



Maahanmuuttaneet käyttävät suomalaistaustaisia vähemmän terveyspalveluita

PÄÄLÖYDÖKSET

- Pienempi osuus maahanmuuttaneista (32,3 %) käyttää vuodeosastohoidon tai julkisen erikoissairaanhoidon avohoidon palveluita suomalaistaustaisiin (38,3 %) verrattuna.
- Maahanmuuttaneilla terveyspalveluiden käytön keskimääräiset vuosikustannukset ovat suomalaistaustaisia huomattavasti matalammat.
- Erot palveluita käyttäneiden osuuksissa ja keskimääräisissä kustannuksissa väestöryhmien välillä ovat suuremmat heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevilla, kuten alimpaan tuloluokkaan kuuluvilla ja työvoiman ulkopuolella olevilla.
- Maahanmuuttaneiden joukossa kustannukset vaihtelevat merkittävästi taustamaan mukaan.
- Saharan eteläpuolisessa Afrikassa, Lähi-idässä tai Pohjois-Afrikassa syntyneillä kustannukset ovat muita – osittain jopa suomalaistaustaisia – huomattavasti korkeammat. Aasiassa syntyneillä kustannukset ovat puolestaan kaikista matalimmat.

Maahanmuutto vaikuttaa väestörakenteeseen ja alueelliseen palveluiden tarpeeseen

Suomessa on havaittu merkittäviä eroja terveydessä ja terveyspalveluiden käytössä niin sosioekonomisen aseman (esim. Karvonen ym. 2019; Vaalavuo 2020) kuin asuinalueen (Koskinen 2019) mukaan. Erot väestörakenteessa vaikuttavat alueellisiin terveyseroihin ja terveydenhuollon palveluiden tarpeeseen niin naapurustojen kuin hyvinvointialueiden välillä. Yksi tämän hetken merkittävimmistä väestörakenteeseen vaikuttavista tekijöistä väestön ikääntymisen ohella on maahanmuutto.

Maahanmuuttaneet ovat keskimäärin valtaväestöä nuorempia, ja erityisesti nuoret sekä työikäiset maahanmuuttaneet keskittyvät kaupunkeihin (Manderbacka ym. 2019). Maahanmuuton vaikuttaessa olennaisesti väestön ikäjakaumaan ja sosioekonomiseen rakenteeseen on sillä vaikutusta myös alueelliseen terveyspalveluiden tarpeeseen ja kustannuksiin. Samalla voidaan odottaa, että maahanmuuton merkitys tässä suhteessa vaihtelee huomattavasti eri puolilla Suomea.

Ulkomaisissa tutkimuksissa maahanmuuttaneiden terveyspalveluiden käytön ja kustannusten on havaittu olevan keskimäärin kantaväestöä alemmalla tasolla (esim. Wilson ym. 2020; Xu ym. 2021; Barlow ym. 2022). Myös Suomessa on havaittu vastaavanlaisia tuloksia (esim. Castaneda ym. 2012; Kiesepä ym. 2020), mutta aihetta on tutkittu tähän mennessä melko rajallisilla aineistoilla.

Maahanmuuttaneiden alhaisemmalle terveyspalveluiden käytölle on esitetty monia eri syitä. Kirjallisuudessa puhutaan ”terveen maahanmuuttajan” -ilmiöstä (*healthy migrant effect*), jonka mukaan muuttajiksi valikoituu sekä uuden kotimaan että lähtömaan väestöä terveempiä henkilöitä. Lisäksi muita mahdollisia taustasyitä ovat maahanmuuttaneiden kotoutuminen sekä kulttuuriset erot. Esimerkiksi Pandeyn ym. (2022) mukaan maahanmuuttaneiden pääsyä mielenterveyspalveluiden piiriin estää kielimuuri, riittämättömät tiedot olemassa olevista palveluista sekä käsitykset siitä, mihin ja milloin palveluihin pitäisi päästä.

Tämän analyysin tavoitteena on tuottaa tietoa maahanmuuttaneiden terveyspalveluiden käytöstä ja kustannuksista suomalaisiin rekisteriaineistoihin perustuen. Ensiksi vertailemme suomalaistaustaisten ja Suomeen ulkomailta muuttaneiden terveyspalveluiden käyttöä ja siihen liittyviä kustannuksia. Toiseksi tarkastelemme, miten erot palveluiden käytössä ja kustannuksissa vaihtelevat taustamuuttajien, kuten iän, sukupuolen ja sosioekonomisen aseman mukaan. Kolmanneksi analysoimme, eroaako terveyspalveluiden käyttö ja kustannukset maahanmuuttaneen väestön keskuudessa Suomessa asutun ajan ja taustamaan mukaan.

Tutkimusjoukkomme muodostuu henkilöistä, jotka asuivat Suomessa koko ajanjakson 2010–2018 eli analyysi rajoittuu suhteellisen pysyvästi Suomeen muuttaneisiin ja rajaa samalla pois henkilöt, jotka kuolevat tarkastelujakson aikana. Maahanmuuttaneista mukana ovat vain henkilöt, jotka ovat muuttaneet Suomeen vuoden 1989 jälkeen. Seuraamme tutkimusjoukon vuosittaista terveyspalveluiden käyttöä ja siitä aiheutuvia kustannuksia vuosina 2011–2017. Tarkastelun terveyspalvelut sisältävät sekä julkisen että yksityisen vuodeosastohoidon (ml. päiväkirurgian) ja julkisen erikoissairaanhoidon avokäynnit. Tutkimus perustuu kuvailevaan analyysiin.

Heidi Kuusinen, tutkimusassistentti
heidi.kuusinen@thl.fi

Maria Vaalavuo, johtava tutkija
maria.vaalavuo@thl.fi

Tarkastellut terveyspalvelut ja kustannustiedot

- Terveyspalvelut sisältävät julkisten ja yksityisten tuottajien vuodeasastohoidon ja päiväkirurgian sekä julkisten erikoissairaanhoidon avohoidosta. Lisäksi mukana on yksityinen vuodeasastohoito, jonka osuus havainnoista on kuitenkin hyvin pieni.
- Psykiatriseen hoitoon sisältyvät käynnit, joiden päädiagnoosin oirediagnoosiksi oli kirjattu mikä tahansa ICD-10 luokituksen pääluokkaan F (mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt) kuuluva diagnoosi.
- Muu hoito sisältää kaikki muut kuin ICD-10 luokituksen pääluokkaan F kuuluviin diagnooseihin liittyvät käynnit.
- Kustannustiedot sisältävät kaikki potilaan hoitamiseen liittyvät kustannukset, kuten lääkäri- ja hoitajatyön, sairaalalääkkeet, tutkimukset, toimenpiteet sekä yleiskustannukset kuten kiinteistö- ja hallintokustannukset yhdeltä hoitajaksolta.
- Olemme laskeneet ensin vuotuiset terveyspalveluiden käytöstä aiheutuneet kustannukset henkilöä kohden, minkä pohjalta teemme vertailuja keskimääräisistä kustannuksista eri taustamuuttajien mukaan.

Maahanmuuttaneista pienempi osuus käytti tarkasteltuja terveyspalveluita

Taulukossa 1 on raportoitu, kuinka suuri osuus maahanmuuttaneista ja suomalaistaustaisista käytti terveyspalveluita vuonna 2017. Taulukossa 1 viimeisessä sarakkeessa on myös esitetty, kuinka paljon suurempi osuus prosentteina suomalaistaustaisista käytti terveyspalveluita maahanmuuttaneisiin verrattuna. Ensimmäisenä havaitaan, että maahanmuuttaneista pienempi osuus käytti terveyspalveluita: suomalaistaustaisista terveyspalveluita käytti 38,3 prosenttia, kun vastaava osuus maahanmuuttaneilla oli 32,4 prosenttia. Psykiatriseen hoitoon liittyvä palveluiden käyttö oli molemmissa väestöryhmissä huomattavasti vähäisempää, mutta ero palveluita käyttäneiden osuuksissa väestöryhmien välillä oli suhteellisesti suurempi.

Suuri osa taustamuuttajista oli samalla tavoin yhteydessä palveluiden käyttöön molemmilla väestöryhmillä. Sekä maahanmuuttaneilla että suomalaistaustaisilla palveluiden käyttö lisääntyi iän myötä. Kuitenkin yli 65-vuotiaassa väestössä maahanmuuttaneiden ja suomalaistaustaisten palveluiden käytössä oli suurimmat erot. Myös molemmissa väestöryhmissä miehet käyttivät terveyspalveluita naisia vähemmän, mutta väestöryhmien välinen ero palveluita käyttäneiden osuudessa oli miehillä huomattavasti naisia suurempi. Suomalaistaustaisista miehistä 27 prosenttia maahanmuuttaneita suurempi osuus käytti terveyspalveluita, kun naisilla väestöryhmien välinen ero oli 15 prosenttia.

Terveyspalveluiden käyttö ja erot terveyspalveluita käyttäneiden osuuksissa olivat suurempia alemmissa sosioekonomisissa luokissa. Työvoiman ulkopuolella olevista ja työttömistä suurempi osuus käytti terveyspalveluita molemmissa väestöryhmissä. Myös tuloluokan ja terveyspalvelujen käytön välillä on pääosin negatiivinen korrelaatio – terveyspalveluiden käyttö oli vähäisempää ylemmissä tuloluokissa. Työvoiman ulkopuolisuus ja alin tuloluokka olivat yhteydessä myös suurempiin eroihin terveyspalveluiden käytössä väestöryhmien välillä. Esimerkiksi työvoiman ulkopuolella olevien joukossa lähes 30 prosenttia useampi suomalaistaustaisista käytti palveluita. Osittain eroja selittänee maahanmuuttaneiden nuorempi ikärakenne; esimerkiksi työvoiman ulkopuolella oleviin lasketaan kuuluviksi eläkeläiset, joita suomalaistaustaisissa on huomattavasti enemmän.

Määritelmät ja kategoriat

- Maahanmuuttaneilla tarkoitetaan tässä analyysissä ulkomailla syntyneitä Suomeen muuttaneita henkilöitä.
- Suomalaistaustaisilla tarkoitetaan henkilöitä, joilla vähintään toinen vanhemmista on syntynyt Suomessa.
- Henkilöt on jaettu taustamaakategorioihin seuraavasti:
 - Länsimaat – EU:n tai EFTA:n alueella, Pohjois-Amerikassa, Iso-Britanniassa, Australiassa tai Uudessa-Seelannissa syntyneet henkilöt
 - Itä-Eurooppa – Itä-Euroopassa, Venäjällä tai entisessä Neuvostoliitossa syntyneet
 - Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka – Lähi-idässä (sis. Afganistan ja Pakistan) tai Pohjois-Afrikassa syntyneet
 - Saharan eteläpuolinen Afrikka – Saharan eteläpuolisessa Afrikassa syntyneet
 - Aasia – Aasiassa syntyneet henkilöt
 - Muut – henkilöt, joiden syntymävaltio ei ole tiedossa tai jotka eivät kuulu mihinkään muuhun viidestä kategoriasta
- Henkilöt on jaettu viiteen tuloluokkaan perustuen ekvivalentteihin kotitalouden käytettävissä oleviin rahatuloihin. Tulot ja tuloluokka ovat näin samat kaikille samassa asutokunnassa asuville.

Taulukko 1. Vuodeosastohoitoa tai julkisen erikoissairaanhoidon avohoitoa käyttäneiden osuus vuonna 2017.

Terveyspalveluita käyttäneiden osuus (%) vuonna 2017			
	Maahanmuuttaneet n = 134 188	Suomalaistaustaiset n = 4 503 480	Ero (%)
Kaikki	32,3	38,3	18,9
Psykiatrinen hoito	2,6	3,6	38,2
Muu hoito	31,4	37,2	18,3
Sukupuoli			
Mies	27,4	34,8	26,8
Nainen	36,4	41,7	14,7
Ikäluokka			
7–17-vuotiaat ¹	28,2	29,8	5,6
18–40-vuotiaat	31,3	32,8	4,8
41–64-vuotiaat	32,0	35,8	12,0
65–80-vuotiaat	40,1	50,6	26,2
yli 80-vuotiaat	56,8	65,8	15,9
Työllisyys			
Työtön	35,5	38,5	8,5
Työllinen	29,8	31,8	6,6
Työvoiman ulkopuolella	34,8	44,7	28,5
Tuloluokka			
1. kvintiili (=alin 20 %)	33,7	42,6	26,3
2. kvintiili	34,3	42,3	23,3
3. kvintiili	31,2	38,4	23,2
4. kvintiili	29,6	35,7	20,3
5. kvintiili (=ylin 20 %)	28,0	32,9	17,5

¹ Luokka sisältää vain 7–17-vuotiaat, koska aineistossa nuorimmat ovat syntyneet vuonna 2010 eli ovat jo 7-vuotiaita vuonna 2017.

Taulukossa 2 on raportoitu maahanmuuttaneiden ja suomalaistaustaisten terveystalvueluiden käytöstä aiheutuneet keskimääräiset kustannukset henkeä kohden vuonna 2017. Taulukossa on lisäksi esitetty keskimääräiset kustannukset erikseen vain vuonna 2017 palveluita käyttäneille. Käynnin kustannukset vaihtelevat esimerkiksi diagnoosin ja hoitajakson pituuden mukaan eli erot ryhmien välillä kumpuavat myös näistä tekijöistä eivätkä ainoastaan käyntien määrästä.

Keskimääräiset kustannukset taustatekijöiden mukaan seuraavat pitkälti taulukossa 1 raportoituja käyttäjien osuuksia; mitä suurempi osuus tietystä väestöryhmästä oli käyttänyt palveluita sitä suuremmat olivat myös keskimääräiset kustannukset. Keskimäärin kustannukset olivat suomalaistaustaisilla (1189 EUR) yli puolitoistakertaiset maahanmuuttaneisiin (759 EUR) verrattuna. Toisaalta eroja väestöryhmien välillä havaitaan myös silloin, kun tarkastellaan ainoastaan palveluita käyttäneitä. Palveluita käyttäneillä ero väestöryhmien välisissä kustannuksissa oli huomattavasti pienempi, mutta edelleen suomalaistaustaisilla kustannukset olivat keskimäärin 25 prosenttia korkeammat.

Psykiatriseen hoitoon liittyvät kustannukset olivat molemmilla väestöryhmillä selvästi matalammat kuin muusta hoidosta aiheutuneet kustannukset, mikä johtuu ennen kaikkea psykiatrisen hoidon vähäisemmästä käytöstä (ks. Taulukko 1). Kun taas tarkastellaan vain palveluita käyttäneitä, havaitaan psykiatrisen hoidon keskimääräisten kustannusten olleen molemmissa väestöryhmissä merkittävästi suuremmat kuin muussa hoidossa.

Suomalaistaustaisten miesten keskimääräiset kustannukset olivat jopa 75 prosenttia maahanmuuttaneita korkeammat. Vain palveluita käyttäneillä sukupuolten väliset erot eivät olleet yhtä suuria väestöryhmien sisällä eikä väestöryhmien välillä. Iän myötä kustannuserot väestöryhmien välillä kasvoivat, joskin ne olivat pienemmät, kun vertailtiin ainoastaan palveluita käyttäneitä.

Keskimääräiset kustannukset ja erot kustannuksissa väestöryhmien välillä olivat suurimmat työvoiman ulkopuolella olevilla ja alimpaan tuloluokkaan kuuluvilla. Työvoiman ulkopuolella olevien suomalaistaustaisten keskimääräiset kustannukset olivat 55 prosenttia maahanmuuttaneita korkeammat. Myös alimpaan tuloluokkaan kuuluvilla suomalaistaustaisilla keskimääräiset kustannukset olivat lähes kaksinkertaiset (91 % korkeammat) maahanmuuttaneisiin verrattuna. Palveluita käyttäneillä kustannuserot olivat suurimmat alimpaan tuloluokkaan kuuluvilla (52 %) ja työttömillä (34 %).

Kahden tarkasteltavan väestöryhmän erilainen ikärakenne vaikuttaa tulosten tulkintaan. Tarkastelun aloitusvuonna 2011 tutkimusjoukkomme maahanmuuttaneiden keski-ikä (36 vuotta) on suomalaistaustaisia hieman (39 vuotta) matalampi. Maahanmuuttaneista Saharan eteläpuolisessa Afrikassa syntyneet ovat keski-ikänsä (31 vuotta) nuorin ryhmä ja Itä-Euroopassa syntyneet vanhin (40 vuotta). Kaikista tutkimusjoukkomme maahanmuuttaneista vain 10 prosenttia on alle 18-vuotiaita, kun suomalaistaustaisista alaikäisiä on 20 prosenttia. Vastaavasti maahanmuuttaneista yli 64-vuotiaita on vain 3 prosenttia ja suomalaistaustaisista 14 prosenttia. Maahanmuuttaneista yli puolet (52 %) on 18–40-vuotiaita, kun suomalaisista vain alle kolmannes (29 %). Koska ikä vaikuttaa merkittävästi niin palveluiden käyttöön kuin kustannuksiin, on analyysin loput tarkastelut tehty kapeammilla ikärajoilla.

Taulukko 2. Terveystalvveluiden käytön keskimääräiset kustannukset henkeä kohden vuonna 2017.

Keskimääräiset kustannukset (EUR) vuonna 2017				
	Kaikki		Palvcluita käyttäneet	
	Maahan- muuttaneet n = 134 188	Suomalais- taustaiset n = 4 503 480	Maahan- muuttaneet n = 134 188	Suomalais- taustaiset n = 4 503 480
Kaikki	745	1189	2309	3101
Psykiatrinen hoito	91	160	3520	4463
Muu hoito	653	1029	2079	2767
Sukupuoli				
Mies	618	1083	2250	3113
Nainen	854	1289	2347	3091
Ikäluokka				
7–17-vuotiaat	538	675	1906	2267
18–40-vuotiaat	677	792	2167	2416
41–64-vuotiaat	719	1012	2248	2824
65–80-vuotiaat	1304	1955	3252	3863
yli 80-vuotiaat	2249	3301	3961	5016
Työllisyys				
Työtön	697	1011	1962	2625
Työllinen	543	665	1820	2091
Työvoiman ulkopuolella	1107	1719	3181	3846
Tuloluokka				
1. kvintiili	828	1585	2454	3721
2. kvintiili	862	1461	2510	3451
3. kvintiili	662	1126	2123	2933
4. kvintiili	591	946	1993	2653
5. kvintiili	549	844	1959	2563

Ikä ja sukupuoli ovat yhteydessä kustannuseroihin

Ikä on merkittävä palveluiden käyttöä ja kustannuksia selittävä tekijä väestössä. Kuviossa 1 on esitetty ikäluokittain maahanmuuttaneiden ja suomalaistaustaisten keskimääräiset kustannukset muuhun kuin psykiatriseen hoitoon liittyen vuonna 2017. Kuten jo aiemmin todettu, kustannukset nousivat iän myötä molemmissa väestöryhmissä samalla kuin ero väestöryhmien välillä kasvoi.

Suomalaistaustaisten keskimääräiset kustannukset 65–80-vuotiailla olivat 48 prosenttia ja yli 80-vuotiailla 45 prosenttia maahanmuuttaneita korkeammat. 7–17-vuotiailla (8 %) ja 18–40-vuotiailla (4 %) erot olivat huomattavasti pienempiä. Näyttää siis siltä, että etenkin

Näin tutkimus tehtiin:

Tämä Tutkimuksesta tiiviisti -julkaisu on osa Strategisen tutkimuksen neuvoston rahoittamaa SustAgeable-hanketta (päättönumero 345384) sekä Suomen kestävän kasvun ohjelmaa (RRP).

Käytimme tutkimuksessa INVEST-lippulaivahankkeen rekisteriaineistoja. Väestöön ja maahanmuuttoon liittyvät tiedot perustuvat Tilastokeskuksen Folk-moduuleihin. Tiedot terveyspalveluiden käytöstä perustuu THL:n hoitoilmoitusrekisteriin (Hilmo) erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidosta vuosilta 2011–2017.

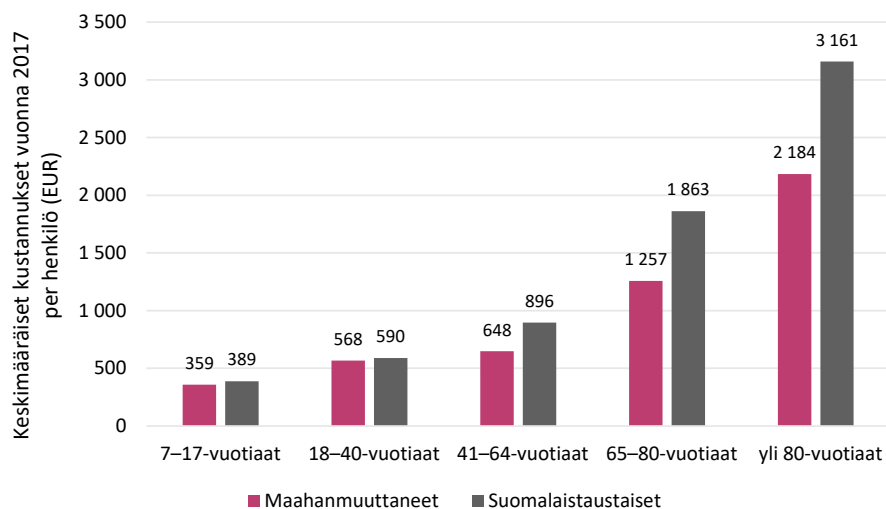
Kustannustiedot on arvioitu psykiatrian osalta kustannustietoja toimittaneiden sairaaloiden ilmoittamien kustannustietojen perusteella ja muiden palveluiden osalta Sairaaloiden tuottavuus -tilaston DRG-ryhmittäisten kustannusten avulla. Kustannustiedot on muunnettu vastaamaan vuoden 2020 rahan arvoa.

Tutkimusjoukkomme muodostuu henkilöistä, jotka asuivat Suomessa koko ajanjakson 2010–2018. Näille henkilöille yhdistimme tiedot terveyspalveluiden käytöstä sekä tiedot maahanmuutosta.

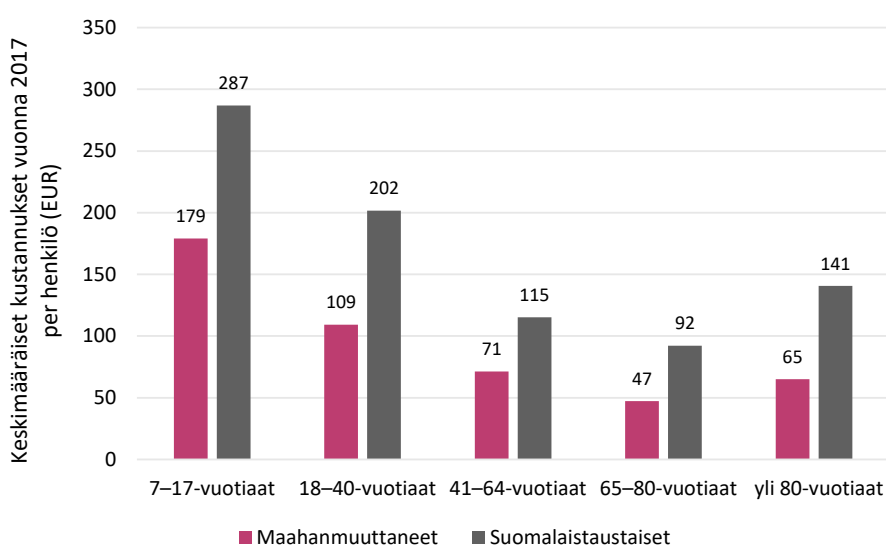
Taustamaatiedot maahanmuuttaneista on kattavasti saatavilla vuodesta 1990 alkaen, joten tutkimusjoukkomme sisältää maahanmuuttaneista vain ne henkilöt, jotka ovat muuttaneet Suomeen aikaisintaan vuonna 1990.

Tutkimusjoukkomme on rajattu asuntokuntaväestöön. Suomessa syntyneet ulkomaalaistaustaiset on rajattu tutkimusjoukon ulkopuolelle. Lopullinen tutkimusjoukkomme sisältää 134 188 maahanmuuttanutta ja 4 503 480 suomalaistaustaista henkilöä.

ikäntyneet maahanmuuttaneet poikkeavat suomalaistaustaisesta väestöstä terveyspalveluiden käytön suhteen.



Kuvio 1. Muuhun kuin psykiatriseen hoitoon liittyvät keskimääräiset kustannukset henkeä kohden ikäluokittain vuonna 2017.



Kuvio 2. Psykiatrisen hoidon keskimääräiset kustannukset henkeä kohden ikäluokittain vuonna 2017.

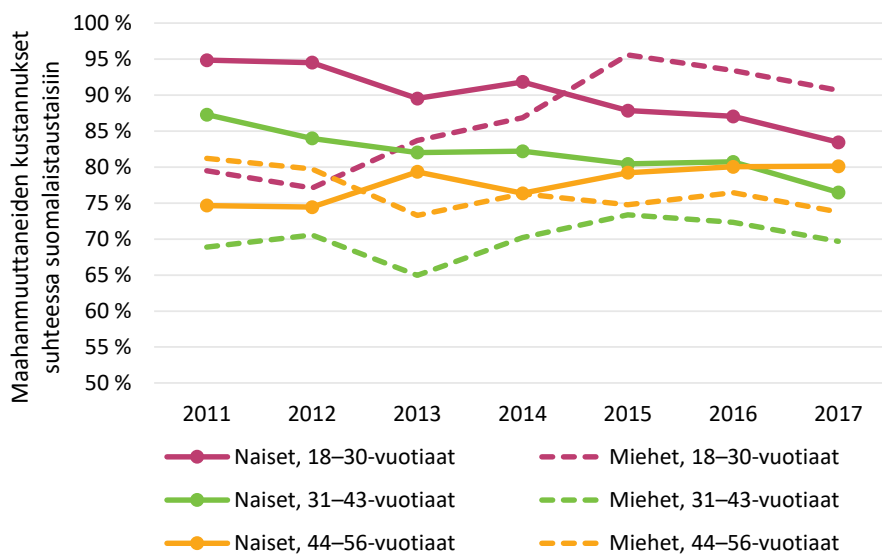
Vastaavasti kuviossa 2 on esitetty psykiatrisesta hoidosta aiheutuneet kustannukset ikäluokittain. Kuvioon 1 verrattuna havaitaan psykiatrisessa hoidossa lähes päinvastainen ilmiö; mitä nuorempi ikäluokka, sitä korkeammat olivat keskimääräiset kustannukset – lukuun ottamatta yli 80-vuotiaita. Yli 80-vuotiailla keskimääräisiä kustannuksia nostivat F0-luokkaan kuuluvat diagnoosit, joihin kuuluvat muun muassa dementia ja muut elimelliset aivo-oireyhtymät.

Psykiatrisessa hoidossa väestöryhmien väliset kustannuserot olivat kaikissa ikäluokissa suuremmat kuin muussa hoidossa. Yli 80-vuotiailla suomalaistaustaisten keskimääräiset kustannukset olivat yli kaksinkertaiset maahanmuuttaneisiin verrattuna. Myös alle 18-vuotiailla, joilla väestöryhmien välinen ero kustannuksissa oli pieni, suomalaistaustaisten keskimääräiset kustannukset olivat 60 prosenttia maahanmuuttaneita korkeammat.

Kuviossa 3 on esitetty maahanmuuttaneiden keskimääräiset kustannukset suhteessa suomalaistaustaisten kustannuksiin sukupuolittain. Tarkastelu on tehty jaettuna kolmeen ikäryhmään: tarkastelun aloitusvuonna 18–30-vuotiaat, 31–43-vuotiaat ja 44–56-vuotiaat. Kuviosta 3 havaitaan maahanmuuttaneilla jokaisessa ikäluokassa sukupuoleen katsomatta suomalaistaustaisia matalammat (< 100 %) kustannukset koko tarkastelujakson ajan. Miehillä erot suomalaistaustaisten ja maahanmuuttaneiden välisissä kustannuksissa olivat pääosin naisia suuremmat – erityisesti 31–43-vuotiailla sukupuolten välinen ero oli merkittävän suuri. Väestöryhmien välinen ero keskimääräisissä kustannuksissa oli kaikista pienin nuorimmalla ikäluokalla (18–30-vuotiailla). Vastaavasti suurin ero väestöryhmien välisissä kustannuksissa on 31–43-vuotiailla miehillä.

Maahanmuuttaneiden kustannusten voisi odottaa lähestyvän kantaväestön tasoa, sillä ajan myötä heidän tietoisuus saatavilla olevista palveluista lisääntyy, kulttuuriset erot voivat hälvetä ja myös ”terveen maahanmuuttajan” -ilmiön mukaan maahanmuuttajien terveyden on havaittu konvergoituvan kantaväestön tasolle asutun ajan myötä. Kuviosta 3 ei kuitenkaan ole havaittavissa yhtenäistä trendiä väestöryhmien välisissä suhteellisissa kustannuksissa tarkastelujakson 2011–2017 aikana. 18–30-vuotiailla ja 31–43-vuotiailla naisilla väestöryhmien välinen kustannusero kasvoi tarkastelujakson aikana, kun puolestaan 18–30-vuotiailla miehillä maahanmuuttaneiden kustannukset lähestyivät suomalaistaustaisten kustannuksia yli 10 prosenttiyksikön verran tarkastelujakson aikana.

On kuitenkin huomioitavaa, että kuviossa 3 maahanmuuttaneet ovat voineet muuttaa Suomeen hyvin eri ajankohtina – osa 1990-luvulla, osa juuri ennen tarkastelujaksoa. Asiaa tarkastellaan lisää muuttoajankohta huomioiden kuvioissa 5 ja 6.



Kuvio 3. Maahanmuuttaneiden kustannukset suhteessa suomalaistaustaisiin ikäluokittain ja sukupuolittain vuosina 2011–2017.

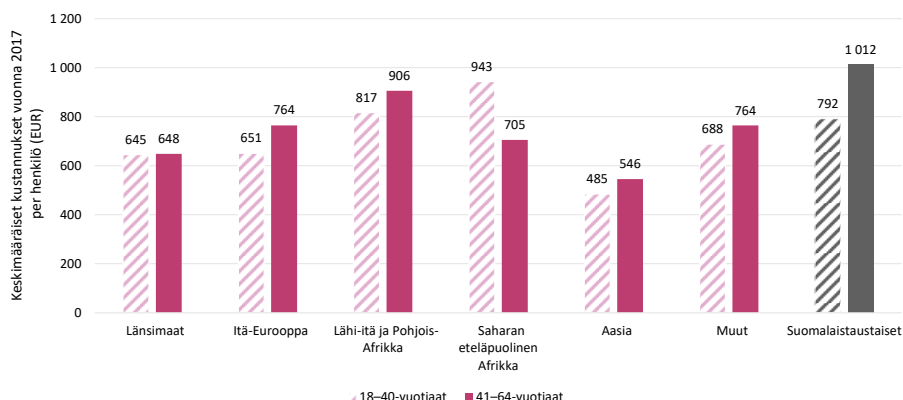
Kustannukset vaihtelevat taustamaan ja maassa asutun ajan mukaan

Kuviossa 4 on esitetty terveyspalveluiden käytön keskimääräiset kustannukset taustamaan mukaan erikseen 18–40-vuotiailla ja 41–64-vuotiailla. Kuviosta havaitaan keskimääräisten kustannusten vaihtelevan merkittävästi taustamaasta riippuen. Kaikista matalimmat kustannukset olivat Aasiassa syntyneillä ja korkeimmat puolestaan Lähi-idässä ja Pohjois-Afrikassa sekä Saharan eteläpuolisessa Afrikassa syntyneillä.

18–40-vuotiailla korkeimmat kustannukset olivat Saharan eteläpuolisessa Afrikassa syntyneillä, joiden kustannukset olivat myös samanikäisiä suomalaistaustaisia korkeammat. Myös Lähi-idässä ja Pohjois-Afrikassa syntyneiden kustannukset olivat 18–40-vuotiailla suomalaistaustaisia korkeammat. Kustannukset Saharan eteläpuolisessa

Afrikassa tai Lähi-Idässä ja Pohjois-Afrikassa syntyneillä olivat suomalaistaustaisia korkeammat sekä miehillä että naisilla.

Saharan eteläpuolisessa Afrikassa syntyneet olivat myös ainoa väestöryhmä, joilla nuoremman ikäluokan (18–40-vuotiaiden) keskimääräiset kustannukset olivat vanhempaa ikäluokkaa (41–64-vuotiaita) suuremmat. Vanhemmassa ikäluokassa suomalaistaustaisten kustannukset olivat kuitenkin kaikkia taustamaaryhmiä korkeammat. Maahanmuuttaneilla myöskään nuorimman ja vanhimman ikäluokan välinen kustannusero ei ollut yhtä merkittävä kuin suomalaistaustaisilla.



Kuvio 4. Keskimääräiset kustannukset taustamaaryhmän mukaan vuonna 2017.

Kuviossa 5 on esitetty 30–40-vuotiaiden keskimääräiset kustannukset sukupuolittain muuttoajankohdan mukaan vuonna 2017. Suomalaistaustaisten keskimääräiset kustannukset olivat maahanmuuttaneita korkeammat riippumatta maahanmuuttaneiden muuttoajankohdasta, lukuun ottamatta 1990-luvulla Suomeen muuttaneita miehiä, joilla keskimääräiset kustannukset olivat jopa hieman suomalaistaustaisia korkeammat. Riippumatta muuttoajankohdasta olivat naisten keskimääräiset kustannukset miehiä huomattavasti korkeammat niin maahanmuuttaneilla kuin suomalaistaustaisillakin, mitä selittää ainakin osittain naisten raskauteen ja synnytykseen liittyvien käyntien kustannukset.

Kuviosta 5 havaitaan myös maahanmuuttaneiden kustannusten olleen sitä korkeammat mitä kauemmin aikaa on asunut Suomessa. Ilmiö korostuu erityisesti miehillä, joilla vuosina 2007–2010 muuttaneiden keskimääräiset kustannukset olivat 340 euroa, kun 1990-luvulla muuttaneilla keskimääräiset kustannukset olivat 578 euroa. Tämän taustalla voi olla monia eri syitä, kuten jo aiemmin mainitut kulttuurierojen hälventyminen tai tietoisuuden lisääntyminen palveluista ja niiden piiriin pääsystä Suomessa asutun ajan myötä. Taustalla voi olla myös ”terveen maahanmuuttajan” -ilmiö, johon liittyy maahanmuuttaneiden ja kantaväestön terveyserojen kaventuminen maassa asutun ajan pidentyessä.

On huomioitavaa, että kuviossa 5 tarkasteltavat maahanmuuttaneet ovat muuttaneet Suomeen hyvin eri ikäisinä. 1990-luvulla muuttaneet ovat voineet olla muuttaessaan 3-vuotiaita, kun taas vuosina 2007–2010 muuttaneet ovat voineet olla nuorimmillaan 20-vuotiaita.

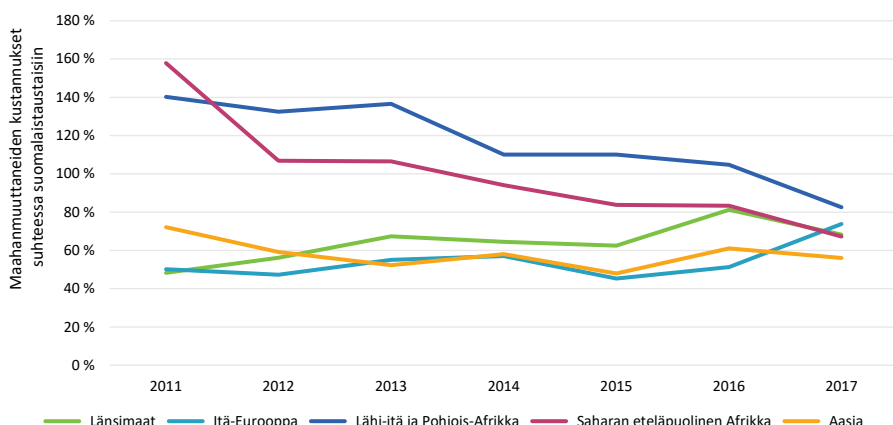


Kuvio 5. Keskimääräiset kustannukset muuttoajankohdan ja sukupuolen mukaan vuonna 2017, 30–40-vuotiaat.

Kuviossa 6 on esitetty vuosina 2007–2010 Suomeen muuttaneiden kustannusten kehitys suhteessa samanikäisiin suomalaistaustaisiin. Kuviossa 6 on mukana vain henkilöt, jotka olivat 40–45-vuotiaita tarkastelun aloitusvuonna 2011. Kuvio 6 on tehty hyvin rajatulle joukolle – samanikäisille ja samaan aikaan Suomeen muuttaneille – mahdollisten muiden tekijöiden vaikutusten poissulkemiseksi.

Kuviosta 6 havaitaan, etteivät kaikkien maahanmuuttaneiden ryhmien kustannukset olleet suomalaistaustaisia matalampia koko tarkastelujaksoa. Lähi-idässä ja Pohjois-Afrikassa syntyneiden kustannukset olivat suomalaistaustaisia korkeammat vuodesta 2011 vuoteen 2016 asti. Myös Saharan eteläpuolisessa Afrikassa syntyneiden kustannukset olivat vuosina 2011–2013 suomalaistaustaisia korkeammat. Aasiassa ja Itä-Euroopassa syntyneiden kustannukset puolestaan olivat koko tarkastelujakson ajan suomalaistaustaisia merkittävästi matalammat – noin 50–70 prosenttia suomalaistaustaisten kustannuksista.

Sekä Lähi-idässä ja Pohjois-Afrikassa että Saharan eteläpuolisessa Afrikassa syntyneillä kustannukset myös laskivat tarkastelujakson aikana merkittävästi suomalaistaustaisiin verrattuna. Esimerkiksi Saharan eteläpuolisessa Afrikassa syntyneiden kustannukset olivat tarkastelun ensimmäisenä vuonna noin 1,6-kertaiset suomalaistaustaisiin nähden, mutta vuonna 2017 ne olivat huomattavasti suomalaistaustaisia pienemmät, enää vain 0,7-kertaiset. Vastaavasti länsimaissa ja Itä-Euroopassa syntyneiden kustannukset lähenivät suomalaistaustaisten kustannuksia tarkastelujakson aikana noin 20 prosenttiyksikön verran. Aasiassa syntyneiden ja suomalaistaustaisten kustannuserot taas hieman kasvoivat entisestään tarkastelujakson aikana (16 prosenttiyksikköä). Kuviosta 6 on myös selkeästi havaittavissa, että erot suhteellisissa kustannuksissa kapenivat taustamaaryhmien välillä ajan myötä.



Kuvio 6. Keskimääräisten kustannusten kehittyminen suhteessa suomalaistaustaisiin taustamaaryhmän mukaan, 40–45-vuotiaat.

Johtopäätökset

Tässä tiiviissä analyysissä tarkastelimme eroja maahanmuuttaneiden ja suomalaistaustaisten erikoissairaanhoidon avo- ja vuodeosastohoidon ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon palveluiden käytössä ja siitä aiheutuissa kustannuksissa rekisteriaineistoihin perustuen. Kysymys on tärkeä, sillä maahanmuuttaneet jakautuvat epätasaisesti Suomen sisällä ja vaikuttavat eri tavoin palvelutarpeeseen verrattuna suomalaistaustaiseen väestöön.

Analyysissä havaittiin, että maahanmuuttaneiden ja suomalaistaustaisten välillä on merkittäviä eroja terveyspalveluiden käytössä ja kustannuksissa. Maahanmuuttaneista pienempi osuus käyttää terveyspalveluita verrattuna suomalaistaustaisiin, ja myös keskimääräiset kustannukset ovat maahanmuuttaneilla suomalaistaustaisia matalammat niin eri ikäluokkien, sukupuolten kuin sosioekonomisen aseman sisällä tarkasteltuna. Näin oli myös silloin, kun tarkasteltiin ainoastaan palveluita käyttäneitä henkilöitä. Sairastavuutta ei tässä analyysissä tarkasteltu.

Väestöryhmien väliset erot kustannuksissa kasvavat iän myötä. Käytön ja kustannusten perusteella erityisesti vanhemmat maahanmuuttaneet vaikuttavat siis kantaväestöä terveemmiltä. Tämä voi johtua siitä, että Suomeen jäävät ne maahanmuuttaneet, joilla on parempi terveys, eli havainto johtuisi valikoitumisesta. Toisaalta tämän analyysin perusteella ei voida poissulkea sitä vaihtoehtoa, että ikääntyneillä maahanmuuttaneilla on tyydyttämätöntä palvelutarvetta. Aiheesta tarvitaan lisää tutkimustietoa. Samalla kun Suomen väestö ikääntyy, on vanhusväestö yhä monimuotoisempaa; tämä vaikuttaa niin palveluiden kysyntään kuin siihen, miten niiden saavutettavuutta tulisi kehittää. Vaikka suuri osa maahanmuuttaneista on yhä nuoria ja työikäisiä, asuu Suomessa enenevässä määrin maahanmuuttotaustaisia vanhuksia.

Psykiatrian palveluissa nuorten keskimääräiset kustannukset ovat muita ikäluokkia korkeammat molemmissa väestöryhmissä, ja kaikilla ikäluokilla kustannuserot väestöryhmien välillä ovat vielä korkeampia kuin muissa palveluissa. Maahanmuuttaneiden on havaittu käyttävän vähemmän mielenterveyspalveluita myös muissa tutkimuksissa, vaikka maahanmuuttaneilla mielenterveyshäiriöiden on pääosin havaittu olevan kantaväestöä yleisempiä. Myös suomalaisissa kyselytutkimuksissa maahanmuuttaneet ovat raportoineet suomalaistaustaisia enemmän masennus- ja ahdistusoireita (Castaneda ym. 2012; Matikka ym. 2014). Voi siis olla, että maahanmuuttaneet käyttävät tarpeisiin nähden liian vähän mielenterveyspalveluita. Tämä voi johtua siitä, että mielenterveyssyistä palveluiden piiriin hakeutuminen voidaan nähdä erityisen stigmatisoivaksi tietyissä maahanmuuttaneiden ryhmissä. Tulos voi osoittaa, että maahanmuuttaneiden tietoa palveluiden saatavuudesta pitäisi lisätä.

Analyysissä havaittiin myös viitteitä Suomessa asutun ajan tai maahanmuuttoajan yhteydestä terveyspalveluiden kustannuksiin. Kustannukset ja väestöryhmien väliset kustannuserot vaihtelivat myös maahanmuuttaneiden taustamaasta riippuen. Tässäkään

suhteessa maahanmuuttaneita ei siis voida niputtaa yhdeksi homogeeniseksi ryhmäksi. Jatkoanalyseissa tulisi ottaa samanaikaisesti huomioon henkilön ikä ja sukupuoli, taustamaa sekä maassa vietetty aika.

Tämän kuvailevan analyysin tulokset antavat aihetta lisätutkimukselle. Väestön ikääntymisen ohella maahanmuutto on merkittävä väestön ikäjakaumaan ja sosioekonomiseen rakenteeseen vaikuttava tekijä. Maahanmuutto vaikuttaa terveyspalveluiden tarpeeseen ja kustannuksiin niin valtakunnallisesti kuin alueellisesti, minkä vuoksi väestöryhmien välisen sekä alueellisten terveyserojen ja palvelutarpeen arviointi on ensisijaisen tärkeää. Entistäkin tärkeämmäksi arvioinnin tekee tällä hetkellä se, että sote-uudistuksen myötä hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin rahoitus perustuu pääosin tarveperusteiseen valtionrahoitukseen. Tällä hetkellä taustamaa huomioidaan tarveperusteisessa rahoituksessa yksinkertaisessa yhden muuttujan muodossa (Holster ym. 2022) – kuitenkin tämän analyysin perusteella maahanmuuttaneiden heterogeenisyys taustamaan sekä mahdollisesti myös asuinajan mukaan voisi olla perusteltua huomioida mallinnuksessa monipuolisemmin.

Lisäksi olisi olennaista selvittää, mistä maahanmuuttaneiden alhaisempi terveyspalveluiden käyttö ja kustannukset johtuvat, jotta rahoitus kohdennetaan oikeudenmukaisesti ja väestön terveyttä tukevasti. Kirjallisuudessa ilmiön taustasyiksi on esitetty niin kutsuttua ”terveen maahanmuuttajan” -ilmiötä, mutta myös mahdollisia kotoutumiseen liittyviä haasteita ja kulttuurillisia eroja terveyspalveluiden käyttöön liittyen. Myös yksi selittäjä voi olla maahanmuuttaneiden tyydyttämätön palveluiden tarve, josta on havaittu viitteitä myös Suomessa (Çilenti ym. 2021; Kiesepä ym. 2022). Jos maahanmuuttaneiden alhaisemmat kustannukset liittyvät ennen kaikkea tyydyttämättömään palveluiden tarpeeseen, toteutuneiden kustannusten perusteella tehty rahoituksen kohdennus ei ole reilu.

Analyysimme perusteella on mahdotonta erottaa parempi terveydentila muista tekijöistä, jotka vaikuttavat palveluiden käyttöön. Olennaista olisi ottaa mahdollisimman hyvin huomioon henkilön sairastavuus ja palveluiden tarve. Rekisteritiedon yhdistäminen kyselyaineistoihin olisi tärkeää tämän analysoimiseksi. Myös palveluiden tarjonta olisi syytä ottaa huomioon. Lisäksi olisi mahdollista tutkia terveyslopputulemia, kuten koulleisuutta tai ehkäistävässä olevia hoitajaksoja, jotka voisivat kertoa hoidon saatavuudesta suhteessa tarpeeseen eri ryhmissä. Jatkossa analyysiin tulisi lisätä myös perusterveydenhuollon avopalvelut ja lääkkeiden käyttö, jotka täydentäisivät nyt saatua kuvaa terveyspalveluiden käytöstä ja kustannuksista.

Lähteet

Barlow, P. – Mohan, G. – Nolan, A. (2022) Utilisation of healthcare by immigrant adults relative to the host population: Evidence from Ireland. *Journal of Migration and Health*. Vol 5.

Castaneda, A. E. – Rask, S. – Koponen, P. – Mölsä, M. – Koskinen, S. (2012) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi - Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Çilenti, K. – Rask, S. – Elovainio, M. – Lilja, E. – Kuusio, H. – Koskinen, S. – Koponen, P. – Castaneda, A. E. (2021) Use of health services and unmet need among adults of russian, somali and kurdish origin in Finland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 18 (5).

Holster, T. – Haula, T. – Korajoki, M. (2022) Sote-rahoituksen tarvevakiointi: Päivitys 2022. Työpaperi 26/2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Karvonen, S. – Martelin, T. – Kestilä, L. – Junna, L. (2019) Tulotason mukaiset terveyserot. Teoksessa: Suomalaisten hyvinvointi, toim. Kestilä, L. – Karvonen, S 2018, 101–119. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Kieseppä, V. – Torniainen-Holm, M. – Jokela, M. – Suvisaari, J. – Gissler, M. – Markkula, N. – Lehti, V. (2020) Immigrants' mental health service use compared to that of native Finns: a register study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 55, 487–496.

Kieseppä, V. – García Velázquez, R. – Vehko, T. – Kuusio, H. (2022) Satisfaction with access to health services among foreign-born population in Finland: a survey-based study. *BMC Health Services Research*. Vol. 22 (781).

Koskinen, S. (2019) THL:n sairastavuusindeksi 2014–2016. Tilastoraportti 30/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Manderbacka, K. – Satokangas, M. – Karvonen, S. (2019) Terveyspalveluiden oikeudenmukaisuus edellyttää paikkatietoista politiikkaa. Suomen sosiaalinen tila 1/2019. Tutkimuksesta tiiviisti 25, 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Matikka, A. – Luopa, P. – Kivimäki, H. – Jokela, J. – Paananen, R. (2014) Maahanmuuttajataustaisten 8. ja 9.-luokkalaisten hyvinvointi. Kouluterveyskysely 2013. Raportti 26/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Pandey, M. – Kamrul, R. – Michaels, C. R. – McCarron, M. (2022) Perceptions of mental health and utilization of mental health services among new immigrants in Canada: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*. Vol. 58 (2), 405–406.

Vaalavuo, M. (2020) Use of public health and social care services among the elderly in Finland: An under-examined mechanism of redistribution. *Journal of European Social Policy*. Vol. 30 (2), 176–189.

Wilson F. A. – Zallman, L. – Pagán, J. A. – Ortega, A. N. – Wang, Y. – Tatar, M. – Stimpson, J. P. (2020) Comparison of Use of Health Care Services and Spending for Unauthorized Immigrants vs Authorized Immigrants or US Citizens Using a Machine Learning Model. *JAMA Network Open*. Vol. 3 (12).

Xu, J. – Chen, X. – Liu, K. – Guo, G. – Li, Y. (2021) Health service utilization of international immigrants in Yiwu, China: Implication for health policy. *Journal of Immigrant and Minority Health*. Vol. 23 (2), 207–214.

Tämän julkaisun viite:

Kuusinen, H. – Vaalavuo, M. (2023). Maahanmuuttaneet käyttävät suomalaistaustaisia vähemmän terveyspalveluita. Tutkimuksesta tiiviisti 30/2023, Suomen sosiaalinen tila 3/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

SustAgeable



Euroopan unionin rahoittama –
NextGenerationEU

**Suomen
kestävän kasvun
ohjelma**

Suomen sosiaalinen tila -julkaisuissa käsitellään päätöksenteon kannalta keskeisiä ja ajankohtaisia ilmiöitä, jotka liittyvät hyvinvointiin, elinoloihin, palveluihin ja hyvinvointivaltioon. Eriarvoisuus on läpileikkaava tema julkaisuissa.



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-408-110-8 (verkko)

ISSN 2323-5179 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-110-8>