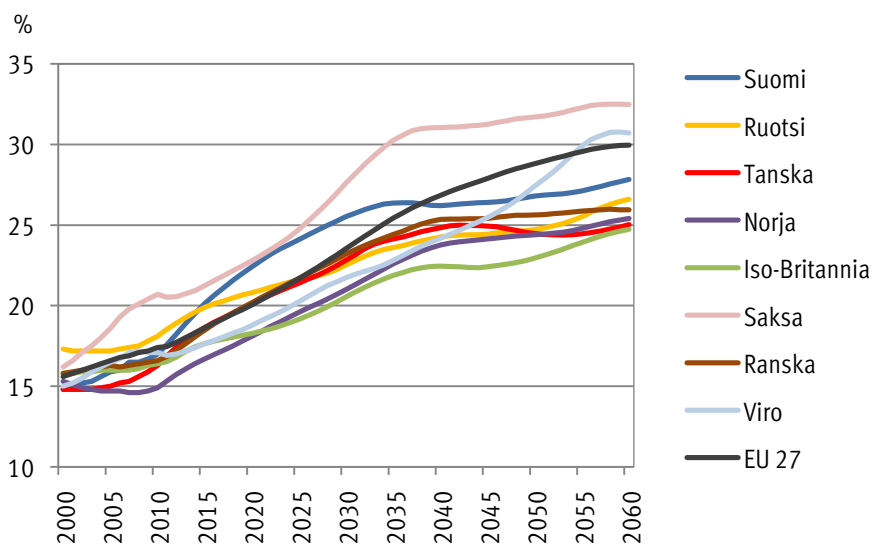
3.1 Väestörakenne ja elinajanodote

3.1.1 Väestö ikääntyy nopeasti

Väestörakenne vaikuttaa huomattavasti väestön keskimääräisen terveydentilaan sekä palveluiden ja etuuksien tarpeeseen ja käyttöön. Tästä syystä palveluiden ja etuuksien käytön kehityksen arvioinnissa on aina kiinnitettävä huomiota myös kohdeväestön koostumukseen. Erityisen huomionarvoista tulevaisuudessa on ikääntyneiden osuuden voimakas kasvu. Kuviossa 1 esitetään 65 vuotta täyttäneiden osuus Suomen ja eräiden Euroopan maiden väestöistä vuosina 2000–2010 sekä ennuste vuoteen 2060 saakka.

Ikääntyneiden osuus väestöstä tulee ennusteiden mukaan nousemaan voimakkaasti seuraavien parinkymmenen vuoden aikana. 2010-luvun alku merkitsee selkeää taitekohtaa eri ikäryhmien osuuden kehityksessä: näistä vuosista alkaen työikäisten osuus pienenee huomattavasti samalla kun 65 vuotta täyttäneiden osuus kasvaa nykyisestä 17 prosentista noin kymmenellä prosenttiyksiköllä 2030-luvun puoliväliin mennessä. Eniten hoivaa ja palveluita tarvitsevien 85 vuotta täyttäneiden osuus tulee merkittävästi kasvamaan erityisesti 2030-luvulla, jolloin osuus tulee ennusteiden mukaan nousemaan lähelle seitsemää prosenttia väestöstä. Muihin EU-maihin verrattaessa Suomen väestö ei ollut vielä vuoden 2010 lopussa keskimääräistä ikääntyneempää. Ikääntyminen on kuitenkin viime vuosina ollut poikkeuksellisen nopeaa, ja erityisen nopeaa se tulee muihin maihin verrattuna olemaan seuraavien vuosikymmenien aikana.

Kuvio 1. 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä 2000–2010 ja ennuste 2011–2060 eräissä Euroopan maissa, %.



Lähde: Eurostat.

3.1.2 Elinajanodote on suomalaisilla miehillä 77 ja naisilla 83 vuotta

Vastasyntyneen elinajanodote kertoo, kuinka vanhaksi tietynä vuonna syntynyt voi odottaa elävänsä. Elinajanodote lasketaan kunkin vuoden ikäryhmittäisten kuolleisuustietojen perusteella, ja luku kertoo siten sen, kuinka pitkään vastasyntynyt eläisi, jos vastaavat ikäryhmittäiset kuolleisuusriskit pätsivät koko hänen elämänsä ajan. Elinajanodotteessa ei kuitenkaan oteta huomioon tulevaisuudessa tapahtuvia kuolleisuuden muutoksia eri ikäryhmissä. Kun ikäryhmittäinen kuolleisuus koko ajan laskee, elinajanodote nousee, ja se lasketaankin vuosittain uudelleen tuoreimpien toteutuneiden kuolleisuustietojen perusteella.

Vuonna 2009 vastasyntyneiden elinajanodote oli suomalaispojilla 76,6 vuotta ja -tytöillä 83,5 vuotta – eroa sukupuolten välillä oli siis lähes 7 vuotta. Miesten ja naisten kuolleisuusero on läntisen Euroopan suurimpia. Suurin syy miesten ja naisten väliseen eroon on miesten suuri kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin.

Elinajanodote voidaan laskea myös muille kuin vastasyntyneille. Esimerkiksi 65-vuotiaiden elinajanodote kuvaa odotettavissa olevaa jäljellä olevaa elinaikaa niillä, jotka ovat selvinneet 65 vuoden ikään. Nykypäivän 65-vuotiaan kokonaiselinajanodote ei siis ole sama kuin hänen syntymävuotensa vastasyntyneiden elinajanodote.

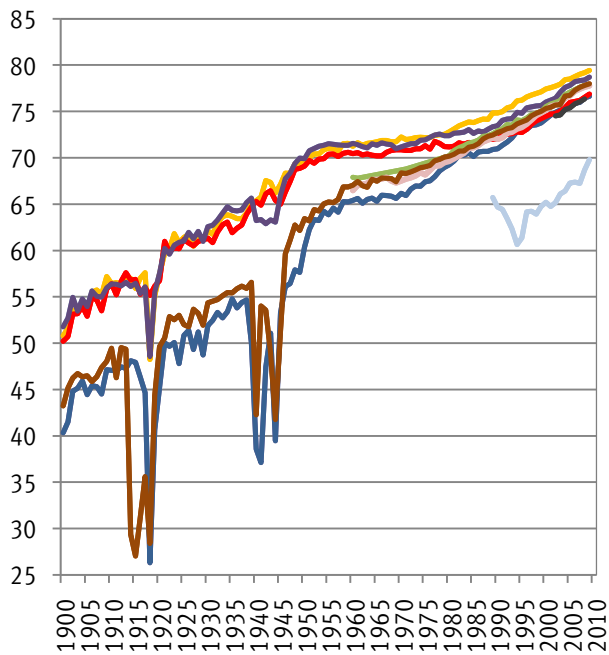
Väestön terveydentilan pitkäaikaisen kehityslinjan kuvaamiseksi kuviossa 2 esitetään elinajanodotteen kehitys eräissä Euroopan maissa vastasyntyneillä pojilla ja tytöillä sekä 65-vuotiailla miehillä ja naisilla 1900-luvun alusta lähtien. 1900-luvun aikana elinajanodote on kasvanut voimakkaasti lukuun ottamatta sota-aikojen tilapäisiä alenemisiä. 1900-luvun alusta tähän päivään suomalaismiesten elinajanodote on kasvanut 36 vuotta ja naisten 40 vuotta – keskimäärin odotettavissa oleva elinikä on siis sadassa vuodessa noin kaksinkertaistunut. Myös viimeisimmän vuosikymmenen aikana elinajanodote on edelleen kasvanut, miehillä 2,4 vuotta ja naisilla 2,3 vuotta. Toisin sanoen vuonna 2009 syntynyt voi odottaa elävänsä melkein kaksi ja puoli vuotta pidempään kuin vuonna 2000 syntynyt. Vastasyntyneen elinajanodotteen ennustetaan edelleen tulevaisuudessa kasvavan.

Suomalaisten elinajanodote nousi 1900-luvun kuluessa muiden Pohjoismaiden tasolle, ja kehitys on viimeisen parinkymmenen vuoden aikana ollut samantahtista muiden maiden kanssa. Suomalaisnaisten elinajanodote on nykyään noin vuoden EU:n keskitasoa korkeampi. Ruotsalaismiesten elinajanodote on kuitenkin lähes kolme vuotta korkeampi kuin suomalaismiesten; naisilla eroa ei maiden välillä ole. Suomalaisnaisten elinajanodote on sen sijaan kaksi vuotta korkeampi kuin tanskalaisnaisten, mutta miesten elinajanodotteet ovat Suomessa ja Tanskassa samalla tasolla. Virolaisten elinajanodote laahaa Suomea ja muuta Eurooppaa selvästi jäljessä, ja 1990-luvun alun yhteiskunnallisten myllerrysten aikaan elinajanodote jopa hetkellisesti pieneni.

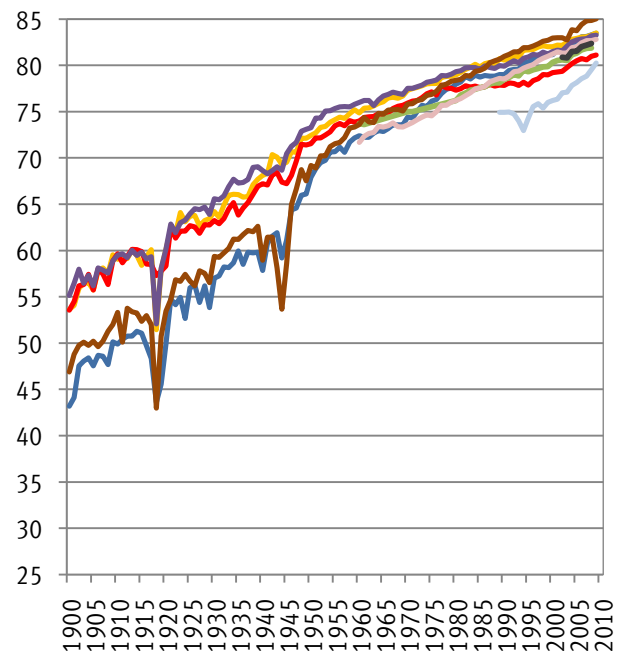
Nykypäivän 65-vuotias suomalainen nainen voi odottaa elävänsä vielä 22 vuotta ja vastaavanikäinen mies 17 vuotta. Sukupuolten välinen ero odotettavissa olevassa elinajassa näkyy siis myös vanhuusiikään saakka selvinneillä. 65 vuotta täyttäneiden elinajanodotteen kasvu nopeutui Suomessa 1970-luvulla. Suotuisa kehitys ikääntyneiden kuolleisuudessa on johtunut pääasiassa sydän- ja verisuonitautien vähenemisestä. Sama erityisesti sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden alenemiseen liittyvä trendi näkyy myös vastasyntyneiden elinajanodotteen suotuisassa kehityksessä 1970-luvulta alkaen 1950- ja 1960-lukujen tasaisemman vaiheen jälkeen.

Kuvio 2. Vastasyntyneiden ja 65-vuotiaiden elinajanodotteen kehitys miehillä ja naisilla eräissä Euroopan maissa 1900–2009.

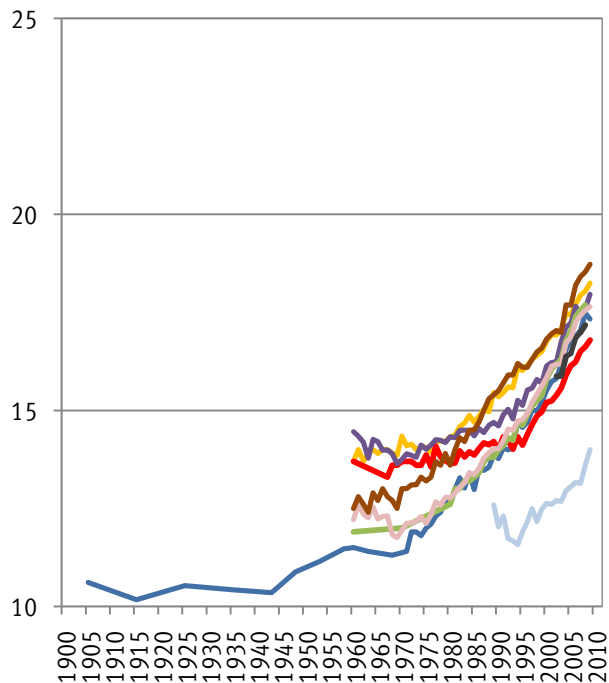
Pojat, vastasyntyneet
Elinajanodote, vuotta



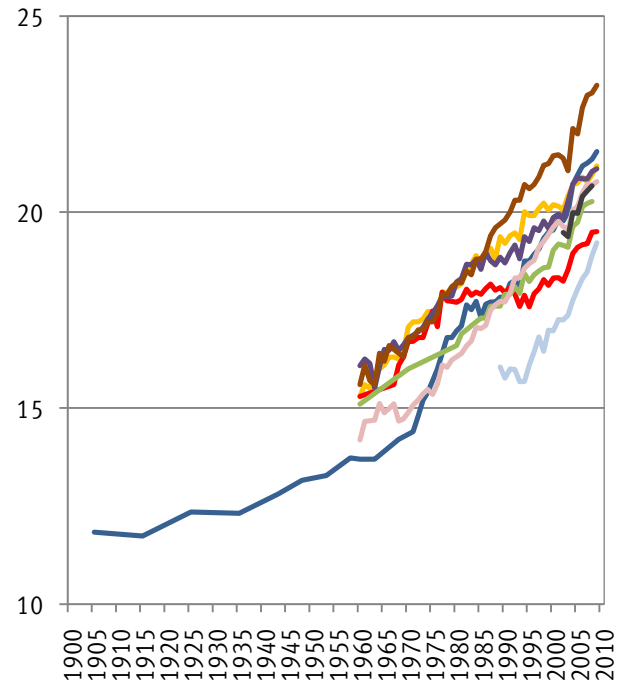
Tytöt, vastasyntyneet
Elinajanodote, vuotta



Miehet, 65-vuotiaat
Elinajanodote, vuotta



Naiset, 65-vuotiaat
Elinajanodote, vuotta

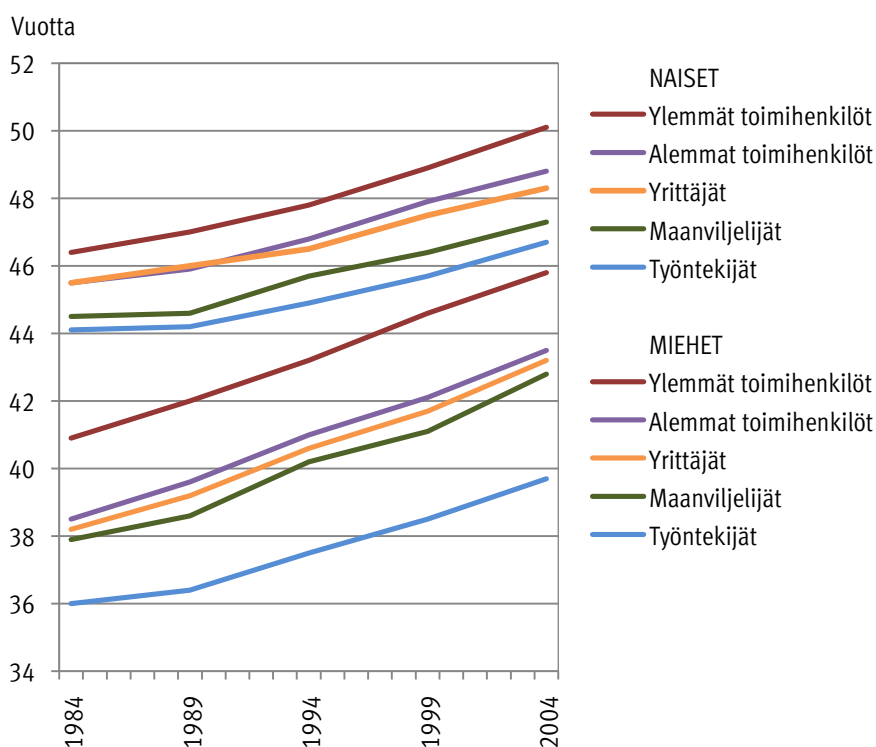


3.1.3 Sosioekonomiset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet

Vaikka sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on ollut tavoitteena jo pitkään, erot kasvavat. Kuviossa 3 esitetään elinajanodotteet sosiaaliryhmän mukaan naisilla ja miehillä 1980-luvun puolivälistä 2000-luvun ensikymmenen puoliväliin. Jaksolla 1983–1985 35-vuotiaiden miesten elinajanodotteiden ero ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välillä oli 5 vuotta mutta oli kasvanut 6,1 vuoteen jaksolla 2003–2005. Naisilla vastaava ero kasvoi 2,3 vuodesta 3,3 vuoteen (Valkonen ym. 2007). Työntekijän naisten elinajanodote on viime vuosina saavuttanut tason, joka ylempillä toimihenkilönaisilla oli jo 1980-luvulla. Työntekijämiehet sen sijaan eivät ole vielä saavuttaneet vastaavaa vuosikymmenten takaista tasoa.

Suomessa sosiaaliryhmien väliset kuolleisuuserot ovat poikkeuksellisen suuria verrattuna moneen Euroopan maahan, esimerkiksi muihin Pohjoismaihin ja Britanniaan (Mackenbach ym. 2003). Sosioekonomiset terveyserot ovat jatkaneet kasvuaan siitä huolimatta, että terveyserojen kaventamisen tavoite on huomioitu monissa ohjelmissa, työryhmissä ja hankkeissa (Rotko ym. 2011).

Kuvio 3. 35-vuotiaiden miesten ja naisten elinajanodote sosiaaliryhmän mukaan 1983–2005 (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot vuosille 1984, 1989, 1994, 1999 ja 2004).



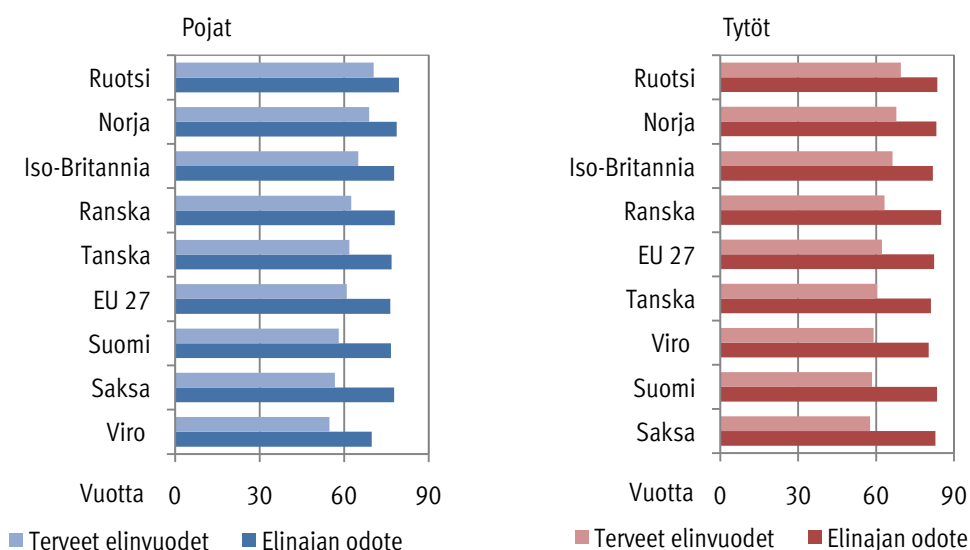
Lähde: Valkonen ym. 2007.

3.1.4 Terveiden elinvuosien odote täydentää kuvaa

Elinajanodotteen lisäksi voidaan laskea terveiden elinvuosien odote (*healthy life years; disability-free life expectancy*). Indikaattori kertoo, kuinka monta vuotta tietynikäinen henkilö voi odottaa elävänsä ilman terveyden ja toimintakyvyn rajoitteita. Kun elinajanodote perustuu ainoastaan kuolleisuustietoihin, terveiden elinvuosien odotteessa yhdistetään ikäryhmittäiset sairastavuus- ja kuolleisuustiedot. Kyse ei siis ole ainoastaan elämän pituudesta vaan myös elämänlaadusta sekä terveen ja toimintakykyisten vuosien osuudesta koko elämänkaaressa. Mittari ei kuitenkaan ole yhtä luotettava kuin elinajanodote, sillä sen arvio perustuu rekisteritietojen lisäksi väestökyselyihin. Vertailukelpoisuus ajassa sekä eri maiden välillä on tästä syystä huono, ja tietoja esitetään tässäkin vain poikkileikkauksena.

Kuviossa 4 esitetään Eurostatin lukuihin perustuvat arviot vastasyntyneiden poikien ja tyttöjen terveiden elinvuosien odotteesta vuonna 2009 rinnakkain vastaavan vuoden elinajanodotteen kanssa. Suomalaiset näyttäisivät terveiden elinvuosien perusteella katsottuna sijoittuvan Euroopan sairaimpien kansojen joukkoon: odote oli sekä vastasyntyneillä pojilla että tytöillä 58 vuotta, kun EU-maiden keskiarvo oli pojilla 61 ja tytöillä 62 vuotta. On kuitenkin huomattava, että koska luku perustuu väestökyselyihin, se heijastelee siten todellisen terveyden ja toimintakyvyn lisäksi myös kansankuntien välisiä kulttuurisia eroja oman terveydentilan raportoimisessa. Edellä mainitusta syystä mittariin on suhtauduttava varovaisuudella. Elinajanodotteen ja terveiden elinvuosien välillä ei näy selkeästi yhteyttä siten, että terveiden elinvuosien odote olisi suurempi maissa, joissa myös elinajanodote on suurempi.

Kuvio 4. Terveiden elinvuosien odote ja elinajanodote eräissä Euroopan maissa vuonna 2009 (Ison-Britannian sekä EU27:n tiedot vuodelta 2008).



3.2 Kansansairaudet

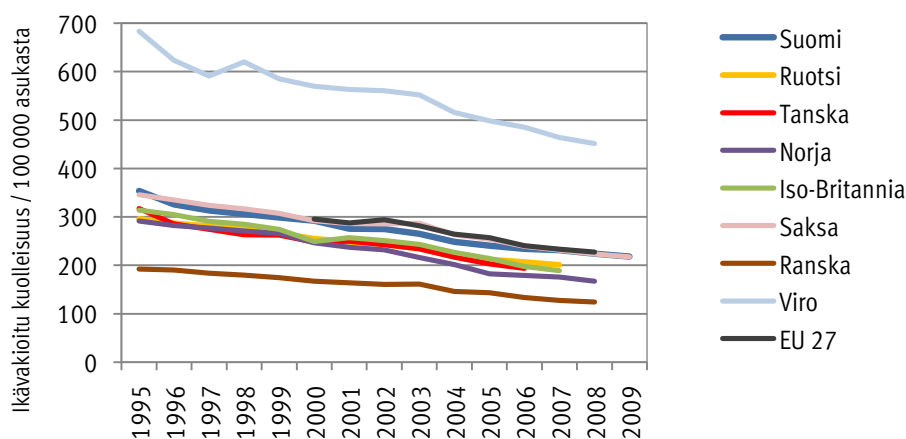
Kansansairauksista saadaan eri maiden välillä vertailukelpoista tietoa luotettavimmin kuolleisuuden avulla. Seuraavassa vertaillaan Euroopan maita joidenkin suomalaisittain tärkeiden tautiryhmien kuolleisuuden kautta sekä tarkastellaan erikseen diabetesta suomalaisen väestön nousevana kansanterveysongelmana.

3.2.1 Sydäntaudit ovat merkittävimpiä kansansairauksiamme

Verenkiertoelinten sairaudet (iskeemiset sydäntaudit, muut sydäntaudit, aivoverisuonien sairaudet sekä muut sydän- ja verisuonitaudit) aiheuttivat 40 prosenttia väestön kuolemista vuonna 2009. Pelkästään iskeemisten sydäntautien osuus kuolemista oli 23 prosenttia. Syövät aiheuttivat vuoden 2009 kuolemista 22 prosenttia, dementia 11 prosenttia, ja tapaturmat ja väkivalta (ml. itsemurhat) seitsemän prosenttia. Työikäisen väestön (15–64-vuotiaat) kuolemista syövät aiheuttivat 27 prosenttia, verenkiertoelinten sairaudet 23 prosenttia, tapaturmat ja väkivalta 20 prosenttia (josta itsemurhat kahdeksan prosenttia) sekä alkoholiperäiset taudit ja tapaturmainen alkoholimyrkytys 15 prosenttia (Tilastokeskus, StatFin-tietokanta/Kuolemansyyt).

Elintapojen ja terveydenhoidon parantumisen myötä tapahtunut sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden pieneneminen on merkittävästi vaikuttanut suomalaisten elinajanodotteen kasvuun 1960-luvun lopusta lähtien, ja myönteinen kehitys jatkuu edelleen. Kuviossa 5 esitetään sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden kehitys vuosina 1995–2009 Suomessa ja eräissä Euroopan maissa. Länsi-Eurooppaan verrattuna suomalaisten sepelvaltimotautikuolleisuus on alenemisesta huolimatta edelleen korkealla tasolla. Virossa sydäntautikuolleisuus on Suomea huomattavasti korkeampi. Länsi-Euroopan maissa sydäntautikuolleisuus on pientä. Nämä maat osoittavat tason, jota kohden muiden maiden on mahdollista pyrkiä.

Kuvio 5. Ikävakioitu^a sydän- ja verisuonitautikuolleisuus eräissä Euroopan maissa 1995–2009.

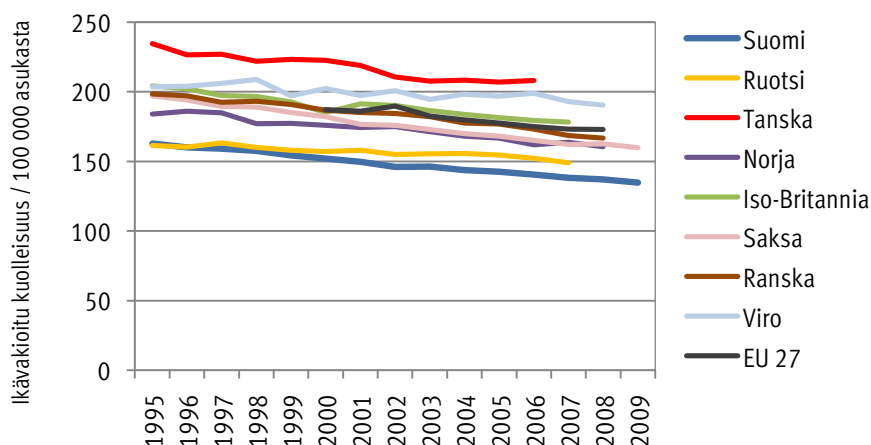


^a Kuolleisuuden taso riippuu vahvasti maan ikärakenteesta. Ikävakioidut kuolleisuusluvut tasaavat ikärakenteen vaikutuksen painottamalla maakohtaisia kuolleisuustietoja koko Euroopan väestörakenteella. Näin luvuista tulee vertailukelpoisia.
Lähde: Eurostat.

3.2.2 Suomalaisten syöpäkuolleisuus on Euroopan pienimpiä

Syöpäkuolleisuus on alentunut voimakkaasti viime vuosikymmenien aikana, niin myös viimeisen 15 vuoden aikana. Kuolleisuus on tänä aikana laskenut myös kaikissa vertailtavissa maissa. Suomessa syöpäkuolleisuus on matalalla tasolla muihin Euroopan maihin verrattuna (kuvio 6). Tämä johtunee eroista muun muassa elintavoissa, ympäristöaltistuksessa, geeniperimässä, elintavoissa, taudin varhaisessa toteamisessa, hoitoon pääsyssä sekä hoidon laadussa ja tehokkuudessa. Nämä tekijät ovat myös olleet yhteydessä kuolleisuuden laskuun seurattavana ajanjaksona. Esimerkiksi rintasyövän – joka on naisten yleisin syöpätyyppi – seulonta on Suomessa kansainvälisesti verrattuna kattavaa, ja esimerkiksi rintasyöpään, kohdunkaulan syöpään ja paksusuolen syöpään sairastuneiden eloonjäämisluvut ovat kansainvälisessä vertailussa korkeat (OECD 2009).

Kuvio 6. Ikävakioitu^a syöpäkuolleisuus eräissä Euroopan maissa 1995–2009.



^aKuolleisuuden taso riippuu vahvasti maan ikärakenteesta. Ikävakioidut kuolleisuusluvut tasaavat ikärakenteen vaikutuksen painottamalla maakohtaisia kuolleisuustietoja koko Euroopan väestörakenteella. Näin luvuista tulee vertailukelpoisia.
Lähde: Eurostat.

3.2.3 Diabetes on kasvava kansanterveysongelma

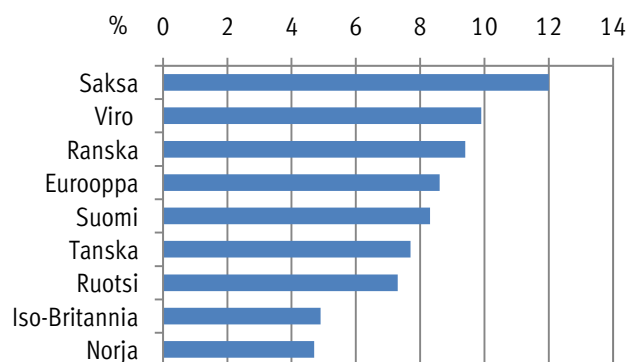
Joidenkin sairauksien osalta on havaittavissa negatiivisia trendejä. Diabetes on kansanterveysongelma, jonka merkitys väestössä on kasvamassa: sitä sairastaa noin 10 prosenttia Suomen aikuisväestöstä (Koski 2010). Diabetes voi johtaa potilaan toimintakykyä heikentäviin pitkäaikaishaittoihin kuten sydän- ja verisuonisairauksiin (esimerkiksi sydämen suurien valtimoiden, aivojen, munuaisten ja silmän sairaudet).

Suuri osa diabeetikoista ei tiedä sairaudestaan. Diagnoosin saaneista 85 % sairastaa tyypin 2 (aikuistyypin) diabetesta, 15 % tyypin 1 diabetesta (Sund ja Koski 2009). Erityisesti tyypin 2 diabetes on

yleistynyt ja sen ennustetaan edelleen yleistyvän. Tyypin 2 diabeteksen riskitekijöitä ovat geneettisten tekijöiden lisäksi erityisesti lihavuus, epäterveelliset ruokatottumukset sekä vähäinen liikunta.

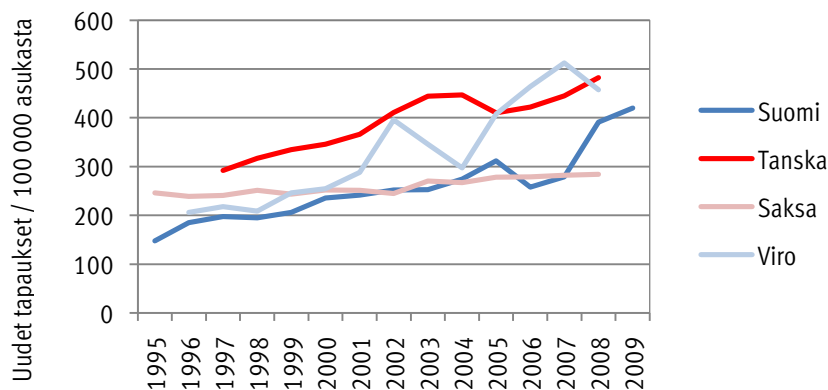
Diabeteksen esiintyvyydestä (osuus väestöstä) ja ilmaantuvuudesta (uusien tapauksien määrä vuodessa) on hankala saada vertailukelpoista kansainvälistä aikasarjatietoa. Diagnoosin saaneiden lukumäärien perusteella (kuvio 7) Suomessa on väestöön suhteutettuna diabeetikkoja enemmän kuin muissa Pohjoismaissa mutta kuitenkin vähemmän kuin monissa muissa Euroopan maissa. Ei ole kuitenkaan selvää, kuinka paljon erot luvuissa johtuvat esimerkiksi diagnoosikäytäntöjen eroista eri maissa. Uusien tietoon tulleiden diabetesdiagnoosien määrissä Suomessa on tapahtunut jyrkkä nousu viimeisen 15 vuoden aikana (kuvio 8). Kun vuonna 1995 löydettiin noin 150 uutta tapausta 100 000 asukasta kohden, vuonna 2009 vastaava luku oli jo 420. Kuvion 8 suurten vuosittaisten vaihteluiden syy ei ole tiedossa mutta se saattaa johtua käytetyssä aineistotietokannassa olevista virheistä. Trendi on kuitenkin esimerkiksi Suomessa selvästi nouseva.

Kuvio 7. Diabetesta sairastavien osuus väestöstä eräissä maissa vuonna 2010.



Lähde: IDF Diabetes Atlas.

Kuvio 8. Uusien diabetestapausten määrä 100 000 asukasta kohden 1995–2009.



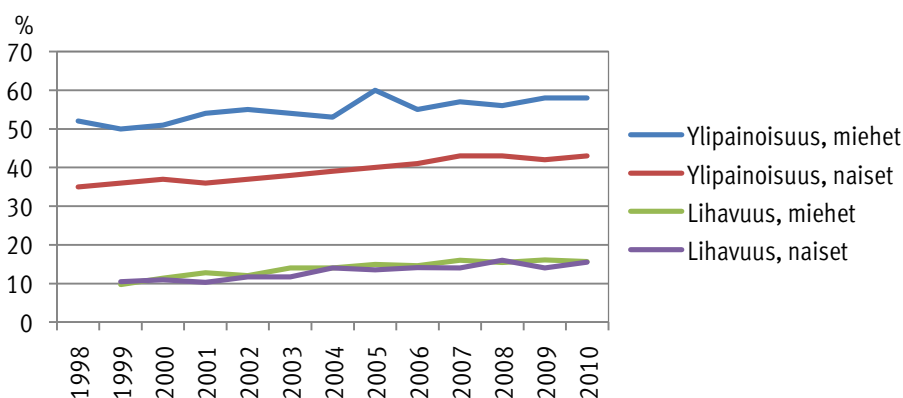
Lähde: WHO European Health for All -tietokanta.

3.3.5 Ylipainoisuus on uusi kansantauti

Ylipainoisuus (painoindeksi eli BMI ≥ 25 kg/m²) sekä lihavuus (BMI ≥ 30 kg/m²) ovat huomattavasti yleistyneet länsimaisissa yhteiskunnissa ja muodostavat kasvavan terveysuhan. Esimerkiksi diabeteksen – erityisesti tyypin 2 diabeteksen – yleistymisen liittyy ylipainoisuuden lisääntymiseen. Kuviossa 9 esitetään ylipainoisten ja lihavien osuuden kehitys suomalaisella aikuisväestöllä 1998–2010. Ylipainoisten ja lihavien osuudet ovat kasvaneet selvästi seurannan aikana. Pitkällä aikavälillä kasvu on ollut vielä jyrkempää. Vuonna 2010 ylipainoisia oli 58 prosenttia miehistä ja 43 prosenttia naisista. On lisäksi huomioitava, että mittaus perustuu itse ilmoitettuun pituuteen ja painoon, mikä todennäköisesti hiukan kaunistelee todellisuutta. Vuoden 2005 hyppäys miehillä johtunee aineistoon liittyvästä satunnaisuudesta.

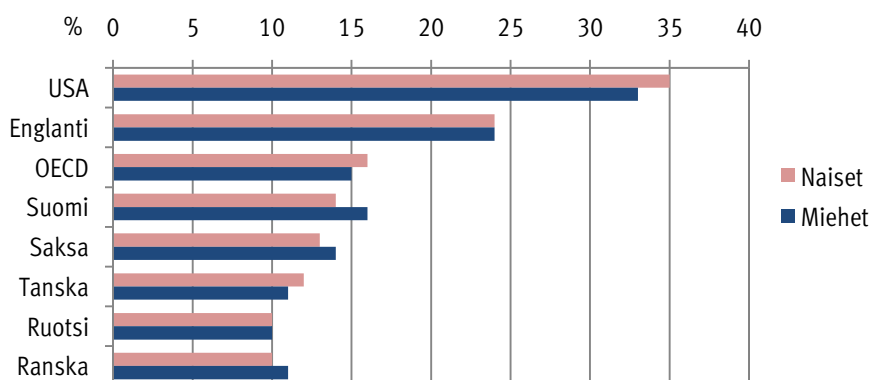
Lihavien osuus väestöstä ei Suomessa kuitenkaan vielä ole kansainvälisesti ajatellen erityisen korkealla tasolla (kuvio 10) vaan vastaavat OECD-maiden keskitasoa. Tiedot eivät kuitenkaan ole välttämättä vertailukelpoisia, sillä osassa maita tieto perustuu kyselyihin, osassa väestölle tehtyihin mittauksiin.

Kuvio 9. Ylipainoisten (BMI ≥ 25 kg/m²) ja lihavien (BMI ≥ 30 kg/m²) osuus 15–64-vuotiaista Suomessa 1998–2010.



Lähde: THL/AVTK-kyselyt.

Kuvio 10. Lihavien (BMI ≥ 30 kg/m²) osuus aikuisväestöstä eräissä OECD-maissa vuonna 2007.



Lähde: OECD 2009.

3.3 Elintavat

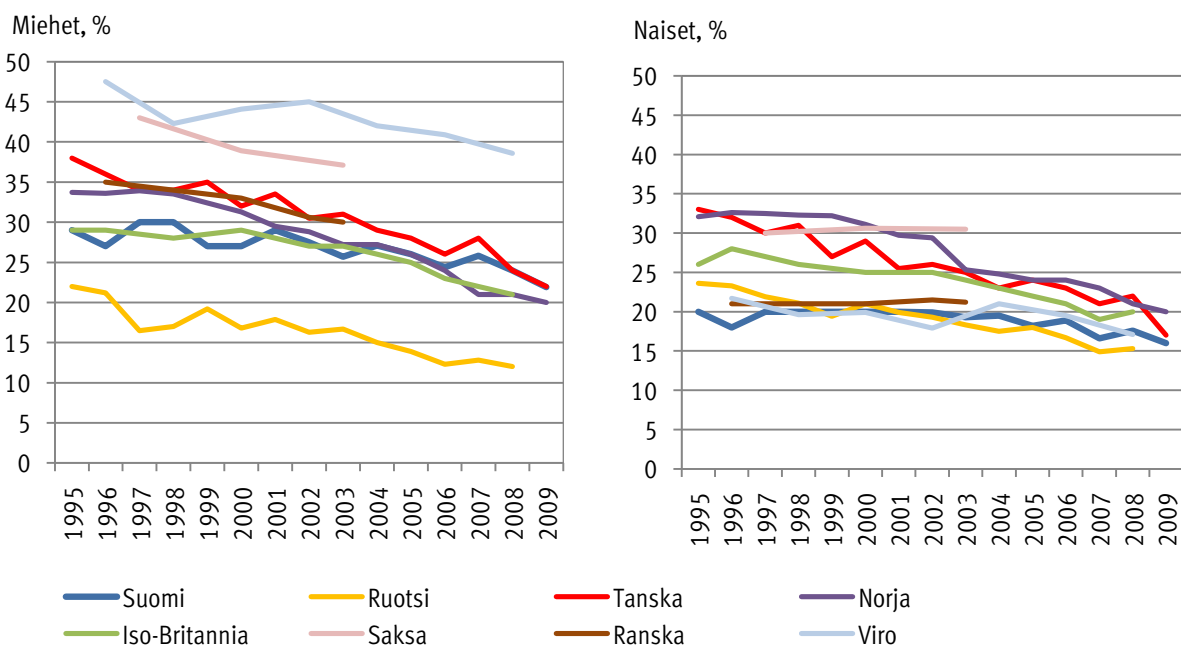
Terveyskäyttäytyminen vaikuttaa väestön terveydentilaan. Tärkeitä terveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat tupakointi, alkoholinkäyttö, ruokailutottumukset ja liikunta.

3.3.1 Miehistä joka neljäs ja naisista joka kuudes tupakoi päivittäin

Tupakoinnin väheneminen on vaikuttanut suuresti muun muassa sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden alenemiseen Suomessa ja muissa maissa. Vuonna 2009 suomalaisista 15 vuotta täyttäneistä miehistä tupakoi päivittäin 22 prosenttia ja naisista 16 prosenttia. Tupakointi on hieman vähentynyt molemmilla sukupuolilla, mutta enemmän miehillä kuin naisilla (kuvio 11).

Suomalaisten päivittäinen tupakointi on miehillä keskimääräisellä tasolla muihin maihin verrattuna, ja naisilla vertailtavista maista alhaisimpia. Ruotsalaisten miesten tupakointi näyttää olevan suhteellisen vähäistä, mutta matalaa tasoa selittää osaltaan ruotsalaisten nuuskan käyttö. Tanskassa ja Norjassa tupakointi on yleisempää kuin Suomessa. Virossa tupakojien osuus miehistä on lähes 40 % ja vertailun korkein, mutta virolaisilla naisilla tupakoivien osuus on vertailun matalimpia. Maiden väliseen vertailuun on kuitenkin suhtauduttava pienellä varauksella, sillä tiedot on kerätty WHO:n tietokantaan maakohtaisista kyselyaineistoista, joiden metodologia voi vaihdella.

Kuvio 11. Päivittäin tupakoivien osuus 15 vuotta täyttäneistä eräissä Euroopan maissa 1995–2009.

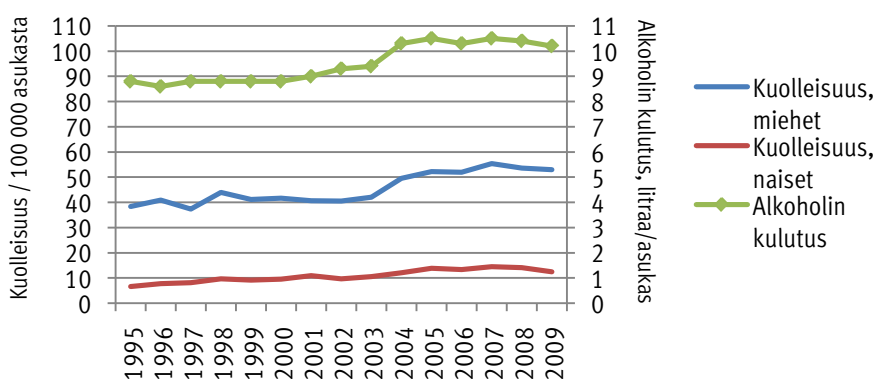


3.3.2 Alkoholikuolleisuus on kasvanut 2000-luvulla

Alkoholin käyttö ja alkoholiin liittyvät sairaudet ovat tärkeitä kuolinsyitä etenkin suomalaisilla miehillä ja varsinkin työikäisillä miehillä. Kuviossa 12 esitetään ikävakioidun alkoholikuolleisuuden ja alkoholinkulutuksen trendit 1995–2009. Alkoholinkulutus ja alkoholikuolleisuus ovat kasvaneet etenkin 2000-luvulla. Alkoholipolitiikan muutokset heijastuvat kehitykseen: esimerkiksi vuonna 2004 tehty tuonnin vapautus sekä alkoholijuomien valmisteveron alennus lisäsivät alkoholinkulutusta ja sitä myöten myös alkoholikuolleisuutta. Vuosina 2008 ja 2009 alkoholiveroa puolestaan nostettiin, jonka seurauksena kulutus ja kuolleisuus pienentyivät.

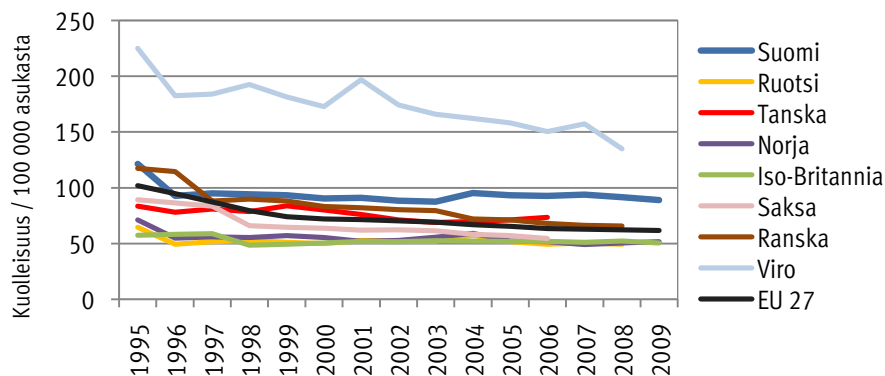
Alkoholiin liittyvien terveysongelmien vertailu eri maiden välillä on hankalaa, sillä esimerkiksi alkoholiin liittyviä kuolemia tilastoidaan eri maissa eri tavoin. Kuvio 13 antaa kuitenkin jonkinlaista osviittoa siitä, että suomalaisten alkoholikuolleisuus on korkealla tasolla useimpiin muihin EU-maihin verrattuna. Tiedot ovat WHO:n tietokannasta, jossa alkoholiin liittyvä kuolleisuus on määritelty eri lailla kuin suomalaisissa tilastoissa, ja siksi luvut ovat Suomen osalta erisuuruiset kuin kuviossa 12.

Kuvio 12. Ikävakioitu alkoholikuolleisuus (vasemmanpuoleinen asteikko) sekä puhtaan alkoholin kulutus litraa/asukas (oikeanpuoleinen asteikko) Suomessa 1995–2009.



Lähde: Tilastokeskus, StatFin-tietokanta.

Kuvio 13. Ikävakioitu kuolleisuus alkoholiin liittyviin kuolemansyihin eräissä Euroopan maissa 1995–2009.



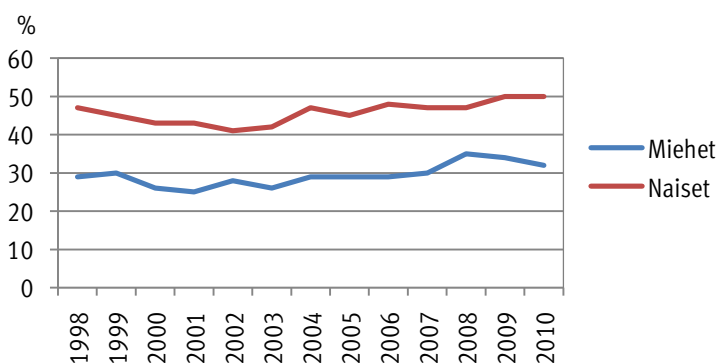
Lähde: WHO European Health for All -tietokanta.

3.3.3 Kasviksia ei syödä tarpeeksi

Suomalaiset syövät kasviksia (vihanneksia ja hedelmiä) liian vähän. Päivittäin kasviksia syö naisista vain puolet ja miehistä kolmannes (kuvio 14). Suositusten mukaan kasviksia tulisi syödä vähintään 600 grammaa vuorokaudessa, mutta miehillä määrän on nyt noin 270 grammaa ja naisilla noin 350 grammaa (Suomen Sydänliitto 2011). Kansainvälisesti verrattuna suomalaisnuoret syövät kasviksia harvoin (kuvio 15). Suomalaisista 15-vuotiaista tytöistä 28 prosenttia söi päivittäin hedelmiä, pojista vain 14 prosenttia vuonna 2005/2006. Vihanneksia söi päivittäin tytöistä kolmannes, pojista vajaa viidennes.

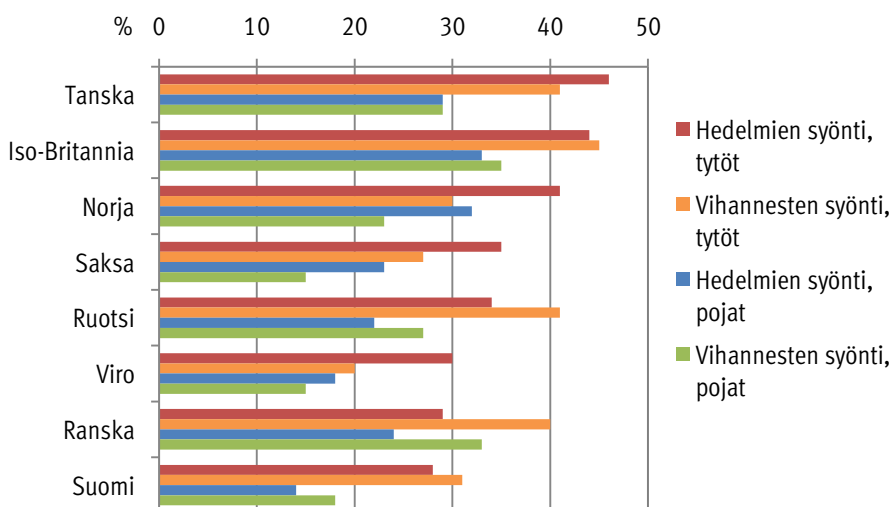
Ruokailutottumukset ovat yhteydessä moniin kansansairauksiin. Terveelliset ruokatottumukset auttavat ehkäisemään mm. diabetesta, ylipainoa ja sydän- ja verisuonitauteja. Erityisesti nuorten ruokailutottumuksiin on tärkeä vaikuttaa, sillä nuorena opitut käyttäytymismallit säilyvät läpi koko elämän.

Kuvio 14. Kasviksia päivittäin syövien osuus 15–64-vuotiaista suomalaisista 1998–2010.



Lähde: THL/AVTK-kyselyt.

Kuvio 15. Päivittäin hedelmiä syövien ja päivittäin vihanneksia syövien osuus 15-vuotiaista nuorista 2005/2006.



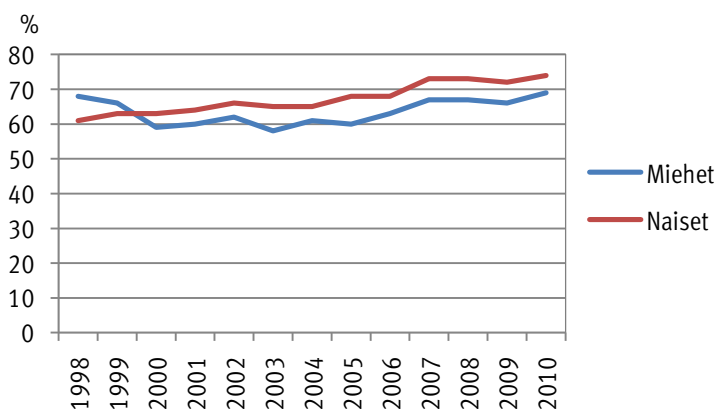
Lähde: Currie ym. 2008.

3.3.4 Väestö liikkuu mutta ei tarpeeksi

Säännöllinen liikunta auttaa ehkäisemään ylipainoa ja monia muita terveysriskejä. Vapaa-aikana liikkuvien osuus aikuisväestöstä onkin pysytellyt Suomessa korkealla: vähintään kahdesti viikossa liikkui 69 prosenttia miehistä ja 74 prosenttia naisista vuonna 2010 (Helakorpi ym. 2011; kuvio 16). Sekä kestävyys- että lihaskuntoharjoittelun tärkeyttä korostavien terveysliikuntasuosituksen mukaisesti liikkui kuitenkin vain 12 prosenttia miehistä ja 11 prosenttia naisista vuonna 2009 (Helakorpi ym. 2010).

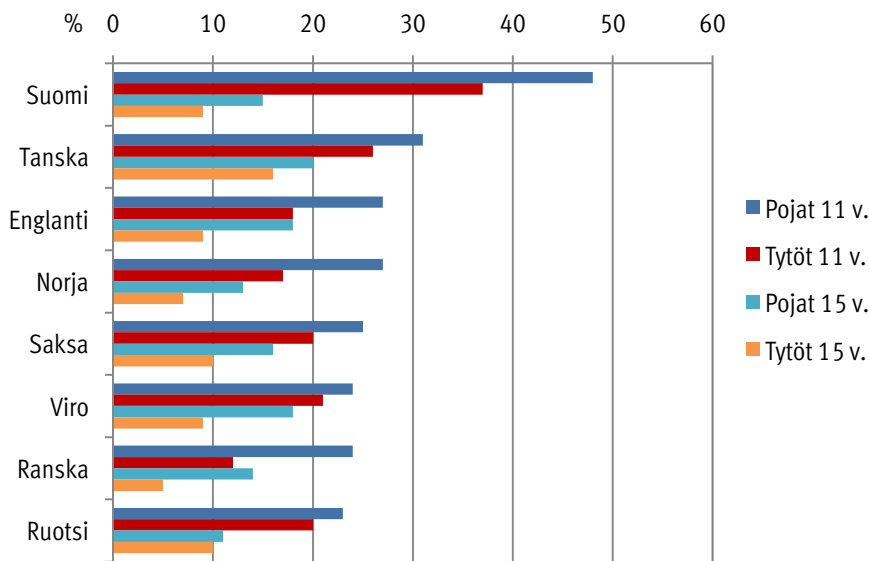
Kansainvälisesti verrattuna suomalaislapset liikkuvat paljon, nuoret sen sijaan eivät (kuvio 17). Liikkuvien osuus putoaa jyrkästi 11. ja 15. ikävuoden välillä. Kun 11-vuotiaista pojista lähes puolet harrastaa vähintään tunnin ajan viikossa liikuntaa, osuus putoaa 15-vuotailta 15 prosenttiin. Tyttöillä vastaava pudotus on 37 prosentista 9 prosenttiin. Kaikissa tarkastelluissa maissa liikkuvien osuus nuorista vähenee sitä mukaa, mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kyse. Suomessa pudotus on kuitenkin poikkeuksellisen suuri. Erityisesti nuorten liikkumistottumuksiin olisi pyrittävä vaikuttamaan, sillä ne usein säilyvät läpi koko elämän. Fyysisen aktiivisuuden lisääminen kaikissa elämäntaiheissa on Suomessa tärkeä terveystavoite.

Kuvio 16. Vähintään kahdesti viikossa vapaa-ajan liikuntaa harrastaneiden osuus 15–64-vuotiaista 1998–2009, %.



Lähde: THL/AVTK-kyselyt.

Kuvio 17. Rasittavaan fyysiseen liikuntaan osallistuminen vähintään tunnin ajan viikossa, osuus 11- ja 15-vuotiaista nuorista 2005/2006.



Lähde: Currie ym. 2008.

4 Terveysperusteisten etuuksien käyttö ja kehitys

Tässä luvussa tarkastellaan Kelan toimeenpanemien terveysperusteisten etuuksien kustannusten ja käytön kehittymistä viimeisen 15 vuoden ajalla. Kehitys etuuksissa heijastelee osittain väestön terveydentilaa. Muuttuvasta lainsäädännöstä, terveydenhuoltojärjestelmästä ja muista tekijöistä johtuen etuuksien käyttö ei kuitenkaan suoraan seuraa kansalaisten terveydentilan kehitystä.

Terveysperusteisiin etuuksiin voidaan lukea seuraavat etuudet (ks. Kela 2010):

- Sairausvakuutuskorvaukset pois lukien vanhempainpäivärahat. Näihin sisältyvät:
 - Sairaanhoitokorvaukset
 - Lääkekorvaukset
 - Korvaukset yksityislääkärin ja yksityishammaslääkärin palkkioista
 - Korvaukset yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta
 - Matkakorvaukset
 - Sairauspäivärahat
- Työkyvyttömyyseläkkeet
- Vammaisetuudet
- Kuntoutusetuudet
- Työterveyshuollon ja opiskelijoiden terveydenhuollon korvaukset

Seuraavassa tarkastellaan luvussa 4.1 terveysperusteisten etuuksien kokonaiskuluja ja osuutta kaikista etuusmenoista vuosina 1995–2010 sekä luvuissa 4.2–4.4 sairaanhoitokorvausten, sairauspäivärahojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden osalta tarkemmin etuuksia saaneiden määrän ja väestöosuuden kehitystä. Muiden terveysperusteisten etuuksien (vammais- ja kuntoutusetuuksien, työterveyshuollon ja opiskelijaterveydenhuollon korvausten) käyttöä ei eritellä tässä raportissa tarkemmin.

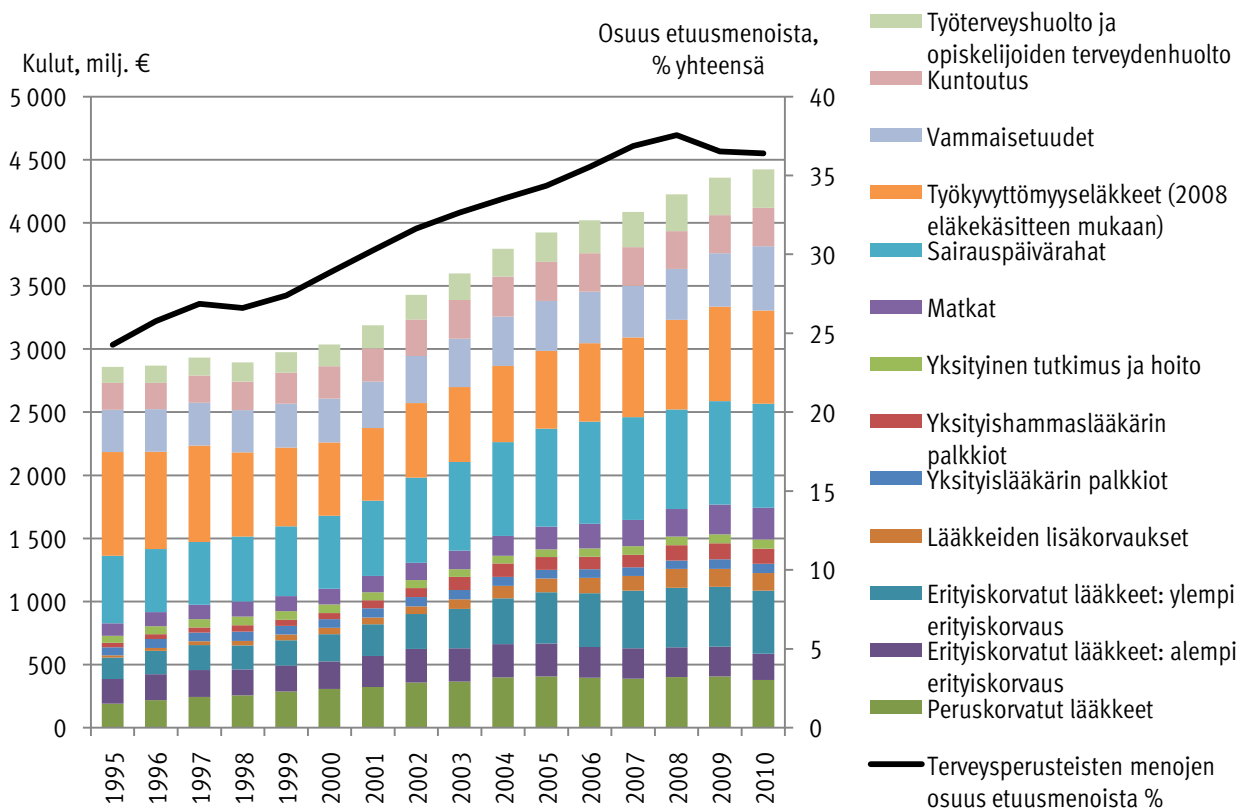
4.1 Terveysperusteisten etuuksien aiheuttamat kulut kasvaneet 2000-luvulla yli 40 prosenttia

Kuviossa 18 esitetään Kelan toimeenpanemien terveysperusteisten etuuksien kulut vuosina 1995–2010 muunnettuna vuoden 2010 rahaksi. Lisäksi kuviossa näkyy käyränä terveysperusteisten etuuksien vuosittainen osuus kaikista etuusmenoista (ks. myös liitetaulukko).

Terveysperusteisten etuuksien kokonaissumma kasvoi vuoden 1995 2,9 miljardista eurosta vuoden 2010 4,4 miljardiin euroon. Voimakasta kasvua on tapahtunut etenkin 2000-luvun aikana: vuosien 2000–2010 välillä terveysperusteisten etuuksien euromääräiset kulut kasvoivat 46 prosenttia. Väestöön suhteutettuna kulut ovat samalla aikavälillä nousseet 560 eurosta 825 euroon asukasta kohden (ks. liitetaulukko).

Samalla terveysperusteisten etuuksien osuus kaikista etuusmenoista on kasvanut 1990-luvun puolivälin neljänneksestä 36 prosenttiin vuonna 2010. Osuuteen vaikuttaa terveysperusteisten menojen rahamääräisen kasvun lisäksi myös kehitys muissa menoissa – esimerkiksi se, että Kelan merkitys vanhuuseläkkeiden rahoittajana on vähitellen pienentynyt. Lisäksi työllisyystilanteen muutokset vaikuttavat työttömyysetuuskuluihin ja sitä kautta myös terveysten menojen osuuteen. Osa muutoksesta selittyy myös järjestelmän ja etuuksien määräytymisperusteiden muutoksilla.

Kuvio 18. Kelan maksamien terveysperusteisten etuuksien kulut (milj. euroa vuoden 2010 rahassa, vasemmanpuoleinen asteikko), sekä terveysperusteisten etuuksien osuus Kelan etuusmenoista (% , oikeanpuoleinen asteikko) 1995–2010.



Lähde: Kelan tilastot.

Sairaanhoitokorvaukset

Sairaanhoitokorvaukset (lääkekorvaukset, korvaukset yksityislääkärin ja -hammaslääkärin palkkiosta, yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta sekä matkoista) muodostivat 39 prosenttia (1,7 miljardia euroa) terveysperusteisten etuuksien kokonaissummasta vuonna 2010. Sairaanhoitokorvauksia maksettiin asukasta kohden 325 euroa, joista lääkekorvauksia oli 228 euroa. Sairaanhoitokorvauksien kasvuvauhti on 2000-luvulla ollut nopeaa sekä euromääräisesti että suhteellisesti. Kustannuksiltaan merkittävin luokka sairaanhoitokorvauksista on ylempään erityiskorvausluokan lääkkeet, joiden korvaukset ovat nousseet noin 280 miljoonalla eurolla eli 2,3-kertaistuneet 2000-luvun aikana. Myös lääkkeiden lisäkorvausten kasvu on suhteellisesti huomattavaa: lisäkorvausten kulut ovat lähes kolminkertaistuneet 2000-luvun aikana.

Syitä lääkekulujen kasvuun ovat mm. uusien ja entistä kalliimpien lääkkeiden tulo markkinoille sekä väestön ikääntymisen mukanaan tuomat kasvavat kansantautien hoitokulut. Vuonna 2003 voimaan tullut lääkevaihto sekä vuonna 2009 voimaan tullut lääkevaihtoa täydentävä viitehintajärjestelmä

ovat jonkin verran hillinneet kulujen kasvua. Peruskorvattavien lääkkeiden sekä alemman erityiskorvausryhmän lääkkeiden korvauskulut ovatkin viime vuosina hieman alentuneet. Trendeihin vaikuttavat osaltaan myös lääkekorvausjärjestelmän muutokset¹.

Merkittävää suhteellista kasvua on tapahtunut myös yksityishammaslääkärien palveluiden korvauksissa sekä matkakorvauksissa, vaikkakin näiden kustannusten osuus terveysperusteisten etuuksien kokonaiskuluista on suhteellisen pieni. Yksityishammaslääkärien palkkioiden korvaukset kasvoivat erityisesti vuosina 2001–2003, jolloin laajennettiin yksityisen hammashoidon korvaukset kattamaan koko väestö, sekä vuonna 2008, jolloin korvausten perusteena olevia taksoja nostettiin. Matkakorvausten kasvuun liittyy useita tekijöitä kuten väestön ikääntyminen, julkisten liikenneyhteyksien väheneminen, terveyspalveluiden keskittäminen sekä hoitojonojen purkamiseen liittyvien julkisten ostopalvelujen lisääntyminen.

Sairauspäivärahakustannukset

Sairaanhoitokorvausten lisäksi huomattavaa euromääräistä ja suhteellista kasvua on tapahtunut sairauspäivärahojen kustannuksissa. Kustannukset ovat 2000-luvulla kasvaneet 250 miljoonaa euroa eli 43 prosenttia. Hoitotakuun voimaantulo vuonna 2005 ei näkynyt sairauspäivärahakustannusten laskuna. Osittain kasvu johtuu yleisestä ansiotason noususta: keskimääräinen maksettava päiväraha nousee kun sen perusteena olevat tulot nousevat. Lisäksi sairauspäivärahojen käyttöön vaikuttaa väestön sairastavuus sekä yleinen työllisyystilanne: korkean työttömyyden aikana sairauspäivärahoja käytetään vähemmän, kun paljon työkäisiä on työttömyysetuuksilla.

Työkyvyttömyyseläkekustannukset

Työkyvyttömyyseläkkeiden kustannusten ajallista seuranta hankaloittaa se, että eläkkeiden tilastointi muuttui vuonna 2008. Vuoteen 2007 saakka tilastoidut työkyvyttömyyseläkemenot sisältävät tilastoissa myös mm. eläkkeensaajan hoitotuen ja eläkkeensaajan asumistuen, mutta vuodesta 2008 näiden tilastointi on erotettu eläketilastoinnista. Koska eläkkeensaajan hoitotuki on tässä tarkastelussa luokiteltu takautuvasti vammaisuuksiin ja koska asumistukea ei lasketa terveysperusteisiin etuuksiin, tässä käytetään lukuja, jotka on vuosien 1995–2007 osalta laskettu uudelleen vastaamaan vuoden 2008 eläkekäsitettä.

¹ Järjestelmä muuttui 1.1.2006, jolloin peruskorvausluokan korvausprosentti laski 50:stä 42:een ja alemman erityiskorvausluokan 75:stä 72:een. Korvausluokien 10 ja 5 euron ostokertakohtaiset omavastuut poistuivat. Ylemmän erityiskorvausluokan 5 euron ostokertakohtainen omavastuu vaihtui 3 euron suuruiseen lääkekohtaiseen omavastuuseen.

Kelan työkyvyttömyyseläkekulut pienenevät 1990-luvun lopussa, mutta ovat 2000-luvun aikana kasvaneet noin neljänneksen. Pääosan kasvusta selittää kuitenkin muutos eläkkeiden määräytymisessä vuonna 2008, jolloin aiempaa suurempi osa alkoi saada kansaneläkettä muun eläkkeen lisänä; muina 2000-luvun vuosina kasvu on ollut vähäistä. Myös työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen vaikuttaa väestön sairastavuuden ja työkyvyn lisäksi yleinen työllisyystilanne. Kansaneläkekulujen kehitykseen vaikuttaa se, missä määrin eläkettä saavat ovat oikeutettuja työeläkelakien mukaisiin eläkkeisiin eli missä määrin kansaneläkettä jää maksettavaksi. Kansaneläkkeenä maksettavia työkyvyttömyyseläkkeitä on siksi hyvä tarkastella yhdessä työeläkejärjestelmän eläkkeiden kanssa.

Muiden terveysterveysten etuuksien kustannukset

Kuntoutusetuudet, vammaisetuudet sekä työterveys- ja opiskelijaterveydenhuollon korvaukset muodostavat noin neljänneksen terveysterveysten etuuksista. 2000-luvun aikana kuntoutukseen käytetty rahasumma on kasvanut noin viidenneksellä. Vammaisetuuksien korvaussumma kasvoi 20 prosenttia vuodesta 2009 vuoteen 2010, kun vammaisetuuksia, esimerkiksi eläkkeensaajan hoitotukea, alettiin maksaa myös niille, jotka olivat pitkäaikaishoidossa laitoksissa. Työ- ja opiskelijaterveydenhuollon korvaukset ovat kasvaneet 2000-luvulla 77 prosenttia.

4.2 Sairaanhoitokorvauksia saa kolme neljästä suomalaisesta

Sairaanhoitokorvauksiin lasketaan korvaukset reseptilääkkeistä (peruskorvatut lääkkeet, erityiskorvatut lääkkeet sekä lisäkorvaukset eli korvaukset niille, jotka ovat ylittäneet lääkeostojen vuotuisen omavastuuosuuden), yksityislääkärin ja yksityishammaslääkärin palveluista, lääkärin määräämästä tutkimuksesta ja hoidosta sekä matkoista ja sairaankuljetuksesta. Tilastoinnista on huomattava, että osa edellisen vuoden korvauksista tulee maksuun vasta seuraavan vuoden puolella, joten osa tietynä vuonna toteutuneista korvauksista kohdistuu edellisen vuoden lääkeostoihin taikka lääkärikäynteihin. Tämä ei kuitenkaan liene suuri ongelma tässä tehtävän seurannan kannalta.

Vuonna 2010 sairaanhoitokorvauksia sai yhteensä 4,17 miljoonaa henkilöä eli 78 prosenttia vuoden 2010 keskiväestöstä. Naisista korvauksia sai 82 prosenttia, miehistä 73 prosenttia. Korvauksia saaneiden osuus kasvoi iän myötä: kun alle 25-vuotiaista korvauksia sai 58 prosenttia, 65 vuotta täyttäneillä osuus oli lähes sata.

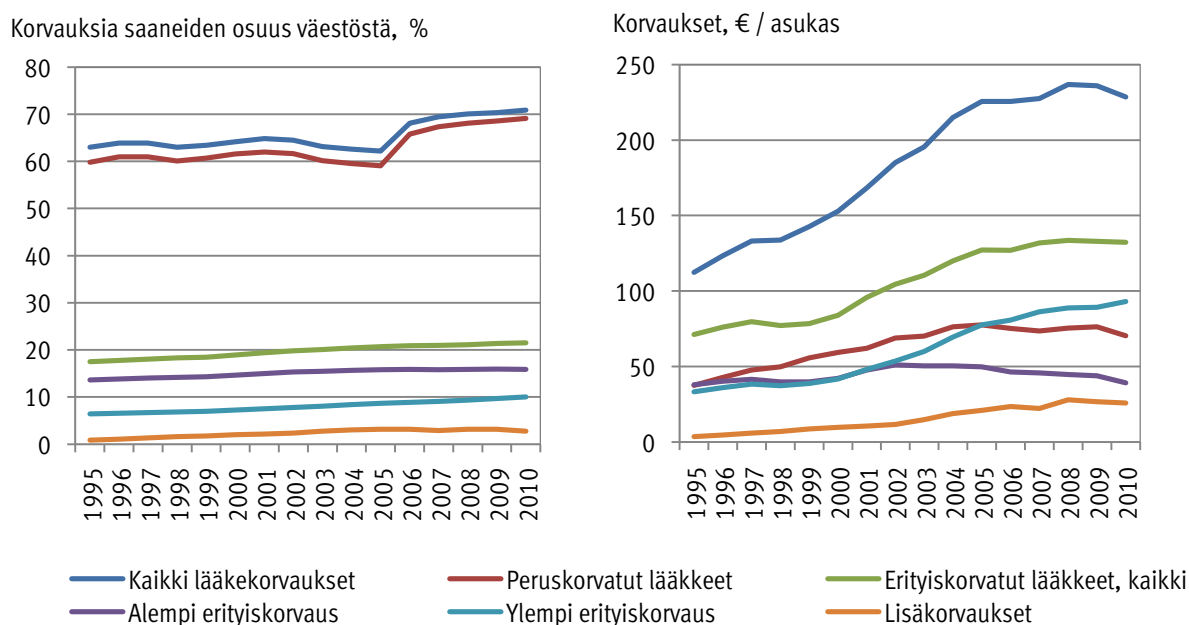
4.2.1 Lääkekorvauksia saa 71 prosenttia väestöstä

Vuonna 2010 lääkekorvauksia sai 3,8 miljoonaa henkilöä eli 71 prosenttia väestöstä (kuvio 19). Naisista korvauksia sai 76 prosenttia, miehistä 66 prosenttia; alle 25-vuotiaista puolet mutta 65 vuotta täyttäneistä lähes kaikki. Naisten ja miesten välinen ero on suuri erityisesti 15–54-vuotiailla, ja se liittyy pitkälti naisten ehkäisy- ja hormonikorvausvalmisteiden käyttöön.

Korvauksia saaneiden osuus laski hieman vuosien 2001 ja 2005 välillä, kun lääkevaihtojärjestelmä lisäsi hintakilpailua ja entistä suurempi osa lääkkeitä halpeni alle omavastuurajan, jolloin korvausta ei makseta. Vuonna 2006 lääkekorvausjärjestelmä muuttui: yhä halvemmista lääkkeitä alettiin maksaa korvauksia, ja korvausta saaneiden osuus nousi vuodesta 2005 vuoteen 2006 kuusi prosenttiyksikköä. Viime vuosina lääkekorvauksia saaneiden osuudessa on edelleen ollut hidasta kasvua. Suhteellisesti eniten 2000-luvulla on kasvanut ylemmässä erityiskorvausluokassa lääkekorvauksia saaneiden osuus (kasvua 37 prosenttia).

Vastaavasti korvausten kustannukset suhteutettuna väestöön ovat kasvaneet erityisesti ylemmässä erityiskorvausluokassa sekä lisäkorvauksissa. Kustannusten kasvu liittyy muun muassa lääketieteen kehitykseen ja uusien, yhä kalliimpien lääkkeiden markkinoille tuloon. Aivan viime vuosina korvausten summa on tosin kääntynyt laskuun. Lasku johtuu pääasiassa viitehintajärjestelmässä olevien lääkkeiden välisestä hintakilpailusta.

Kuvio 19. Lääkekorvauksia saaneiden osuus väestöstä sekä lääkekorvausten kustannukset asukasta kohden 1995–2010 (vuoden 2010 rahassa).



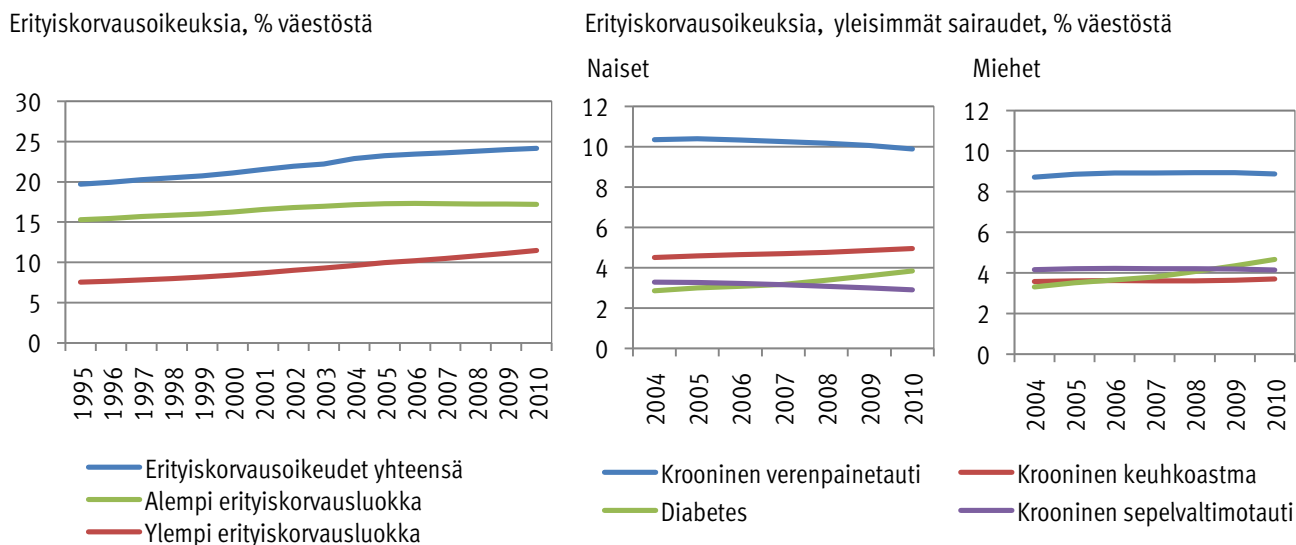
4.2.2 Lääkkeiden erityiskorvausoikeuksia joka neljännellä

Lääkkeiden erityiskorvausoikeuksien kehityksen kautta voidaan tarkastella suomalaisten sairastavuutta sikäli kun se näkyy lääkkeiden käyttönä. Kuvioon 20 on koottu ajanjaksolta 1995–2010 tiedot erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen väestöosuudesta korvausluokan mukaan sekä neljän yleisimmän erityiskorvaukseen oikeuttavan sairauden mukaan naisilla ja miehillä. Korvausoikeuksia oli vuoden 2010 lopussa 24 prosentilla väestöstä. 65 vuotta täyttäneillä erityiskorvausoikeus oli lähes kahdella kolmanneksella. Alemman erityiskorvausluokan lääkkeisiin oikeutettujen osuuden kasvu pysähtyi 2000-luvulla, mutta ylempien erityiskorvausluokan lääkkeisiin oikeutettujen osuus on kasvanut koko seurattavan ajanjakson ajan. 2000-luvun loppupuolen kasvu näyttäisi johtuvan pääasias-
sa diabeteslääkkeiden käytön kasvusta. Yleisin erityiskorvaukseen oikeuttava sairaus on krooninen verenpainetauti, jonka lääkkeisiin on erityiskorvausoikeus puolella miljoonalla suomalaisella. Diabeteksen korvausoikeuden omaavien osuus on selvästi kasvussa.

Erityiskorvauksiin oikeutettujen osuus heijastelee sekä hoito- ja lääkitsemiskäytäntöjä että tautien yleisyyttä väestössä. Sydän- ja verisuonitauteihin liittyvä lääkityksen merkityksen pieneneminen heijastelee sydäntautien vähenemistä väestössä. Erityisesti tyypin 2 diabeteksen yleistymisen puolestaan näkyy myös lääkkeiden erityiskorvauksia saavien osuuksissa. Naisista neljällä ja miehistä viidellä prosentilla on erityiskorvausoikeus diabeteslääkkeisiin.

Erityiskorvausoikeuksien kautta tarkasteltuna ei kuitenkaan saada mukaan niitä sairaita, joilla ei ole lääkitystä ja joiden sairaus on kenties jäänyt havaitsematta ja hoitamatta eikä myöskään niitä, jotka eivät ole hakeneet korvausoikeutta taikka saavat lääkkeitä joka ei ole korvattavuuden piirissä.

Kuvio 20. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuus väestöstä eräiden sairauksien mukaan 1995–2010.



4.2.3 Lääkäripalkkioista korvauksia saaneiden osuus kasvaa vähitellen; matkakorvauksien kulut jyrkässä kasvussa

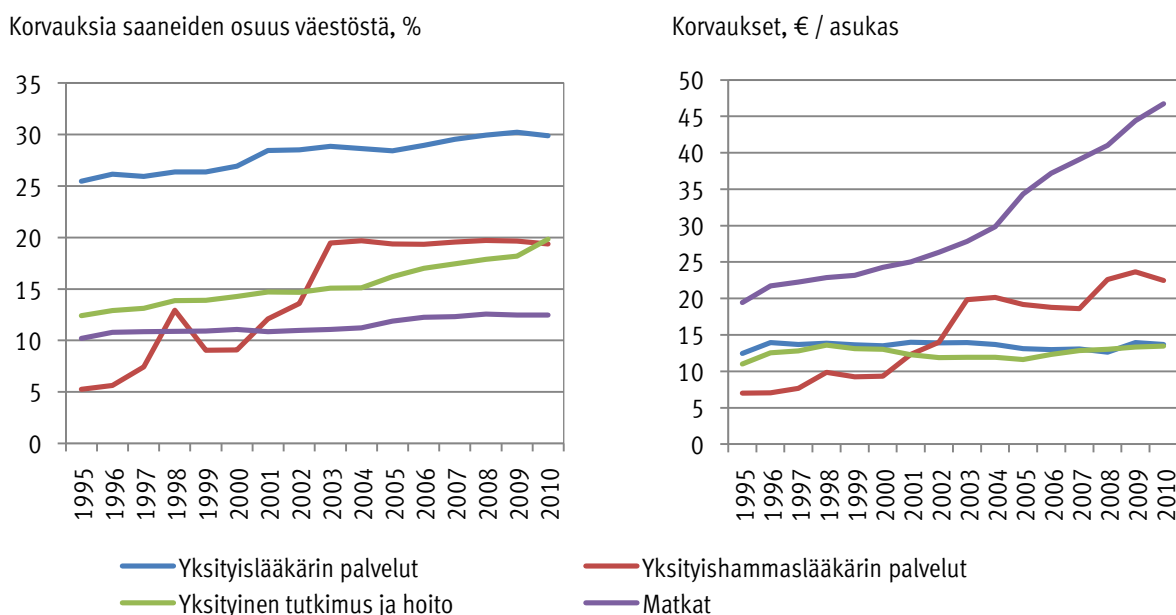
Korvauksia yksityislääkäriin palkkioista sai 30 prosenttia väestöstä vuonna 2010. Osuus on kasvanut hitaasti viimeisen 15 vuoden aikana. Kustannukset asukasta kohden ovat pysyneet tasaisina (kuviot 21).

Yksityishammaslääkäriin palkkioista korvausta saaneiden osuus väestöstä on vaihdellut paljon viimeisen 15 vuoden aikana, mutta 2000-luvun kuluessa osuus on tasaantunut 20 prosenttiin väestöstä. Osuuden vaihtelu liittyy vahvasti korvausjärjestelmän muutoksiin. 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa korvausjärjestelmää laajennettiin vähitellen siten, että 1.12.2002 alkaen koko väestö on ollut sairausvakuutuksen hammashuollon piirissä. Kustannusten osalta kasvua oli myös vuonna 2008, jolloin korvausten perusteena olevia taksoja nostettiin.

Yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta korvauksia saaneiden osuus on ollut vahvassa kasvussa mutta kustannusten nousu asukasta kohden on ollut maltillista.

Matkakorvauksia saaneiden osuus väestöstä on vuodesta 1995 kasvanut vain kaksi prosenttiyksikköä, mutta kustannukset asukasta kohden ovat yli kaksinkertaistuneet. Tämä kertoo korvattujen matkojen pidentymisestä ja kallistumisesta sekä korvattujen matkojen lisääntymisestä niiden henkilöiden joukossa, jotka matkakorvauksia saavat.

Kuvio 21. Korvauksia yksityislääkäriin tai yksityishammaslääkäriin palkkioista, yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta sekä matkoista saaneiden osuus väestöstä (%) sekä korvaukset (€/asukas) 1995–2010 (vuoden 2010 rahassa).



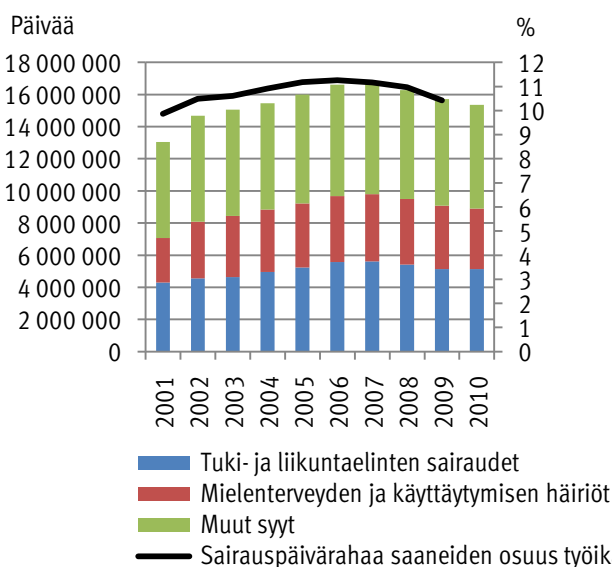
4.3 Sairauspäivärahaa saa kymmenesosa ei-eläkkeellä olevista työkäisistä

Sairauspäivärahoja sai vuoden 2009 aikana 10 prosenttia niistä työkäisistä, jotka eivät olleet eläkkeellä². Sairauspäivärahoja maksetaan vain siltä osin, kuin sairaus ylittää omavastuuajan eli sairastumispäivän ja sitä seuraavat 9 arkipäivää. Tästä syystä sairauspäivärahoja saaneiden määrät eivät kerro sairauden vuoksi työstä poissa olleiden määristä kunakin vuonna. Sairauspäivärahapäiviä korvattiin 15,3 miljoonaa vuonna 2010 (kuvio 22). Korvattujen päivien määrä on ollut laskussa vuoden 2007 jälkeen. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien osuus korvatuista päivistä oli kolmannes ja mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden osuus neljännes. Näissä osuuksissa ei ole viime vuosina tapahtunut merkittäviä muutoksia. Alkaneen sairauspäiväraha kauden keskimääräinen kesto oli 46 päivää vuonna 2010. Sairauspäivärahojen kustannukset (vain varsinainen sairauspäiväraha) keski-ikäisen asukasta kohden ovat nousseet viimeisen 15 vuoden aikana, ja ne olivat 152 euroa vuonna 2010.

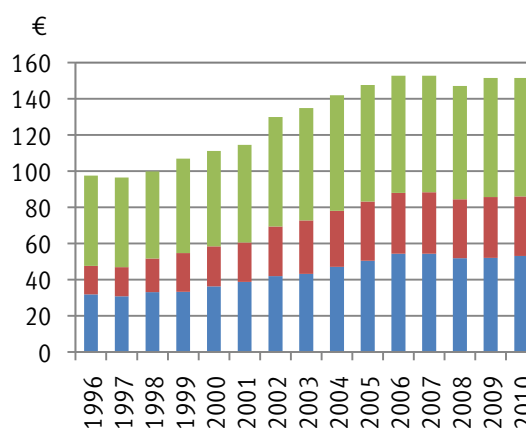
Sairauspäivärahojen keskimääräinen käyttö liittyy paitsi väestön terveydentilaan, myös järjestelmään, työelämään sekä työttömyystilanteeseen, ja siksi trendivertailusta ei voida suoraan päätellä kansanterveyden kehitystä. Esimerkiksi korkean työttömyysasteen aikana sairauspäivärahoja käytetään väestötasolla vähemmän, sillä työttömät eivät yleensä hakeudu sairauspäivärahalle. Lisäksi työttömyyden pelko voi kannustaa pysymään työssä sairaanakin. Hoitotakuun voimaantulo vuonna 2005 ei näytä vaikuttaneen sairauspäivärahapäivien määrään eikä maksettuihin korvauksiin.

Kuvio 22. Maksetut sairauspäivärahapäivät diagnoosin mukaan ja sairauspäivärahaa saaneiden osuus työkäisestä ei-eläkkeellä olevasta väestöstä 2001–2010 sekä korvaukset (€/asukas vuoden 2010 rahassa) 1995–2010. Lähde: Kelan tilastot ja Tilastokeskuksen väestötilastot.

Sairauspäivärahapäivät diagnoosin mukaan sekä päivärahaa saaneiden osuus



Korvaukset, €/asukas



² Tätä kirjoitettaessa Tilastokeskus ei ole vielä julkaissut vuoden 2010 väestötietoja pääasiallisen toiminnan mukaan, mikä mahdollistaa sairauspäivärahaan oikeutetun ei-eläkkeellä olevan väestön erottelun työkäisistä.

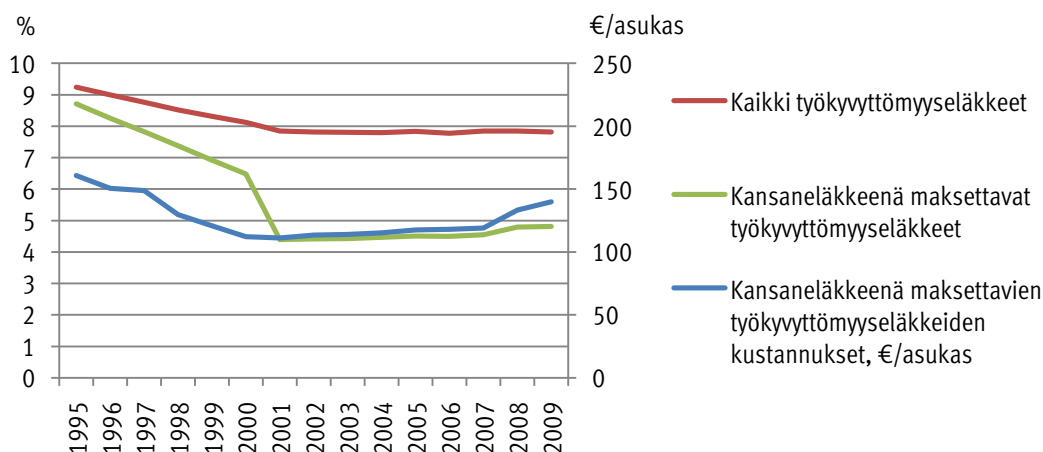
4.4 Työkyvyttömyyseläkkeellä kahdeksan prosenttia työkäisistä

Työkyvyttömyyseläkkeellä (sekä kansaneläkkeet että työeläkejärjestelmän eläkkeet) oli vuoden 2009 lopussa noin kahdeksan prosenttia työkäisistä suomalaisista (vuoden 2010 tilastot eivät ole vielä valmistuneet). Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuudessa ei ole tapahtunut juuri muutosta 2000-luvun aikana (kuvio 23). Kansaneläkkeenä maksettavia työkyvyttömyyseläkkeitä (joko täysiä tai työeläkevähenteisiä) sai 2000-luvun lopussa viitisen prosenttia työkäisistä. Kansaneläkkeen saajien osuus on riippunut kulloinkin voimassa olevasta lainsäädännöstä. Esimerkiksi vuoden 2008 uudistus, jossa määräytymis- ja maksuperusteita muutettiin, näkyy sekä kohonneina kansaneläkkeenä työkyvyttömyyseläkettä saavien osuutena että kohonneina kustannuksina.

Eläkkeellä olevista 45 prosentilla diagnoosina oli mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriö ja 24 prosentilla tuki- ja liikuntaelinten sairaus. Eläkkeelle siirtyneistä sen sijaan mielenterveyssyiden osuus oli 33 prosenttia ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksien osuus 31 prosenttia (kuvio 24). Kansaneläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkettä saavilla mielenterveyssyiden osuus on keskimääräistä suurempi, pelkkää työeläkettä saavilla sen sijaan painottuvat keskimääräistä enemmän tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (Blomgren ym. 2011).

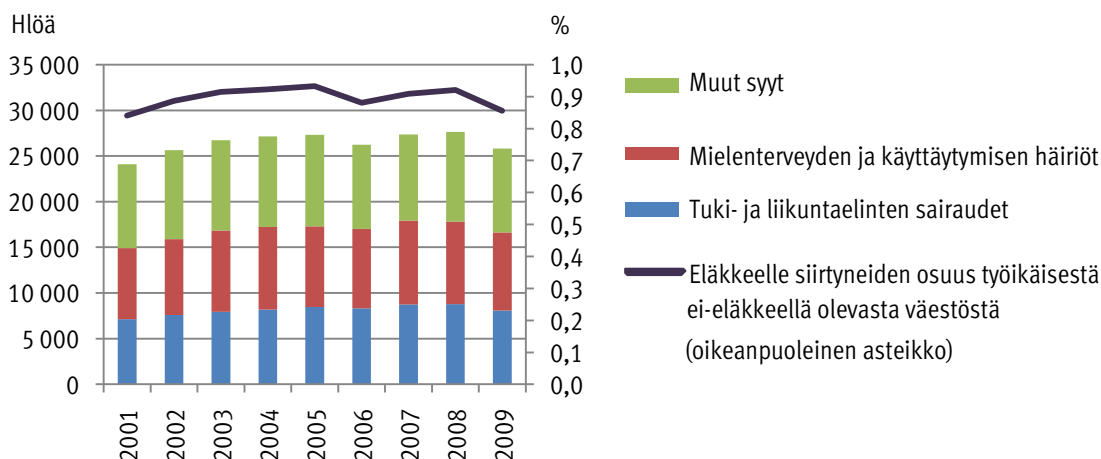
Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuudessa näkyvät samat suhdanteet kuin sairauspäivärahoissa: korkean työttömyyden aikana työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus väliaikaisesti vähenee, joten kyse ei aina ole väestön työkyvyn muutoksista.

Kuvio 23. Työkyvyttömyyseläkkeellä olleiden osuus työkäisestä väestöstä (31.12.) sekä Kelan työkyvyttömyyseläkkeiden kustannukset asukasta kohden 1995–2009.



Lähde: Kelan ja Eläketurvakeskuksen tilastot sekä Tilastokeskuksen väestötilastot.

Kuvio 24. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet diagnoosin mukaan (Suomessa asuva väestö) sekä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden osuus ei-eläkkeellä olevasta väestöstä (kaikki suomalaiset) 2001–2009.



Lähde: Kelan ja Eläketurvakeskuksen tilastot sekä Tilastokeskuksen väestötilastot.

5 Alueelliset erot etuuskien käytössä

Alue-eroja kansalaisten keskimääräisen terveydentilan kehityksessä voidaan tarkastella Kelan Terveyspuntari -sovelluksella (www.kela.fi/terveyspuntari). Terveyspuntarin alueelliset suhdeluvut kertovat, millainen tietyn alueen suhteellinen tilanne eri mittareilla katsottuna on verrattuna koko maahan, jonka vertailuluku on 100. Tietojen avulla voidaan verrata alueittain muun muassa kuolleisuutta, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuutta väestöstä sekä lääkkeiden erityiskorvausoikeuksiin oikeutettujen osuutta väestöstä. Lisäksi näistä tiedoista on laskettu sairastavuusindeksi, joka kokoaa tiedon em. osioista yhteen indikaattoriin. Tässä esitettävät tiedot ovat ikävakioituja; toisin sanoen luvuissa on tasattu kuntien erilainen ikärakenne, joka vaikuttaa vahvasti väestön keskimääräiseen sairastavuuteen.

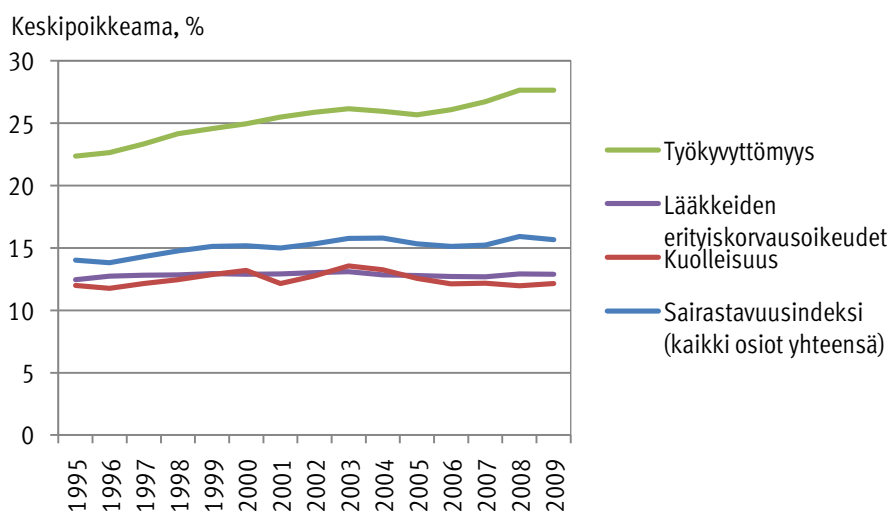
Kuviossa 25 tarkastellaan aluksi alue-erojen kehitystä sairastavuusindeksissä ja sen osatekijöissä ajanjaksolla 1995–2009 (vuoden 2010 tiedot eivät ole vielä saatavilla). Alue-eroja mitataan tässä suhteellisilla keskipoikkeamilla eli sillä, kuinka paljon kunnittaiset suhdeluvut keskimäärin poikkeavat maan keskitasosta kunakin vuonna.³ Mitä suurempi keskimääräinen poikkeama on, sitä suuremmat ovat alue-erot, ja jos poikkeama ajan myötä nousee, tarkoittaa se alue-erojen kasvua.

Kuviosta nähdään, että sairastavuusindeksin suhteellinen keskipoikkeama on kasvanut, eli alue-erot ovat kasvaneet aikavälillä 1995–2009. Kumulatiivisen sairastavuusindeksin kasvu johtuu käytännös-

³ Esimerkiksi jos kunnan indeksiluku on 120, kun koko maan indeksiluku on aina 100, poikkeama on 20 prosenttia. Vastaavasti myös indeksiluvulla 80 päästään 20 prosentin poikkeamaan.

sä kokonaan siitä, että työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuden alue-erot ovat selvästi kasvaneet. Alue-erot ovat työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuudessa muutenkin erityisen suuria. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuden kuten myös kuolleisuuden alueellisessa jakaumassa ei ole tapahtunut muutoksia, ja suhteelliset alue-erot näissä ilmiöissä ovat samaa luokkaa. Kuolleisuuden keskimääräisten suhteellisten alue-erojen vuosittainen vaihtelu, johtuu osittain siitä, että vuosittainen kuolleiden määrä voi pienissä kunnissa olla pieni ja voi siten aiheuttaa suuria satunnaisia poikkeamia.

Kuvio 25. Kuntien välisten erojen kehitys mitattuna Terveyspuntarin sairastavuusindeksin ja sen osioiden suhteellisilla alueellisilla keskiarvoilla 1995–2009.



Lähde: Kelan Terveyspuntari.

Kuviossa 26 esitetään karttoina työkyvyttömyysindeksin ja erityiskorvausindeksin alueellinen vaihtelu vuonna 2009. Etelärannikon, Hämeen ja Pohjanmaan rannikon kunnissa sekä työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus että lääkkeiden erityiskorvausoikeuden saaneiden osuus väestöstä on keskimääräistä pienempi, ja osuudet väestöstä kasvavat itään ja pohjoiseen päin mentäessä. Erityisesti Kainuun, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon maakuntiin keskittyy paljon terveysongelmia. On kuitenkin huomattava, että myös alueelliset erot sairauksien diagnostiikassa ja lääkitsemisessä näkyvät erityiskorvausoikeutettujen osuuksissa, joten luvut eivät kerro ainoastaan väestön sairastavuudesta. Hyvinvoinnin alueellisen jakauman tiedetään kuitenkin monien muidenkin hyvinvointia kuvaavien tekijöiden osalta olevan samankaltainen (esim. Karvonen ja Kauppinen 2009).

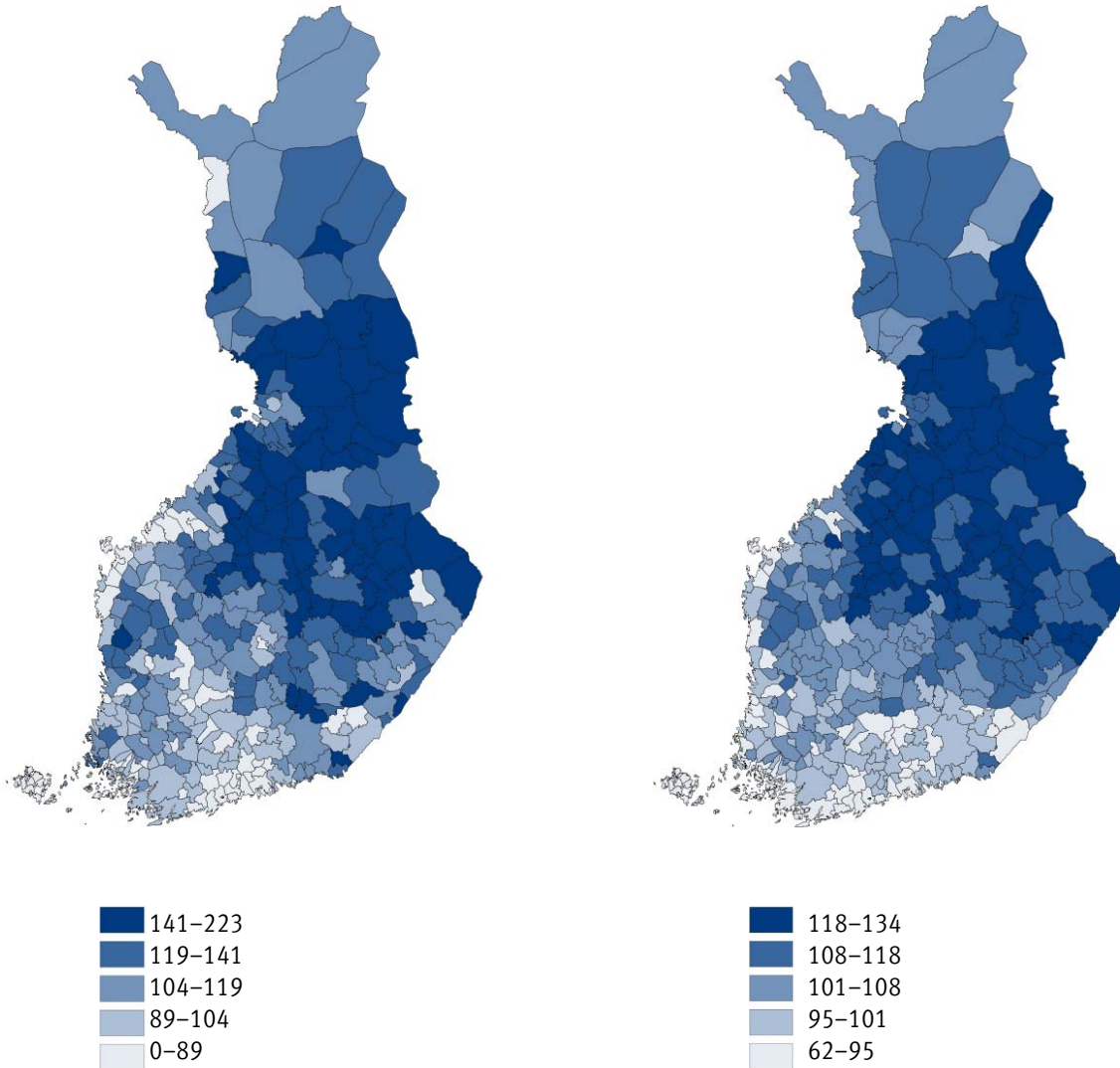
Lisäksi alue-erot työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuksissa voivat johtua epätasaisesta alueellisesta kehityksestä väestön ikärakenteessa ja sairastavuudessa, mutta myös eroista siinä, miten työkyvyttömyyseläkepäättöksiä tehdään alueittain. On mahdollista, että elinkeinorakenteen muutoksen myö-

tä työkyvyttömyyseläkkeitä myönnetään syrjäseuduilla yhä helpommin jos sellaisia työpaikkoja, joihin työkyky riittäisi, ei ole tarjolla.

Kuvio 26. Alue-erot työkyvyttömyyseläkkeellä olevien ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuksissa 2009 (ikävakioidut tiedot; 100 = maan keskitaso).

a. Työkyvyttömyyseläkkeet

b. Lääkkeiden erityiskorvausoikeudet



Lähde: Kelan Terveyspuntari.

6 Yhteenveto ja johtopäätökset

Suomalaisten elinajanodote on pidentynyt terveydentilan ja elintapojen kehittyessä pääasiassa myönteiseen suuntaan jo vuosikymmenien ajan, ja etenkin naisten elinikä on lähellä Euroopan huipputasoa. Eliniän piteneminen on liittynyt monien kansansairauksien kuten sydän- ja verisuonitautien vähenemiseen, vaikka suomalaisten sydäntautikuolleisuus onkin edelleen eurooppalaisittain korkealla tasolla. Syöpäkuolleisuus sen sijaan on Euroopan alhaisimpia. Eliniän ennustetaan edelleen pitenevän.

Suomen väestörakenne on kuitenkin nopeasti ikääntymässä, mikä aiheuttaa suuria paineita terveydenhuollon rahoitukselle. Uhkina suomalaisten terveydentilalle nousevat kuitenkin elintavat, jotka eivät kaikilta osin noudata terveyssuosituksia.

Tupakoivien osuus laskee hiljalleen, mutta naisilla myönteinen kehitys on ollut hidasta. Alkoholin käyttö sen sijaan on viime vuosina kasvanut, mikä näkyy alkoholin aiheuttamien terveyshaittojen ja alkoholikuolleisuuden kasvuna. Kasviksia ei syödä tarpeeksi. Liikuntaa suomalaiset harrastavat suhteellisen paljon, vaikkakaan terveysliikuntasuosituksiin ei useinkaan ylletä. Ylipainoisuus ja lihavuus yleistyvät väestössä, mikä on yhteydessä muun muassa kohonneeseen diabeteksen puhkeamisen riskiin. Jollei väestön elintapoja saada paranemaan, diabeteksen yleistyminen jatkuu edelleen.

Myös sosioekonomisten terveyserojen kasvu on vakava huolenaihe. Sosioekonomiset erot suomalaisten kuolleisuudessa ja terveydentilassa ovat suuria. Varsin suuri osa sosioekonomisista terveyseroista liittyy väestöryhmien terveyskäyttäytymisen eroihin. Matalasti koulutetut esimerkiksi käyttävät alkoholia ja tupakoivat sekä syövät epäterveellistä ruokaa useammin kuin korkeasti koulutetut (THL/AVTK-kyselyt). Terveyserot liittyvät myös muun muassa elinoloihin sekä palvelujärjestelmän toimintaan. Toistaiseksi tutkimustieto sosiaalivakuutusjärjestelmän tulonsiirtojen vaikutuksista terveyseroihin on kuitenkin vajavaista.

Vaikka Kelan toimeenpanemien terveysturvan etuuksien käytön taustalla on suomalaisen väestön terveydentila, terveydentilan kehitys ei näy suoraviivaisesti etuuksien käytössä. Etuuksien käyttö riippuu väestön terveydentilan lisäksi vahvasti kulloinkin voimassa olevasta lainsäädännöstä ja järjestelmästä. Lisäksi monien terveysperusteisten etuuksien käyttö on kytköksissä muuhun yhteiskunnalliseen tilanteeseen. Esimerkiksi sairauspäivärahojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden käyttö riippuu osittain työttömyystilanteesta, ja suhdannevaihtelut voivat ihmisten keskimääräisen varallisuuden kautta vaikuttaa myös halukkuuteen käyttää yksityistä terveydenhoitoa ja siten maksettuihin yksityislääkäreiden palkkioiden korvauksiin. Ansiosidonnaisten etuuksien kulut, kuten esimerkiksi

sairauspäivärahaikulut, riippuvat puolestaan käyttäjämäärien lisäksi myös keskimääräisestä ansiokohityksestä.

Terveysperusteisten etuuksien kokonaissumma vuonna 2010 oli noin 4,4 miljardia euroa. Summa on kasvanut pelkästään 2000-luvun aikana yli 40 prosenttia, ja sen osuus kaikista etuusmenoista vuonna 2010 oli 36 prosenttia. Terveysteen liittyvien etuuksien euromääräisten kulujen muutoksissa näkyy moni asia: esimerkiksi väestörakenteen muutos, väestön sairastavuuden muutos, kansalaisten valinnat julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä, uusien lääkkeiden ja sairauksien hoitokeinojen keksiminen, korvaustaksojen muutokset sekä yleinen työmarkkinatilanne.

Sairaanhoitokorvauksia (korvauksia reseptilääkkeistä taikka yksityislääkärin tai yksityishammaslääkärin palkkioista, yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta taikka matkoista) sai 78 prosenttia suomalaisista vuonna 2010. Suurelta osin korkea osuus johtuu siitä, että jo korvauksia reseptilääkkeistä sai 71 prosenttia väestöstä. Oikeuksia erityiskorvattaviin lääkkeisiin oli neljänneksellä. Lääkekorvausten kustannukset ovat nousseet voimakkaasti 2000-luvun aikana, vaikka lainsäädännön muutoksilla on pyritty hillitsemään kustannusten kasvua. Lääkkeiden erityiskorvauksiin oikeutettujen osuus heijastelee sekä sairauksien yleisyyttä että niihin käytettävissä olevaa lääkitystä ja diagnoosien kehittymistä. Lääkekulut lisääntyvät, kun väestö ikääntyy, ja kun yhä useampia sairauksia osataan diagnosoida ja hoitaa. Kulut kasvavat myös uusien kalliiden lääkkeiden markkinoille tulon myötä. Uhkakuvana tulevaisuudelle näyttäytyy diabeteksen – erityisesti tyypin 2 diabeteksen – yleistymisen viime vuosina. Tämä näkyy myös diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuksien voimakkaana kasvuna. Diabeteksen yleistymistä tulisi ehkäistä ensisijaisesti väestön elintapoihin vaikuttamalla.

Yksityislääkärin ja yksityishammaslääkärin palkkioiden korvauksia saaneiden osuus on korvausjärjestelmämuutosten jälkeen pysynyt 2000-luvulla melko vakaana. Selkeää kasvua on kuitenkin ollut matkakorvauksissa. Matkakorvauksia saaneiden osuus väestöstä on kasvanut vain vähän, mutta korvausten kustannukset ovat viimeisen kymmenen vuoden aikana kaksinkertaistuneet. Matkakorvauksiin vaikuttaa muun muassa väestön ikärakenteen muutos, julkisen liikenteen kehitys sekä se, miten terveydenhuolto järjestetään kunnissa ja sairaanhoitopiireissä. Matkakorvausten kasvu ei siis niinkään liity väestön sairastavuuden lisääntymiseen kuin muihin tekijöihin.

Sairauspäivärahoja sai noin kymmenen prosenttia ei-eläkkeellä-olevasta työikäisestä väestöstä vuonna 2010. Sairauspäivärahoja saaneiden määrä riippuu osittain työmarkkinatilanteesta: työttömyysasteen noustessa sairauspäivärahojen käyttö pienenee, koska työttömät eivät hakeudu sairauspäivärahoille. Työkyvyttömyyseläkkeellä oli 2000-luvulla vuosittain noin kahdeksan prosenttia työikäisestä väestöstä. Kansaneläkkeenä (osittain tai kokonaan) maksettavaa työkyvyttömyyseläkettä

sai noin viisi prosenttia työikäisestä väestöstä vuonna 2009. Kelan työkyvyttömyyseläkemenot ovat vaihdelleet paljon järjestelmämuutosten myötä viimeisen 15 vuoden aikana.

Sairausvakuutus muodostaa suuren osan Kelan menoista. On odotettavissa, että väestörakenteen ikääntymisen myötä terveydenhuoltoon liittyvät kulut tulevat entisestään kasvamaan. Ikääntyvä väestö käyttää yhä enemmän lääkkeitä, ja toisaalta eläkkeellä olevien keskimääräisen tulotason kasvaessa yhä useampi siirtynee käyttämään yksityisiä terveydenhuoltopalveluita, joiden kuluista sairausvakuutus korvaa osan. Lisäksi nykyajan terveysuhat kuten lisääntyvä ylipainoisuus, runsas alkoholin käyttö sekä tyyppin 2 diabetes aiheuttanevat tulevaisuudessa yhä enemmän kuluja yhteiskunnalle. Näitä uhkia tulee torjua kaikilla foorumeilla. Sosiaalivakuutuksella voisi olla nykyistä vahvempi rooli kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Myös Kela voi vaikuttaa väestön terveydentilan kehittymiseen ja sitä kautta terveysperusteisten etuuksien kuluihin yhteistyössä sidosryhmien kanssa.

Väestön terveys- ja työkykyä ylläpitävällä ja parantavalla ennakoivalla työllä voidaan pyrkiä hillitsemään erityisesti sairauspäiväraha- ja työkyvyttömyyseläkemenoja. Lisäksi kansallisella ohjausjärjestelmällä on huomattu olevan selkeitä vaikutuksia ainakin lääkkeitä koituviin kustannuksiin. Eriytyisen tärkeää on väestöryhmien välisten terveyserojen seuranta ja kaventaminen (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2008; Rotko ym. 2011). WHO:n suosituksen mukaan sosioekonomiset terveyserot on tärkeä huomioida kaikissa politiikoissa (CSDH 2008). Olisikin tärkeää kyetä seuraamaan myös sosiaaliturvaetuuksien käyttöä eri sosioekonomisissa ryhmissä sekä sitä, kuinka etuuksien käyttö on yhteydessä terveydentilan muutoksiin. Etuuksien käytön sosioekonomisten erojen huomioiminen onkin tärkeä jatkokehittelyn kohde sekä tilastoinnissa että tutkimuksessa. On tärkeää huolehtia myös siitä, että myös huono-osaisimmat pysyvät sosiaaliturvaetuuksien piirissä ja ettei ainakaan järjestelmän monimutkaisuus ja byrokraattisuus hankaloita etuuksien hakemista ja saamista.

Lähteet

Blomgren Jenni, Hytti Helka, Gould Raija. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden työttömyys- ja sairaustausta eri eläkejärjestelmissä. Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 26, 2011.

CSDH. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.

Currie Candace, Gabhainn Saoirse Nic, Godeau Emmanuelle ym., toim. Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: World Health Organization, 2008.

ECHI. European Community health Indicators. <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm>.

Eurostat. Tilastotietokanta osoitteessa <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>>.

Helakorpi Satu, Laitalainen Elina, Uutela Antti. Suomalaisen aikuisväestön terveystilanne ja terveys, kevät 2009. Helsinki: Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 7, 2010.

Helakorpi Satu, Pajunen Tuuli, Jallinoja Piia, Virtanen Suvi, Uutela Antti. Suomalaisen aikuisväestön terveystilanne ja terveys, kevät 2010. Helsinki: Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 15, 2011.

IDF Diabetes Atlas. International Diabetes Federation. Tilastotietokanta osoitteessa <<http://www.diabetesatlas.org/>>.

Karvonen Sakari, Kauppinen Timo. Kuinka Suomi jakautuu 2000-luvulla? Hyvinvoinnin muuttuvat alue-erot. Yhteiskuntapolitiikka 2009; 74 (5): 467–486.

Kela. Kolmannes Kelan menoista terveyteen liittyviin etuuksiin. Helsinki: Kela, Tilastokatsaus 3.9.2010.

Kelan Terveyspuntari. Saatavissa <<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/080904082237PN>>.

Kelan tilastot. Kelan tilastolliset vuosikirjat 1995–2009; Kelasto-tietokanta osoitteessa <<http://www.kela.fi/kelasto>>; Kelan sairausvakuutus tilastot 1995–2009.

Koski Sari. Diabetesbarometri 2010. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry, 2010.

Mackenbach Johan P, Bos Vivian, Andersen Otto ym. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. International Journal of Epidemiology 2003; 32 (5): 830–837.

OECD. Health at a Glance 2009. OECD Indicators. Paris: OECD, 2009.

Rotko Tuulia, Aho Timo Aho, Mustonen Niina, Linnanmäki Eila. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. Helsinki: Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 8, 2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 16, 2008.

Sund Reijo, Koski Sari. FinDM II. Diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden rekisteriperusteinen mittaaminen. Tekninen raportti. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry, 2009.

Suomen Sydänliitto. 2011. Kasvikset. Saatavissa: <<http://www.sydanliitto.fi/kasvikset1>>.

THL/AVTK-kyselyt. Aikuisväestön terveystilanne (AVTK) -tutkimukset 1999–2010. Saatavissa: <http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/eteo/yksikot/terveyden_edistamisen_yksikko/tutkimus/elintapaseurannat/aikuisvaeston_terveyskayttaytyminen>.

Tilastokeskus. StatFin-tietokanta. Saatavissa: <<http://statfin.stat.fi>>.

Valkonen Tapani, Ahonen Hilka, Martikainen Pekka, Remes Hanna. Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Julkaisussa: Palosuo Hannele, Koskinen Seppo, Lahelma Eero ym. toim. Terveystilanne ja terveys Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysturvan julkaisuja 3, 2007: 44–64.

WHO. European Health for All Database (HFA-DB). Saatavissa: <<http://data.euro.who.int/hfad/>>.

Liitetaulukko. Kelan toimeenpanemien terveysperusteisten etuuksien kulut 1995–2010, milj. € (vuoden 2010 rahassa).

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Peruskorvatut lääkkeet	191,6	219,4	244,4	256,0	287,8	307,3	322,0	358,0	365,5	399,0	406,4	395,9	388,4	400,4	407,6	377,5
Erityiskorvatut lääkkeet: alempi erityiskorvaus	193,9	205,6	212,9	205,6	205,3	218,5	247,5	265,4	263,3	263,7	260,9	244,5	241,6	237,9	233,4	210,1
Erityiskorvatut lääkkeet: ylempi erityiskorvaus	170,2	184,4	196,9	191,4	199,5	215,5	249,4	278,5	312,7	363,7	406,7	424,7	455,7	471,3	476,2	499,0
Lääkkeiden lisäkorvaukset	17,8	23,1	30,3	36,1	44,6	50,0	54,7	60,7	77,1	98,1	109,3	123,1	117,2	148,5	142,4	138,4
Yksityislääkärin palkkiot	63,6	71,4	70,4	71,4	70,5	69,9	72,7	72,4	72,7	71,6	68,7	68,5	69,2	67,0	74,5	73,4
Yksityishammaslääkärin palkkiot	35,8	36,2	39,5	50,9	47,7	48,2	63,8	72,7	103,4	105,3	100,5	98,9	98,5	120,1	126,4	120,5
Yksityinen tutkimus ja hoito	56,2	64,3	65,7	70,2	67,8	67,3	63,6	61,8	62,2	62,3	61,0	64,9	68,0	69,1	71,2	72,2
Matkat	99,3	111,2	114,3	117,9	119,7	125,6	129,8	137,0	145,1	156,0	180,1	195,9	206,7	218,0	237,2	250,7
Sairauspäivärahat	534,7	499,7	496,0	514,9	552,5	576,2	594,7	675,8	703,6	742,5	774,9	808,7	815,5	790,1	818,0	825,7
Työkyvyttömyyseläkkeet ^a	820,7	771,1	765,3	668,0	623,7	580,7	576,6	590,3	594,2	602,9	615,9	621,6	629,8	708,7	747,5	738,7
Vammaisetuudet	335,5	336,7	339,3	334,8	346,7	348,3	366,6	373,4	381,4	391,1	397,9	407,4	409,7	404,1	423,5	508,9
Kuntoutus	211,9	209,7	215,3	225,8	247,2	256,2	264,4	289,1	308,3	316,5	307,0	304,8	306,9	298,6	303,4	305,1
Työterveyshuollon ja opiskelijoiden terveydenhuollon korvaukset	127,6	136,6	142,1	152,2	162,5	171,4	181,6	193,9	209,2	222,2	233,4	261,0	277,4	292,1	296,9	302,9
Kelan terveysperusteiset menot yhteensä	2 859	2 869	2 932	2 895	2 976	3 035	3 187	3 429	3 599	3 795	3 923	4 020	4 085	4 226	4 358	4 423
Kelan kaikki etuusmenot	11 776	11 137	10 918	10 886	10 861	10 528	10 539	10 839	11 025	11 322	11 418	11 307	11 079	11 252	11 930	12 152
Terveysperusteisten menojen osuus, %	24	26	27	27	27	29	30	32	33	34	34	36	37	38	37	36
Euroa asukasta kohden	560	560	571	562	576	586	614	659	690	726	748	763	772	795	816	825

^aTyökyvyttömyyseläkkeet laskettu vuoden 2008 eläkekäsittien mukaisesti. Aiemmilta vuosilta on poistettu eläkkeensaajan asumistuen ja eläkkeensaajan hoitotuen kulut.

Lähde: Kelan tilastot.