European Commission

State of Health in the EU

Suomi

Maan terveysprofiili 2019

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Maaprofiilisarja

State of Health in the EU -maaprofiileissa esitetään tiivis ja politiikan kannalta tarkoituksenmukainen katsaus EU:n ja Euroopan talousalueen terveystilanteeseen ja terveysjärjestelmiin. Niissä keskitytään tarkastelemaan kunkin maan erityispiirteitä ja haasteita maiden välisten vertailujen perusteella. Tarkoituksena on tukea päättäjiä ja poliittisia vaikuttajia keskinäisen oppimisen ja vapaaehtoisen ajatustenvaihdon keinoin.

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö (OECD) ja European Observatory on Health Systems and Policies – seurantakeskus laativat profiilit yhdessä yhteistyössä Euroopan komission kanssa. Työryhmä kiittää Health Systems and Policy Monitor - verkostoa, OECD:n terveyskomiteaa ja EU:n terveystietoa käsittelevää asiantuntijaryhmää arvokkaista kommenteista ja ehdotuksista.

Sisällysluettelo

1. PÄÄKOHDAT 3
2. SUOMEN TERVEYSTILANNE 4
3. RISKITEKIJÄT 7
4. TERVEYSJÄRJESTELMÄ 9
5. TERVEYSJÄRJESTELMÄN TOIMINTAKYKY 13
   5.1 Vaikuttavuus 13
   5.2 Saavutettavuus 17
   5.3 Muutosjoustavuus 19
6. KESKEISET HAVAINNOT 22

Tietolähteet

Näiden maaprofiilien tiedot perustuvat pääasiassa Eurostatille ja OECD:lle toimitettuihin kansallisiin virallisiin tilastoihin, jotka on vahvistettu tietojen mahdollisimman hyvän vertailtavuuden varmistamiseksi. Lähteet ja menetelmät, joihin tiedot pohjaavat, on esitetty Eurostatin tietokannassa ja OECD:n terveystietokannassa. Lisätietoja on tämän lisäksi saatu Institute for Health Metrics and Evaluation – laitokselta (IHME), European Centre for Disease Prevention and Control – keskukselta (ECDC), Health Behaviour in School-Aged Children – tutkimukselta (HBSC) ja Maailman terveysjärjestöltä (WHO) sekä muista kansallisista lähteistä.

Lasketut EU:n keskiarvot ovat 28 jäsenvaltion painotettuja keskiarvoja, ellei toisin mainita. EU:n keskiarvot eivät sisällä Islannin ja Norjan lukuja.

Maaprofiili laadittiin elokuussa 2019 heinäkuussa 2019 saatavilla olleiden tietojen perusteella.

Kaikki tämän profiilin taulukoiden ja kaavioiden tiedot sisältävän Excel-taulukkotiedoston voi ladata syöttämällä internetselaimeen seuraavan URL-linkin: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Finland.xls

Suomen demografiset ja sosioekonomiset taustatiedot, 2017

Demografiset tekijät	Suomi	EU
Väestön koko (vuoden puolivälin arviot)	5 508 000	511 876 000
Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä (%)	20.9	19.4
Hedelmällisyysluku[1]	1.5	1.6
Sosioekonomiset tekijät		
BKT asukasta kohti (EUR, ostovoimapariteetti[2])	32 700	30 000
Suhteellinen köyhyysaste[3] (%)	11.5	16.9
Työttömyysaste (%)	8.6	7.6

1. Syntyneiden lasten lukumäärä kutakin 15–49-vuotiasta naista kohti. 2. Ostovoimapariteetti määritellään valuutan muuntokurssiksi, joka tasoittaa eri valuuttojen ostovoiman poistamalla maiden väliset hintatasoerot. 3. Niiden henkilöiden osuus, joiden toimeentulo on alle 60 prosenttia ekvivalentista käytettävissä olevasta mediaanitulosta.
Lähde: Eurostatin tietokanta.

Vastuuvapauslauseke: Tässä profiilissa ilmaistut kannat ja argumentit ovat tekijöiden omia, eivätkä ne välttämättä ilmennä OECD:n taikka sen jäsenmaiden tai European Observatory on Health Systems and Policies – seurantakeskuksen tai sen kumppanien virallisia näkemyksiä. Profiilissa ilmaistujen näkemysten ei pidä millään tavoin katsoa ilmentävän Euroopan unionin virallista kantaa.

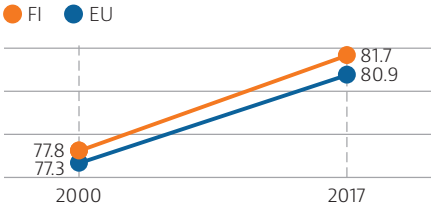
Tällä asiakirjalla ja asiakirjaan sisältyvillä tiedoilla ja kartoilla ei ole mitään vaikutusta minkään maa-alueen asemaan taikka itsemääräämisoikeuteen, kansainvälisten rajojen ja raja-alueiden linjauksiin eikä minkään maa-alueen, kaupungin tai muun alueen nimeen.

Muut WHO:ta koskevat vastuuvapauslausekkeet ovat nähtävillä osoitteessa http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Pääkohdat

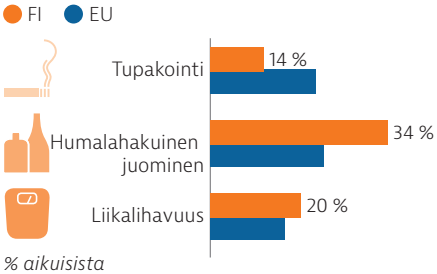
Suomen väestön elinajanodote on parantunut lupaavasti kahtena viime vuosikymmenenä. Monilla on kuitenkin odotettavissa olevina lisäelinvuosinaan kroonisia sairauksia ja toimintarajoitteita, jotka lisäävät terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon tarvetta. Terveysjärjestelmä on monimutkainen, monitasoinen ja hajautettu. Terveysjärjestelmän kattavien uudistusten toteuttaminen on osoittautunut 15 viime vuoden aikana vaikeaksi. Yhdenvertaisen hoitoon pääsyn parantamiseksi ja kustannusten hillitsemiseksi on muun muassa ehdotettu vastuiden ja resurssien keskittämistä enemmän aluetasolle.



Elinajanodote, vuosia

Terveydentila

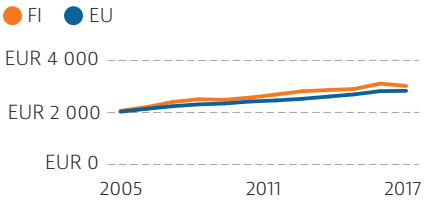
Elinajanodote on pidentynyt vuodesta 2000 lähtien lähes neljä vuotta, ja sukupuolten välinen ero on kaventunut hieman, sillä miesten elinajanodote on noussut enemmän kuin naisten. Suomalaiset ilmoittavat kuitenkin muita eurooppalaisia enemmän toimintarajoitteista, joiden vuoksi heillä on vähemmän terveitä elinvuosia kuin muilla EU:n kansalaisilla.



% aikuisista

Riskitekijät

Vuonna 2018 aikuisista 14 prosenttia tupakoi Suomessa päivittäin – osuus on laskenut 23 prosentista vuonna 2000 ja alittaa EU:n nykyisen 19 prosentin keskiarvon. Alkoholin kulutus on vähentynyt, mutta useampi kuin kolmasosa aikuisista (34 %) ilmoitti vuonna 2014 käyttävänsä kausittain runsaasti alkoholia. Määrä ylittää selvästi EU:n keskiarvon (20 %). Lihavien aikuisten määrä on kasvanut: vuonna 2018 lihavien osuus oli 20 prosenttia eli yli EU:n keskiarvon (15 %).



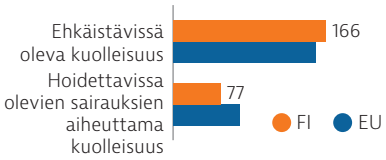
Menot henkeä kohti (euroa, ostovoimapariteetti)

Terveysjärjestelmä

Terveydenhuoltomenot asukasta kohti ovat kymmenen viime vuoden aikana kasvaneet Suomessa kohtalaisesti. Ne nousivat 3 036 euroon vuonna 2017 ollen siten hieman EU:n keskiarvon (2 884 euroa) yläpuolella. Terveydenhuoltomenojen osuus Suomen BKT:stä on 9,2 prosenttia eli vähän alle EU:n 9,8 prosentin keskiarvon. Julkinen rahoitus kattaa kaikista terveydenhuoltomenoista 75 prosenttia, mikä on vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin (79 %). Kotitaloudet maksavat itse suurimman osan jäljelle jäävistä menoista.

Vaikuttavuus

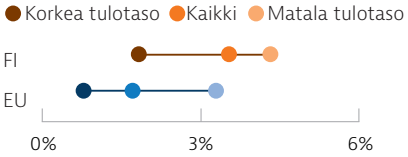
Kuolleisuus hoidettavissa oleviin sairauksiin on Suomessa EU:n keskiarvoa vähäisempää. Se osoittaa, että terveydenhuoltojärjestelmä toimii hyvin, silloin kun on kyse sellaisten ihmisten parantamisesta, joilla on mahdollisesti kuolemaan johtava sairaus. Sen sijaan kuolleisuus, joka olisi ollut ehkäistävissä kansanterveyden toimilla, on hieman yleisempää kuin EU:ssa keskimäärin.



Ikävakioitu kuolleisuus 100 000:ta asukasta kohti, 2016

Saavutettavuus

Työssä käyvät pääsevät työterveyshuollon ansiosta paremmin terveyspalveluihin kuin työttömät tai eläkeläiset. Tyydyttämättömiä lääketieteellisen hoidon tarpeita ilmoittaneiden osuus on suurempi kuin EU:ssa keskimäärin, mikä johtuu pääasiassa pitkistä odotusajoista.



% ilmoittaa täyttämättömistä sairaanhoidon tarpeista, 2017

Muutosjoustavuus

Terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon menojen odotetaan kasvavan lähivuosina väestön ikääntymisen vuoksi, koska nämä palvelut maksavia työikäisiä ihmisiä on aiempaa vähemmän. Sairaalahoito on tehostunut, mutta yksi suurimmista haasteista on perusterveydenhuoltoon pääsyn helpottaminen ja eri tahojen tarjoaman hoidon koordinoinnin parantaminen.

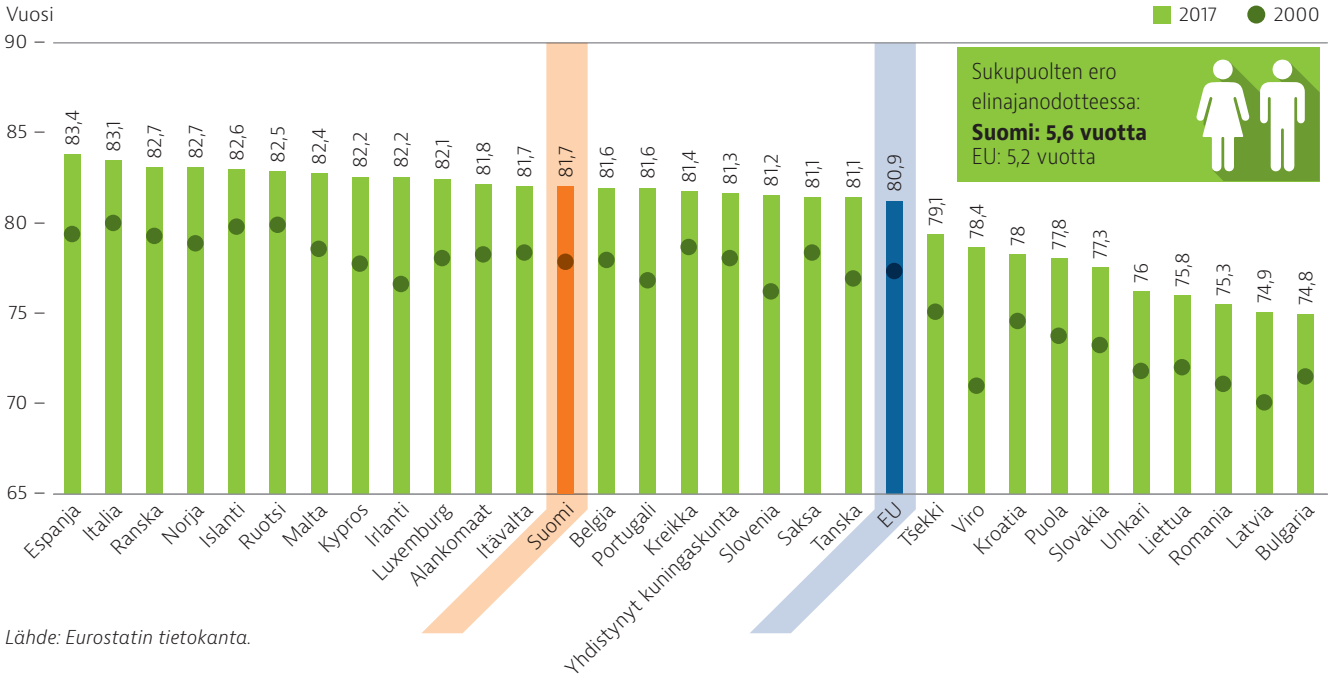
2 Suomen terveystilanne

Elinajanodote hieman parempi kuin EU:ssa keskimäärin

Elinajanodote parani Suomessa vuosien 2000 ja 2017 välillä lähes neljällä vuodella ja ylittää nyt EU:n keskiarvon lähes vuodella (kuvio 1). Se on kuitenkin yli vuoden alempi kuin Espanjassa ja Italiassa, joissa elinajanodote on EU:n korkein, ja noin vuoden alempi kuin Ruotsissa ja Norjassa.

Vaikka sukupuolten välinen ero elinajanodotteessa onkin kaventunut, se on edelleen suuri ja ylittää EU:n keskiarvon: naisten elinajanodote oli vuonna 2017 yli viisi vuotta pidempi kuin miesten (naisten 84,5 vuotta ja miesten 78,9 vuotta). Tämä johtuu alle 65-vuotiaiden suomalaisten miesten sydän- ja verisuonitaudeista ja ulkoisista syistä (muun muassa onnettomuuksista ja itsemurhista) johtuvista kuolleisuusluvuista, jotka ovat yli kolme kertaa suurempia kuin saman ikäryhmän naisilla.

Kuvio 1. Elinajanodote on korkeampi kuin EU:ssa keskimäärin, mutta sukupuolten välinen ero on edelleen suuri



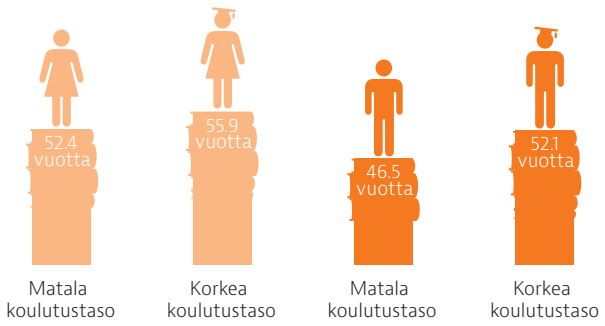
Lähde: Eurostatin tietokanta.

Sosiaalinen eriarvoisuus elinajanodotteessa on suurta

Suomessa elinajanodotteessa on sekä sukupuoleen että sosioekonomiseen asemaan liittyvää eriarvoisuutta. Matalimmin koulutettujen 30-vuotiaiden miesten elinajanodote oli vuonna 2016 noin 5,5 vuotta lyhyempi kuin korkeimmin koulutettujen. Tämä koulutustasoon liittyvä ero keskimääräisessä eliniässä oli naisilla pienempi eli 3,5 vuotta (kuvio 2). Matalimmin ja korkeimmin koulutettujen naisten välinen ero kuitenkin kasvoi kymmenen viime vuoden aikana (0,7 vuodella), kun miehillä se sen sijaan hieman supistui.

Ero johtuu ainakin osittain siitä, miten alttiita näiden eri ryhmien ihmiset ovat erilaisille riskitekijöille ja elämäntavoille, joita ovat matalammin koulutettujen miesten ja naisten ryhmissä yleisempi tupakointi, huonommat ruokailutottumukset ja suuremmat lihavuusluvut (ks. kohta 3). Koulutukseen liittyvä elinajanodotteen ero on myös kytköksissä tulo- ja elintasoeroihin, jotka voivat vaikuttaa altistumiseen muille riskitekijöille ja terveydenhuollon piiriin pääsemiseen.

Kuvio 2. Koulutukseen liittyvä ero elinajanodotteessa on miehillä 5,6 vuotta ja naisilla 3,5 vuotta



Koulutokseen liittyvä ero elinajanodotteessa 30 vuoden iässä:

Suomi: 3,5 vuotta	Suomi: 5,6 vuotta
EU 21: 4,1 vuotta	EU 21: 7,6 vuotta

Huom. Tiedot koskevat 30-vuotiaan elinajanodotetta. Korkea koulutustaso tarkoittaa määritelmän mukaan sitä, että henkilö on suorittanut korkea-asteen koulutuksen (ISCED 5-8), ja matala koulutustaso sitä, ettei henkilö ole suorittanut keskiasteen koulutusta (ISCED 0-2).
Lähde: Eurostatin tietokanta (tiedot vuodelta 2016).

Kansalliset tilastot osoittavat eriarvoisuuden kasvaneen elinajanodotteessa tulotason mukaan sekä miehillä että naisilla 1990-luvulta lähtien (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018a).

Iskeeminen sydänsairaus on edelleen yleisin kuolemansyy, mutta Alzheimerin taudin aiheuttama kuolleisuus lisääntyy

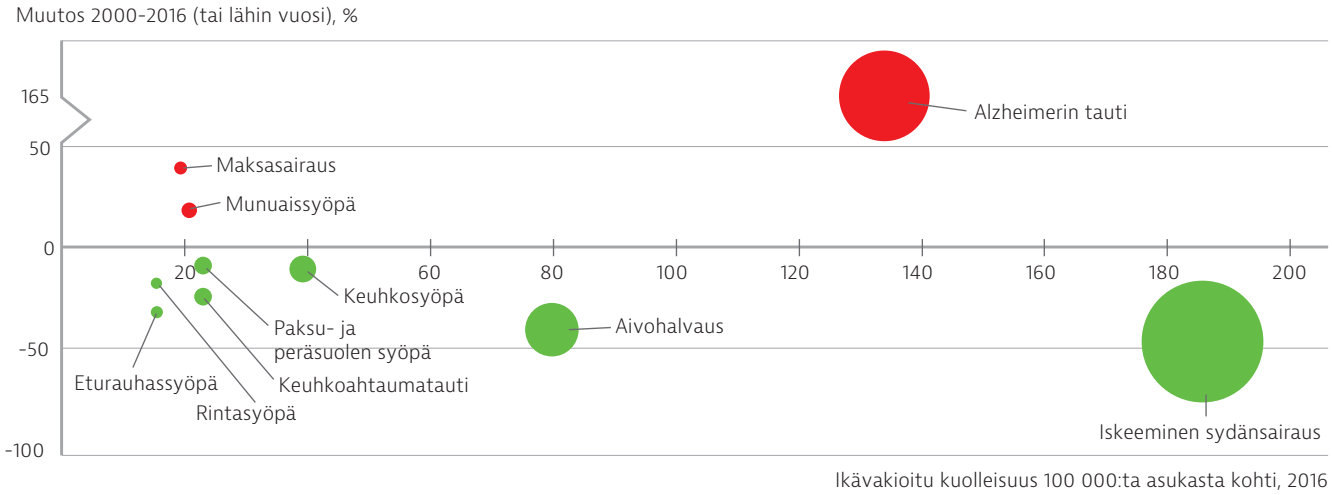
Elinajanodotteen paraneminen Suomessa vuodesta 2000 lähtien on johtunut pääasiassa siitä, että sydän- ja verisuonisairauksien – erityisesti iskeemisen sydänsairauden (jotka ovat edelleen yleisin kuolemansyy) kuten myös aivohalvausten – aiheuttamat kuolemat ovat vähentyneet (kuvio 3).

Alzheimerin taudista johtuva kuolleisuus on tällä ajanjaksolla lisääntynyt, minkä vuoksi se on nyt yksi yleisimmistä kuolemansyistä. Tähän ovat kuitenkin osittain syynä aiempaa parempi diagnosointi ja muutokset kuolemansyyn rekisteröimiskäytännöissä. Suomessa kuolleisuus Alzheimerin tautiin on ollut muihin EU:n jäsenvaltioihin nähden yleisintä, mutta keuhkokuumekuolleisuus vähäisintä kuolemansyyn rekisteröimiskäytäntöjen muuttumisen jälkeen.[1]

Kroonisten maksasairauksien aiheuttamat kuolemat ovat myös lisääntyneet vuodesta 2000 lähtien yli kolmanneksella. Joidenkin syöpien – kuten maksa-, suuontelo- ja munuaissyöpien, jotka kaikki liittyvät liialliseen alkoholin käyttöön – aiheuttamat kuolemat lisääntyivät myös vuodesta 2000 vuoteen 2016, mutta luvut ovat viime vuosina alkaneet pienentyä.

Keuhkosyöpä on edelleen yleisin syöpäkuolemien aiheuttaja, vaikkakin kuolleisuusluvut ovat pienentyneet hieman vuodesta 2000. Tämä on sen ansiota, että erityisesti miesten tupakointi on muutaman viime vuosikymmenen aikana vähentynyt (ks. kohta 3).

Kuvio 3. Iskeemisen sydänsairauden ja aivohalvauksen aiheuttama kuolleisuus vähenee, mutta Alzheimerin taudin aiheuttama kuolleisuus lisääntyy



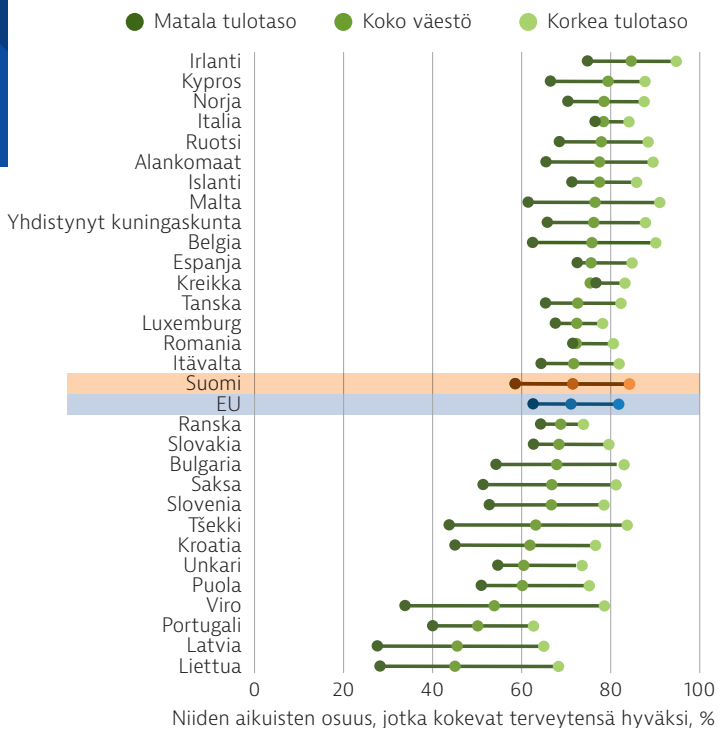
Huom. Ympyröiden koot ovat suhteessa kuolleisuuslukuihin vuonna 2016. Alzheimerin taudin aiheuttamien kuolemien lisääntyminen kattaa vain vuodet 2006–2016. Tämä johtuu suurelta osin diagnostiikan ja kuolemansyyn rekisteröintikäytäntöjen muutoksista.
Lähde: Eurostatin tietokanta.

Valtaosa suomalaisista kokee terveytensä hyväksi, mutta eri tuloryhmien välillä on edelleen eroja

Yli kaksi kolmasosaa suomalaisista kokee oman terveytensä hyväksi. Osuus on vastaava kuin koko EU:ssa (kuvio 4). Matalan tulotason ryhmässä on kuitenkin epätodennäköisempää, että siihen kuuluvat kokevat terveytensä hyväksi: alle 60 prosenttia matalimman tulotason ryhmässä kokee terveytensä hyväksi, kun taas korkeimman tulotason ryhmässä heitä on 80 prosenttia. Tämä ero on suurempi kuin muissa Pohjoismaissa ja EU:ssa keskimäärin.

1: WHO:n koodaussääntöjen muutos on vuodesta 2005 lähtien vähentänyt keuhkokuumeen käyttöä perimmäisenä kuolemansyynä. Jos kuolintodistuksessa on mainittu jokin krooninen sairaus, se kirjataan nyt henkilön perimmäiseksi kuolemansyyksi keuhkokuumeen sijasta. Nämä tapaukset liittyvät pääasiassa Alzheimerin tautiin (tai muihin muistisairauksiin) tai aivohalvaukseen.

Kuvio 4. Tulotasoon perustuva eriarvoisuus omassa koetussa terveydessä on suhteellisen suurta



Huom: 1. Koko väestön ja matalan tulotason ryhmän osuudet ovat suunnilleen samat.
Lähde: Eurostatin tietokanta, perustuu EU-SILC-tutkimukseen (tiedot vuodelta 2017).

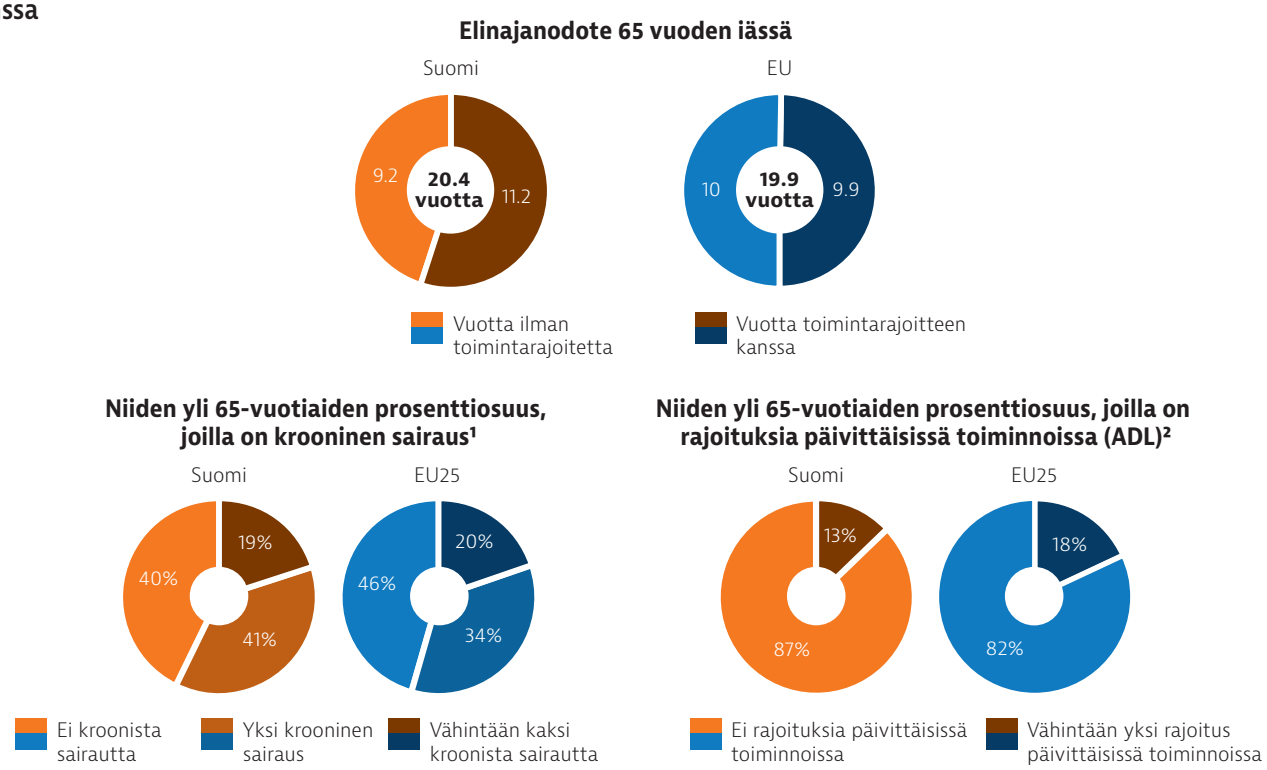
Suomessa eletään 65. ikävuoden jälkeen monta vuotta kroonisten sairauksien ja toimintarajoitteiden kanssa

Suomessa 65-vuotiaiden täyttäneiden osuus kasvaa tasaisesti elinajanodotteen noustessa ja hedelmällisyyslukujen laskiessa. Vuonna 2017 yli viidesosa (21 %) ihmisistä oli vähintään 65-vuotiaita, kun heitä vuonna 1980 oli vain 12 prosenttia. Osuuden ennustetaan olevan vuoteen 2030 mennessä jo 26 prosenttia.

Suomalaisten 65-vuotiaiden elinajanodote on nyt yli 20 vuotta. Yli puolta näistä vuosista saattavat kuitenkin varjostaa krooniset sairaudet ja toimintarajoitteet (kuvio 5). Sukupuolittain tarkasteltuna 65-vuotiaiden elinajanodotteessa on lähes neljän vuoden ero naisten hyväksi, mutta terveiden elinvuosien[2] määrässä on tuskin lainkaan eroa, koska terveysongelmat ja toimintarajoitteet ovat iäkkäillä naisilla yleisempiä kuin iäkkäillä miehillä.

Vuonna 2017 kolme viidestä vähintään 65-vuotiaasta kertoi sairastavansa ainakin yhtä kroonista sairautta, mikä on enemmän kuin EU:ssa keskimäärin. Useimmat ihmiset pystyvät jatkamaan itsenäistä elämää ikääntyneenäkin. Noin yksi kahdeksasta kertoi kuitenkin, että heillä on rajoituksia päivittäisissä perustoiminnoissa, kuten pukeutumisessa ja syömisessä ja että he tarvitsevat niissä apua.

Kuvio 5. Suomessa eletään 65. ikävuoden jälkeen monta vuotta kroonisten sairauksien ja toimintarajoitteiden kanssa



Huom. 1. Kroonisia sairauksia ovat muun muassa sepelvaltimotauti, aivohalvaus, diabetes, Parkinsonin tauti, Alzheimerin tauti, nivelreuma ja nivelrikko. 2. Päivittäisiin perustoimintoihin kuuluvat pukeutuminen, kävely huoneen toiselle puolelle, peseytyminen kylvyssä tai suihkussa, syöminen, vuoteeseen meno ja vuoteesta nousu sekä wc:ssä käynti.
Lähde: Eurostatin elinajanodotetta ja terveitä elinvuosia koskeva tietokanta (tiedot vuodelta 2017). Muiden indikaattorien osalta SHARE-tutkimus (tiedot vuodelta 2017).

2: 'Terveet elinvuodet' tarkoittaa sitä, kuinka monta vuotta ihmiset voivat odottaa elävänsä eri-ikäisinä ilman toimintarajoitteita.

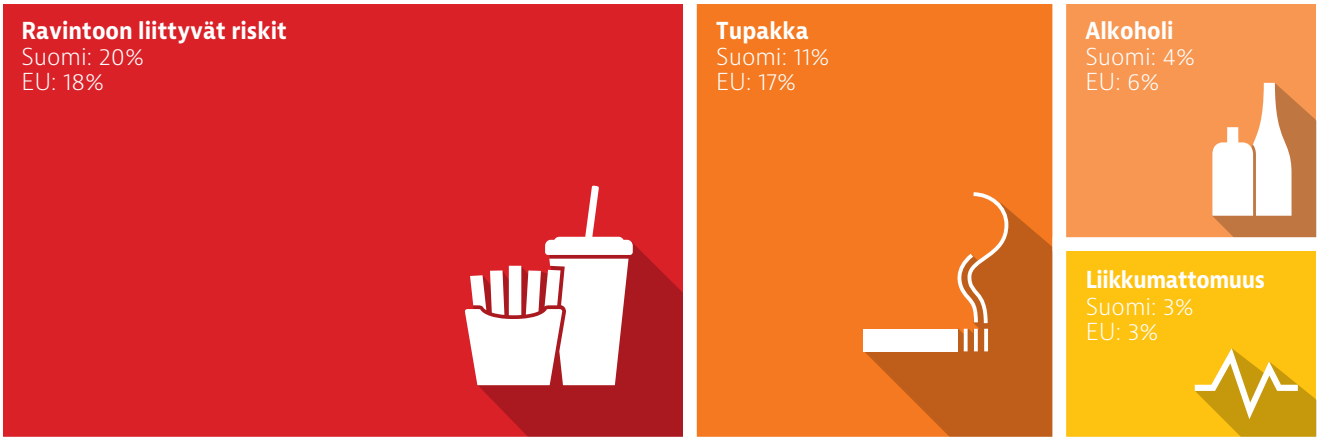
3 Riskitekijät

Suomessa kaksi viidestä kuolemasta voidaan selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä

Arviot osoittavat, että Suomessa lähes 40 prosenttia kuolemista voidaan selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä, kuten ravintoon liittyvillä riskeillä, tupakoinnilla, alkoholin käytöllä ja liikkumattomuudella (kuvio 6; IHME, 2018). Tämä osuus on alle EU:n keskiarvon, mutta syyn mukainen jakauma osoittaa, että käyttäytymiseen liittyvien eri riskien välillä on eroja koko EU:hun nähden.

Vuonna 2017 ravintoon liittyvillä riskeillä (kuten vähäisellä hedelmien ja kasvisten syönnillä ja liiallisella sokerin ja suolan käytöllä) voidaan selittää kaikista kuolemista noin 20 prosenttia (11 000), mikä on hieman suurempi osuus kuin EU:ssa keskimäärin. Tupakoinnin (sekä aktiivisen että passiivisen tupakoinnin) arvioidaan aiheuttaneen noin 11 prosenttia (lähes 6 000) kuolemista, mikä on selvästi pienempi osuus kuin EU:ssa keskimäärin. Noin 4 prosenttia (2 300) kuolemista voidaan selittää alkoholin käytöllä ja 3 prosenttia (lähes 2 000) vähäisellä liikunnalla. Kummankin osuus on suhteellisen pieni ja vastaa EU:n keskiarvoa.

Kuvio 6. Suomessa lähes 40 prosenttia kuolemista voidaan selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä



Huom. Näihin riskitekijöihin liittyvien kuolemien kokonaismäärä (20 000) on pienempi kuin yksittäisiin riskitekijöihin liittyvien kuolemien summa (21 000), koska yhteen kuolemaan voi liittyä useita riskitekijöitä. Ravintoon liittyvissä riskeissä on 14 osatekijää, kuten vähäinen hedelmien ja kasvisten syöminen sekä sokeroitujen virvoitusjuomien ja suolan runsas käyttö.
Lähde: IHME (2018), Global Health Data Exchange (arviot koskevat vuotta 2017).

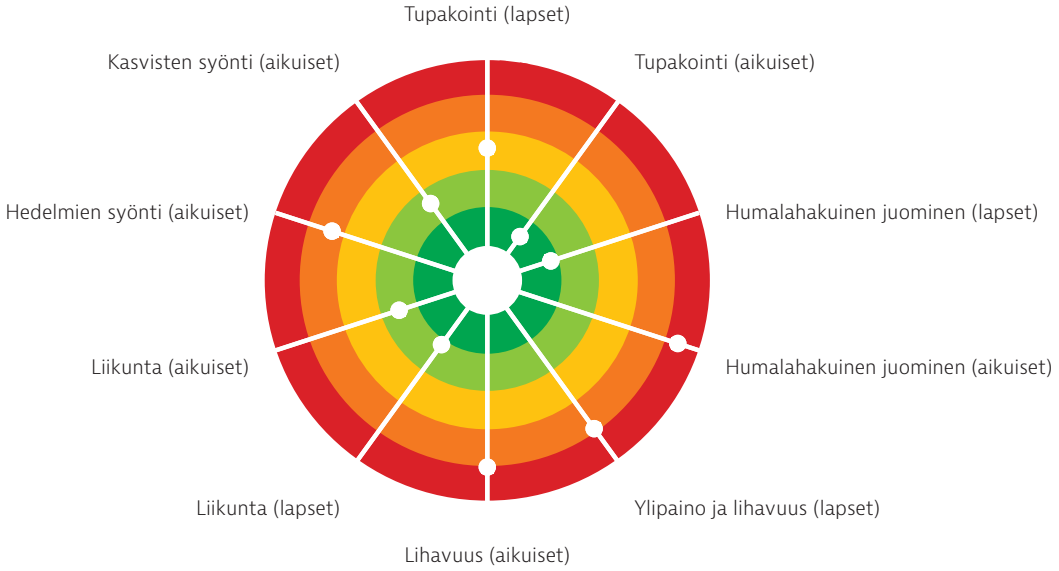
Tupakointi on vähentynyt, mutta liiallinen alkoholin käyttö on edelleen kansanterveydellinen ongelma

Noin 14 prosenttia aikuisista tupakoi päivittäin vuonna 2018. Päivittäin tupakoivien osuus on laskenut vuodesta 2000, jolloin se oli 23 prosenttia, ja on nyt alle EU:n keskiarvon (19 %). Yksi kolmasosa aikuisista kuitenkin ilmoitti vuonna 2014 käyttävänsä runsaasti alkoholia (humalahakuinen juominen[3]) vähintään kerran kuukaudessa. Heidän osuutensa on suurempi kuin useimmissa muissa EU-maissa (kuvio 7). Liiallinen alkoholin käyttö on kaksi kertaa yleisempää miesten kuin naisten joukossa niin kuin muissakin EU-maissa. Alkoholin kokonaiskulutus on vähentynyt 2000-luvun puolivälistä mutta kasvoi hieman vuonna 2018 sen jälkeen, kun alkoholin myyntiä koskevaa lainsäädäntöä höllennettiin (ks. kohta 5.1).

Teini-ikäisistä 23 prosenttia 15- ja 16-vuotiaista ilmoitti vuonna 2015 juoneensa humalahakuisesti vähintään kerran edellisen kuukauden aikana. Tämä osuus oli suurempi pojilla (25 %) kuin tytöillä (20 %), mutta kuitenkin pienempi kuin useimmissa muissa EU-maissa. Teini-ikäisten tupakointi ja alkoholin käyttö ovat vähentyneet kymmenen viime vuoden aikana huomattavasti (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019a) sen jälkeen, kun kouluissa annettavaa terveyskasvatusta parannettiin ja teini-ikäisten tupakan tai alkoholin ostoyrityksiä alettiin valvoa tiukemmin.

3: Humalahakuinen juominen tarkoittaa määritelmän mukaan aikuisilla vähintään kuuden alkoholiannoksen juomista samalla kertaa ja teini-ikäisillä vähintään viiden alkoholiannoksen juomista samalla kertaa.

Kuvio 7. Lihavuus ja liiallinen alkoholin käyttö ovat merkittäviä kansanterveysongelmia



Huom. Mitä lähempänä piste on keskustaa, sitä parempi maan tilanne on muihin EU-maihin nähden. Yksikään maa ei ole valkoisella "tavoitealueella", vaan kaikilla mailla on kaikilla osa-alueilla parantamisen varaa.
Lähde: OECD:n laskelmat, jotka perustuvat lapsia koskevien indikaattorien osalta vuoden 2015 ESPAD-tutkimukseen ja vuosien 2013–2014 HBSC-tutkimukseen ja aikuisia koskevien indikaattorien osalta vuoden 2017 EU-SILC-tutkimukseen, vuoden 2014 EHIS-tutkimukseen ja OECD:n vuoden 2019 terveystilastoihin.

Yksi viidestä aikuisesta on lihava ja yksi viidestä teini-ikäisestä on vähintään ylipainoinen

Suomessa yksi viidestä aikuisesta (20 prosenttia) oli oman ilmoituksensa mukaan lihava vuonna 2018. Tämä osuus on suurempi kuin EU:n keskiarvo (15 prosenttia). Vuoden 2017 terveystarkastustutkimuksessa, jossa kysyttiin pituutta ja painoa, lihavia oli vielä suurempi osa aikuisista: 26 prosenttia miehistä ja 28 prosenttia naisista.

HBSC-tutkimuksen mukaan lähes 20 prosenttia 15-vuotiaista oli määritelmän mukaan ylipainoisia tai lihavia vuosina 2013–2014. Tämäkin osuus on suurempi kuin EU:n keskiarvo (17 %). Kansallisissa lähteissä kerrotaan ylipainon ja liikalihavuuden lisääntyneen vuodesta 2013 vuoteen 2017 hälyttävästi: 16 prosentista 19 prosenttiin 16–18-vuotiailla lukiolaisilla ja 22 prosentista 26 prosenttiin 16–18-vuotiailla ammattioppilaitoksissa opiskelevilla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019a).

Sosiaalinen eriarvoisuus vaikuttaa terveysriskeihin

Suomessa monet käyttäytymiseen liittyvät riskitekijät ovat yleisempiä ihmisillä, joiden koulutus- tai tulotaso on matala. Vuosina 2017–2018 yksi kuudesta aikuisesta (18 prosenttia), joilla ei ollut keskiasteen koulutusta, tupakoi päivittäin, kun taas korkea-asteen koulutuksen suorittaneista vain yksi kuudestatoista (6 prosenttia) tupakoi päivittäin. Vastaavasti määritelmän mukaan lihavia oli lähes 24 prosenttia ihmisistä, joilla ei ole keskiasteen koulutusta, kun taas korkea-asteen koulutuksen suorittaneista heitä oli vain 17 prosenttia. Tämä suurempi riskitekijöiden esiintyvyys sosiaalisesti heikommassa asemassa olevissa ryhmissä vaikuttaa huomattavasti terveyden ja elinajanodotteen eriarvoisuuteen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018b).

4 Terveysjärjestelmä

Suomen terveysjärjestelmä on monimutkainen, hajautettu ja pirstaleinen

Suomen terveysjärjestelmää hallinnoidaan kansallisella ja paikallisella tasolla. Kansallisella tasolla sosiaali- ja terveysministeriö vastaa terveydenhuollon uudistusten ja terveyspolitiikkojen kehittämisestä ja toteuttamisesta hyödyntäen laajasti asiantuntija- ja neuvoa-antavista elimistä koostuvaa verkostoa.

Paikallisviranomaiset (yli 300 kuntaa) ovat keskeisessä asemassa terveydenhuoltopalvelujen ostamisessa ja tuottamisessa. Ne rahoittavat ja järjestävät (usein yhdessä) perusterveydenhuollon ja muodostavat 20 sairaanhoitopiiriä sairaalahoidon rahoittamiseksi ja tuottamiseksi.

Kansaneläkelaitos vastaa kansallisen sairausvakuutusjärjestelmän toiminnasta. Kansallisesta sairausvakuutusjärjestelmästä rahoitetaan avohoitopotilaiden lääkkeet, terveydenhuoltoon liittyvät matkakulut sekä sairaus- ja äitiyspäivärahat. Käytännössä järjestelmä tukee myös työterveyshuoltoa, sillä Suomessa työnantajia vaaditaan järjestämään ja tarjoamaan työntekijöilleen terveyspalveluja ja noin puolet työnantajien terveydenhuoltokustannuksista katetaan kansallisesta sairausvakuutuksesta. Kansallisesta sairausvakuutuksesta korvataan niin ikään osa yksityisen sektorin – pääasiassa avohoidossa – tuottamista palveluista.

Kansallinen sairausvakuutusjärjestelmä rahoitetaan pakollisilla työntekijämaksuilla, ja perusterveydenhuolto ja sairaalahoito rahoitetaan kuntien keräämillä verovaroilla sekä valtionosuuksilla.

Laajamittaisen hajauttamisen vuoksi terveysjärjestelmä pystyy mukautumaan hajallaan asuvan väestön tarpeisiin, mutta se aiheuttaa myös eriarvoisuutta ja tehottomuutta. Suomen terveysjärjestelmän uudistamisen tarpeesta on jo yli kymmenen vuoden ajan vallinnut laaja yksimielisyys, mutta poliittiseen konsensukseen pääseminen uudistuksen toteuttamisesta on osoittautunut hyvin vaikeaksi. Perustavanlaatuisen uudistuksen toteuttamisen ovat tähän asti tehneet mahdottomaksi useat tekijät, joita ovat muun muassa selvän vision puuttuminen, vaikeudet poliittisen konsensuksen löytämisessä, keskushallinnon heikko asema, hajautettu päätöksenteko ja järjestelmän erilaiset etunäkökohdat.

Kymmenen viime vuoden aikana toteutetut uudistukset ovat olleet suurelta osin vähittäisiä ja painottuneet lähinnä terveysjärjestelmän nykyisten ominaispiirteiden muokkaamiseen järjestelmän rakenteiden perustavanlaatuisen muuttamisen sijasta (taulukko 1). Suuren uudistuksen kolme tärkeintä tavoitetta ovat kuitenkin edelleen aika lailla samat: organisaatiorakenteen keskittäminen uudelleen paikallistasolta aluetasolle, kustannusten hillitseminen ja asiakkaiden valinnanvapauden lisääminen (Keskimäki ym., 2019). Vuonna 2019 valittu uusi hallitus on ehdottanut joidenkin näiden uudistussuuntausten jatkamista (ks. kohta 5.3).

Taulukko 1. Politiikkatoimet ja yritykset tehdä suuria terveydenhuollon uudistuksia Suomessa, 2007–2019

Vuosi	Uudistukset
2007	Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta
2008	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista
2009	Muutoksia lääkelakiin (viitehinnat)
2009	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä
2010	Terveydenhuoltolaki
2013–2017	Lääkekustannusten hillitseminen ja muutokset lääkkeiden saatavuudessa
2014	Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta
2014	Kaikkien puolueiden esitys sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen uudistamisesta (ei toteutunut)
2015	Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista
2017	Asetus erikoissairaanhoidon eräiden tehtävien keskittämisestä
2017	Asetus kiireellisestä hoidosta
2017	Uusi alkoholilaki
2015–2019	Maakuntauudistusta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen uudistusta koskevat hallituksen esitykset (eivät toteutuneet)

Lähde: mukautettu teoksesta Keskimäki ym. (2019).

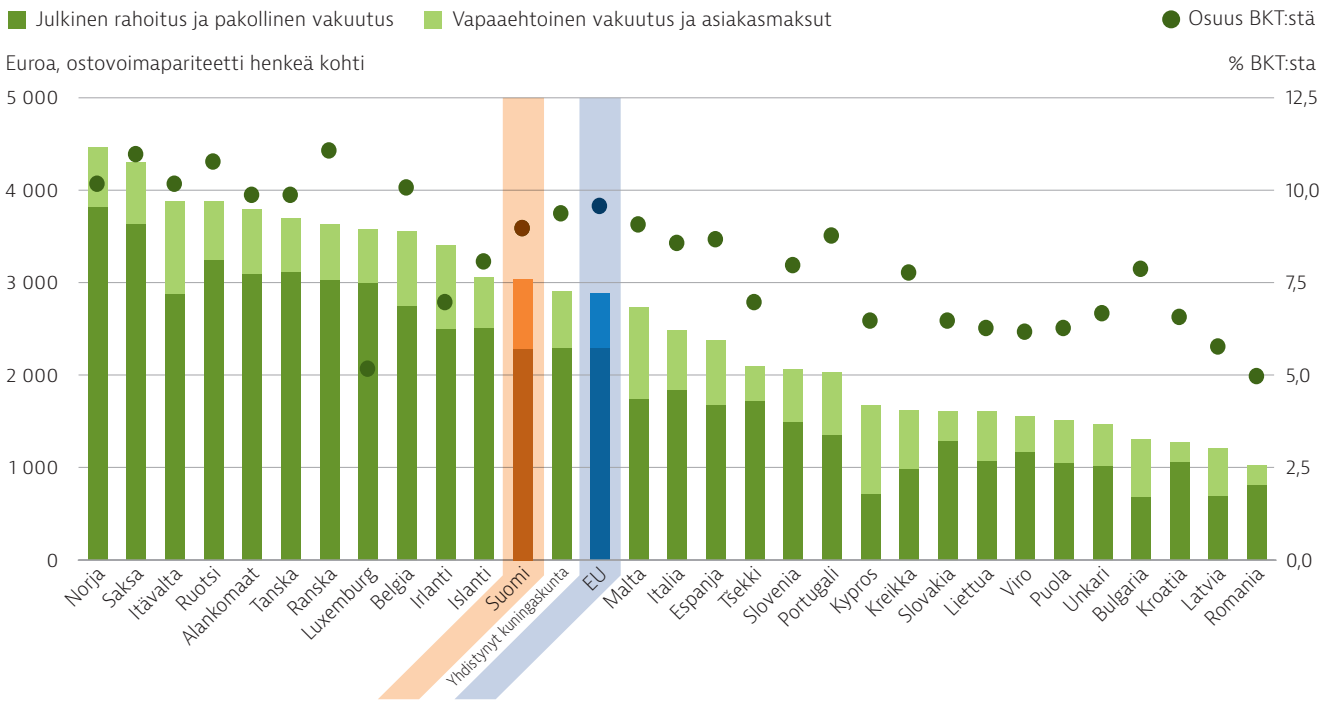
Suomi käyttää terveydenhuoltoon vähemmän rahaa kuin muut Pohjoismaat

Suomi käytti vuonna 2017 terveyteen henkilöä kohti 3 036 euroa (luku on korjattu ottamalla huomioon erot ostovoimassa), mikä on hieman enemmän kuin EU:ssa keskimäärin (2 884 euroa) mutta huomattavasti vähemmän kuin Tanskassa, Ruotsissa ja Norjassa (kuvio 8). Terveydenhuoltomenojen osuus BKT:stä oli 9,2 prosenttia, joka on sekä alle EU:n keskiarvon (9,8 %) että Tanskan, Ruotsin ja Norjan vastaavan osuuden (kaikissa yli 10 %).

Mitä tulee julkisten menojen prioriteetteihin, terveydenhuoltoon kohdistuneiden julkisten menojen osuus on Suomessa pienempi kuin koko EU:ssa ja muissa Pohjoismaissa: vuonna 2017 se oli Suomessa 13 prosenttia, kun vastaava osuus oli EU:ssa keskimäärin ja Tanskassa 16 prosenttia ja Ruotsissa ja Norjassa 18 prosenttia.

Kolme neljäsosaa terveysmenoista rahoitetaan julkisista lähteistä (EU:n keskiarvo on 79 prosenttia) ja loput 25 prosenttia yksityisistä lähteistä (osuus on suurempi kuin muissa Pohjoismaissa, joissa se on 15–18 prosenttia, ja suurempi kuin EU:n 21 prosentin keskiarvo). Suurin osa näistä yksityisistä menoista katetaan palvelujen käyttäjiltä perittävillä maksuilla, joista enin osa peritään avosairaanhoidosta, hammashuollosta, lääkkeistä ja pitkäaikaishoidosta. Yksityisten vakuutusten osuus terveydenhuollon rahoituksesta on suhteellisen vähäinen, vain 2 prosenttia kaikista terveydenhuoltomenoista.

Kuvio 8. Terveydenhuollon kokonaismenot vastaavat osapuilleen EU:n keskiarvoa, mutta ovat pienemmät kuin muissa Pohjoismaissa



Lähde: OECD:n terveystilastot 2019 (tiedot vuodelta 2017).

Avosairaanhoidon palvelujen osuus terveydenhuoltomenoista on suurin (37 prosenttia). Seuraavaksi suurimmat osuudet ovat sairaalahoidolla (25 prosenttia) ja pitkäaikaishoidolla (19 prosenttia). Lääkkeiden ja lääkinnällisten laitteiden osuus on 15 prosenttia, johon eivät kuitenkaan sisälly sairaaloissa käytetyt lääkkeet ja lääkinnälliset laitteet (jotka ilmoitetaan sairaala- tai avosairaanhoidon menoina). Näiden sairaalamenojen ottaminen mukaan kasvattaisi osuutta viidenneksen. Terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisemiseen on kohdennettu vain noin 4 prosenttia terveydenhuoltomenoista, mikä on kuitenkin hieman enemmän kuin EU:n 3 prosentin keskiarvo (kuvio 9).

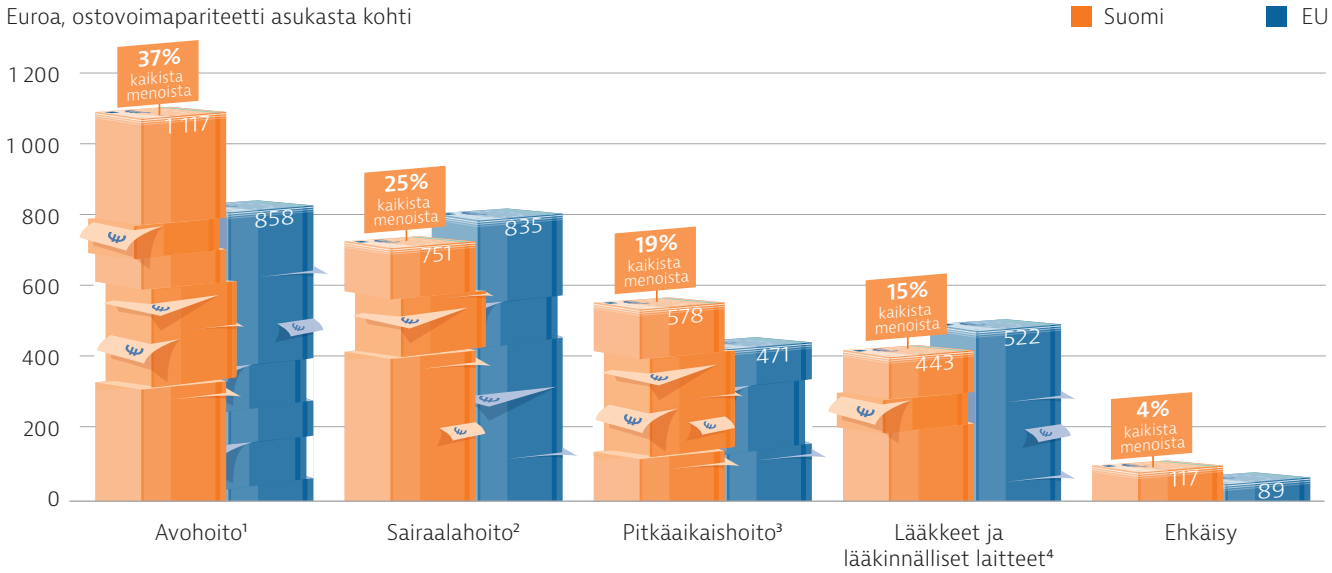
Järjestelmä kattaa valtaosan väestöstä, mutta edut ovat hajautuneet

Julkisesti rahoitetut terveydenhuoltopalvelut ovat kaikkien niiden Suomessa asuvien käytettävissä, jotka ovat rekisteröityneet jonkin kunnan asukkaaksi. Järjestelmä ei kata laittomia maahanmuuttajia ja turvapaikanhakijoita, joille ei ole myönnetty turvapaikkaa ja jotka ovat mahdollisesti siksi menettäneet oikeutensa terveydenhuoltopalveluihin.

Etupaketti on laaja ja kattaa kaikki kunnallisen terveydenhuollon palvelut, mutta odotusajat palveluihin vaihtelevat. Kansallisen sairausvakuutusjärjestelmän

kattamat palvelut korvataan usein jälkikäteen korvausrajaan asti. Työterveydenhuoltojärjestelmä antaa joitakin lisäetuja työssä oleville, joita on noin kaksi viidesosaa koko väestöstä. Kasvavalla väestönosalla (noin 21 prosentilla) on täydentävä ja/tai ylimääräinen yksityinen sairausvakuutus, jonka ensisijaisena tarkoituksena on kattaa yksityisten palvelujen ja avohoidon lääkkeiden kustannukset.

Kuvio 9. Avohoito on terveydenhuoltomenojen suurin luokka



Huom. Ei sisällä hallintomenoja. 1. Sisältää hoidon ja kuntoutuksen sairaalassa ja muissa hoitopaikoissa. 2. Sisältää kotihoidon. 3. Sisältää vain avohoidon kustannukset. 4. Sisältää vain terveydenhuollon osan.
Lähde: OECD:n terveystilastot 2019, Eurostatin tietokanta (tiedot vuodelta 2017).

Suomessa on korkeat asiakasmaksut

Asiakasmaksuja käytetään laajasti, ja niitä sovelletaan valtaosaan palveluista, myös perusterveydenhuollossa ja päivystyspoliklinikkapalveluissa. Liiallisilta asiakasmaksuilta suojataan kahdella tavalla: vuotuisilla ylärajoilla ja vapautuksilla. Vuotuisia ylärajoja sovelletaan palveluihin (683 euroa vuonna 2019), lääkärin määräämiin lääkkeisiin (572 euroa) ja kuljetuskustannuksiin (300 euroa). Korvattavista lääkkeistä korvataan 40 prosenttia, 65 prosenttia tai 100 prosenttia pääosin sen mukaan, miten vaikeasta sairaudesta on kyse.

Vapautukset koskevat erityispalveluja (esimerkiksi tiettyjen tarttuvien tautien hoito, rokotukset, neuvolat ja lääketieteelliset apuvälineet), ja suurin osa palveluista on alle 18-vuotiaille maksuttomia. Tällainen terveyspalvelujen malli, jossa asiakasmaksujen osuus on huomattava ja saatavilla olevat palvelut vaihtelevat epätasaisesti eri kunnissa, saattaa kuitenkin muodostaa esteitä terveyspalvelujen saatavuudelle (ks. kohta 5.2).

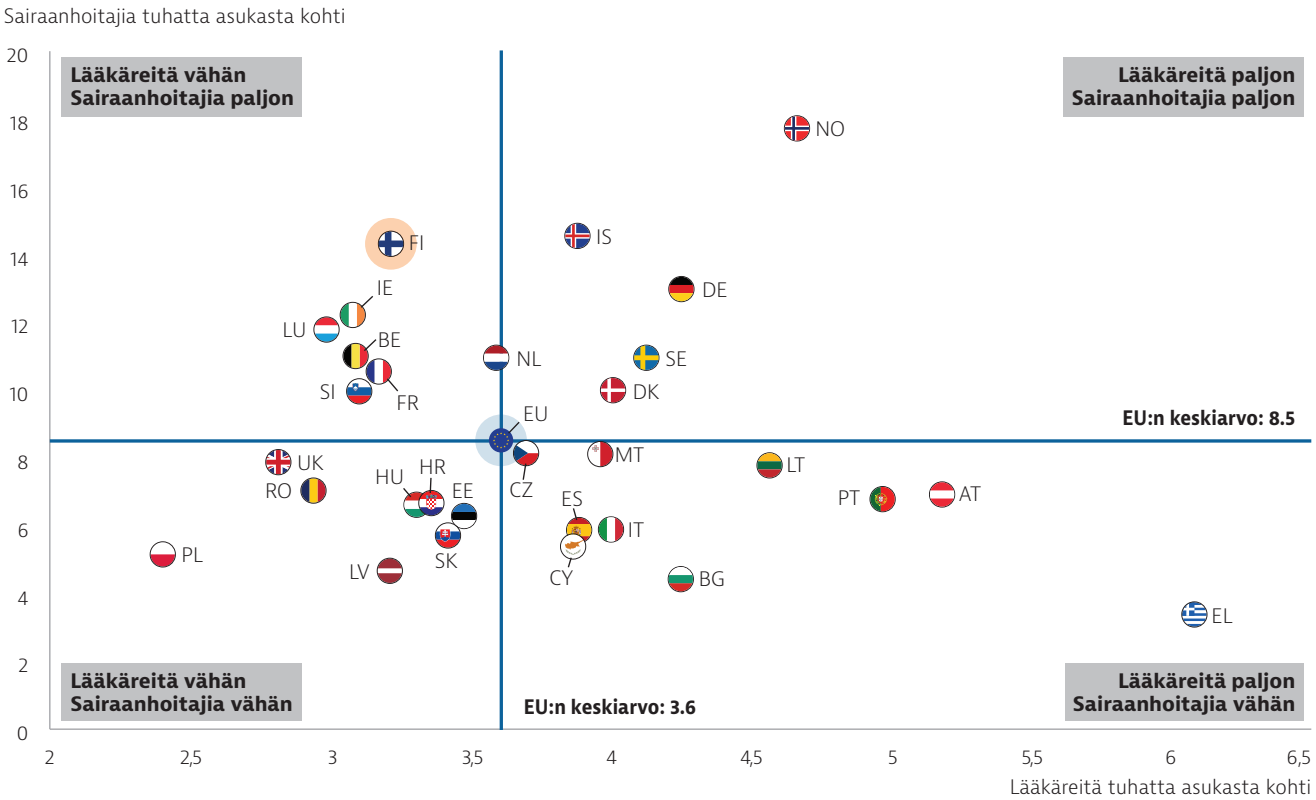
Erikoissairaanhoito on keskitetympää

Sairaalainfrastruktuuriin on parhaillaan tekeillä suuria muutoksia. Tarkoituksena on, että viiden yliopistosairaalan lisäksi seitsemän tai kahdeksan muuta suurta sairaalaa tarjoaa laajasti erikoissairaanhoidon palveluja. Lopuissa alueellisissa ja paikallisissa sairaaloissa on myös odotettavissa rakennemuutoksia, ja osa niistä saatetaan sulkea tai yhdistää. Sairaansijojen määrä on yleisesti ottaen lähes puolittunut vuodesta 2000. Vuonna 2017 Suomessa oli kolme sairaalapaikkaa tuhatta asukasta kohti, kun EU:n keskiarvo oli viisi (ks. kohta 5.3).

Suomessa on paljon sairaanhoitajia ja heidän tehtäväkuvansa laajenee vähitellen

Suurin osa terveydenhuollon työntekijöistä työskentelee kunnallisissa terveydenhuoltopalveluissa. Lääkäripula on helpottanut 2000-luvulta, mutta lääkäreiden määrä suhteessa väestömäärään (3,2 lääkäriä tuhatta asukasta kohti vuonna 2016) on Suomessa alle EU:n 3,6 lääkärin keskiarvon (kuvio 10). Sairaanhoitajien määrä suhteessa väestömäärään (14,3 sairaanhoitajaa tuhatta asukasta kohti) on EU-maiden suurin mutta pienempi kuin Norjassa ja Islannissa. Perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien tehtävänkuva on vähitellen laajentunut, ja siihen kuuluu nyt rajattu lääkkeenmääräämisoikeus ja hoidon koordinaatio (ks. kohta 5.2).

Kuvio 10. Suomessa sairaanhoitajien määrä on yksi EU:n suurimmista, mutta lääkäreitä on suhteessa vähemmän



Huom. Portugalin ja Kreikan osalta tietoihin on laskettu mukaan kaikki henkilöt, joilla on lupa toimia lääkärinä, mistä seuraa, että lääkärin tointa harjoittavien henkilöiden määrä on arvioitu paljon todellista suuremmaksi (esimerkiksi Portugalin osalta noin 30 prosenttia). Itävallan ja Kreikan tiedoissa sairaanhoitajien määrä on arvioitu todellista pienemmäksi, sillä niissä on huomioitu vain sairaaloissa työskentelevät sairaanhoitajat.
Lähde: Eurostatin tietokanta (tiedot vuodelta 2017 tai lähimmältä vuodelta, Suomen osalta vuodelta 2014).

Pitkät odotusajat ja puutteellinen koordinaatio ovat edelleen keskeisiä haasteita palvelujen tarjonnassa

Perusterveydenhuollossa tarjotaan useita palveluja terveyskeskuksissa ja työterveyshuollon yksiköissä. Niitä ovat sairauksien ehkäisy ja avohoito, hammashoito sekä neuvolapalvelut. Terveyskeskuksissa on myös usein yleislääkäreiden vastuulla olevia vuodeosastoja, joissa hoidetaan kroonisista sairauksista kärsiviä ja pitkäaikaishoitoa tarvitsevia potilaita. Erikoissairaanhoitoa (avohoidon erikoislääkäripalveluja ja vuodeosastohoitoa) tarjotaan pääasiassa aluesairaaloissa, ja viidessä yliopistollisessa sairaalassa annetaan pitkälle erikoistunutta hoitoa. Potilaat tarvitsevat erikoissairaanhoitoon lähetteen, ellei ole kyse hätätapauksesta.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitotakuusta huolimatta pitkät odotusajat ovat Suomen terveysjärjestelmän pysyvä piirre. Hoitoon pääsy on vaikeampaa ihmisille, jotka eivät ole oikeutettuja työterveyshuoltoon, kuten työttömille ja eläkeläisille (ks. kohta 5.2). Toinen ongelma on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen puutteellinen koordinaatio sekä vaihtelut palvelujen saatavuudessa, tasossa ja laadussa. Sama koskee terveyspalvelujen ja sosiaalipalvelujen välistä koordinointia, vaikkakin kunnissa nämä palvelut on yhä useammin yhdistetty. Ehdotettujen terveydenhuollon uudistusten tarkoituksena on ollut yhdistää alueiden perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito sairaaloissa ja sosiaalipalvelut.

5 Terveysjärjestelmän toimintakyky

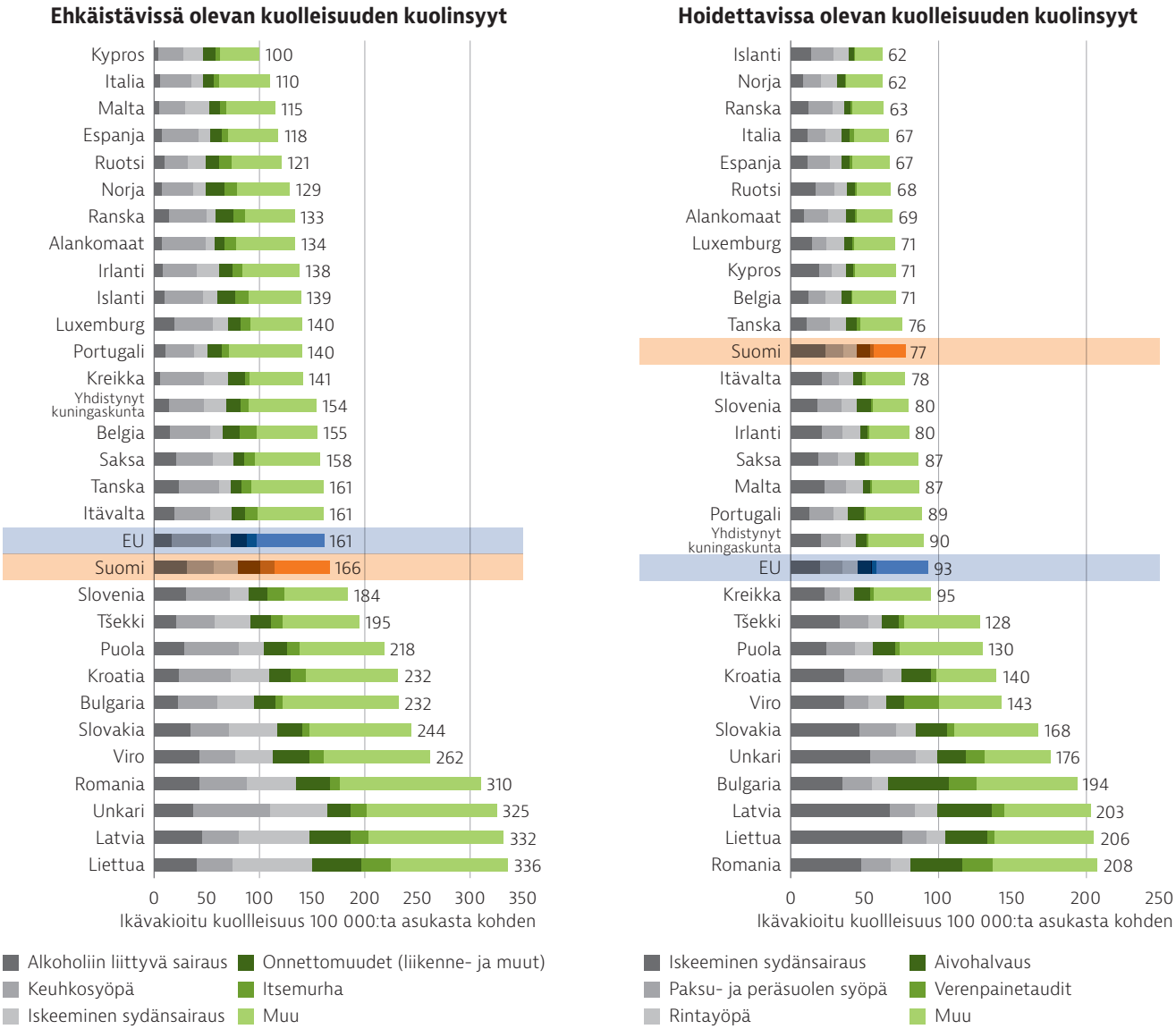
5.1 Vaikuttavuus

Ehkäistävissä oleva kuolleisuus on keskimääräistä suurempaa, mutta terveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus vähäistä

Ehkäistävissä oleva kuolleisuus on hieman EU:n keskiarvon yläpuolella, mikä viittaa siihen, että ehkäisyyn investoiminen saattaisi vähentää ennenaikaisia kuolemia. Ehkäistävissä olevan kuolleisuuden yleisimpiä syitä ovat alkoholiin liittyvät kuolemat, keuhkosyöpä, iskeeminen sydäntauti, onnettomuudet (liikenneonnettomuudet mukaan lukien) ja itsemurhat (kuvio 11).

Myönteinen seikka on se, että hoidettavissa olevien sairauksien aiheuttamassa kuolleisuudessa Suomen tulos on parempi. Tämä luku oli vuonna 2016 yli 15 prosenttia pienempi kuin EU:n keskiarvo, mikä osoittaa, että terveysjärjestelmä toimii hyvin henkeä uhkaavia sairauksia sairastavien ihmisten hoitamisessa. Yleisimpiä syitä hoidettavissa olevien sairauksien aiheuttamalle kuolleisuudelle ovat iskeeminen sydänsairaus, paksu- ja peräsuolen syöpä, rintasyöpä ja aivohalvaus. Hoidettavissa olevien sairauksien aiheuttama kuolleisuus väheni 10 prosenttia vuodesta 2011 vuoteen 2016.

Kuvio 11. Hoidettavissa olevien sairauksien aiheuttamat kuolleisuusluvut ovat pieniä mutta ehkäistävissä olevien sairauksien suurempia



Huom. Ehkäistävissä olevalla kuolleisuudella tarkoitetaan kuolleisuutta, joka voidaan pääasiassa välttää kansanterveydellisillä ja perusterveydenhuollon ehkäisevillä toimilla. Hoidettavissa olevalla (tai vältettävissä olevalla) kuolleisuudella tarkoitetaan kuolleisuutta, joka voidaan pääasiassa välttää terveydenhuollon keinoilla, esimerkiksi seulonnoilla ja hoidolla. Kumpikin indikaattori liittyy ennenaikaiseen kuolleisuuteen (alle 75-vuotiaiden). Tiedot perustuvat tarkistettuihin OECD:n/Eurostatin luetteloihin.
Lähde: Eurostatin tietokanta (tiedot vuodelta 2016).

Ehkäisevillä toimilla on vähennetty tupakointia tehokkaasti

Kuten kohdassa 3 todetaan, tupakointi on vähentynyt Suomessa 15 viime vuoden aikana merkittävästi ja Suomi kuuluu nyt EU-maihin, joissa tupakoidaan vähiten. Suomessa toteutetaan edelleen erilaisia tupakoinnin vähentämiseen tähtääviä toimenpiteitä ja ohjelmia, joita ovat muiden muassa tupakoinnin lopettamisohjelmat, tupakka-askien terveysvaroitukset, joukkoviestimissä järjestetyt julkiset tiedotuskampanjat ja tupakkatuotteiden korkea verotus.

Ylipaino, lihavuus ja diabetes lisääntyvät. Näitä aiheita käsiteltiin kansallisessa vuosina 2012–2018 toteutetussa lihavuusohjelmassa. Terveelliseen ravitsemukseen ja liikuntaan keskittyvän ohjelman tarkoituksena oli hillitä lihavuuden yleistymistä tiedotus- ja viestintäkampanjoilla ja kansallisten, alueellisten ja paikallisten toimijoiden paremmalla yhteistyöllä, mutta tuloksia ei ole vielä arvioitu (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019b).

Alkoholiin liittyvät haitat ja kuolemat ovat Suomessa paljon yleisempiä kuin useimmissa muissa Pohjoismaissa ja EU-maissa. Alkoholin kulutuksen vähentämiseksi on annettu useita säännöksiä, joilla on muun muassa rajoitettu mainontaa, myönnetty valtion omistamalle Alkolle monopoli yli 5,5 prosenttia alkoholia sisältävien alkoholijuomien vähittäismyyntiin ja rajoitettu alkoholin myyntiaikoja niin vähittäiskaupassa kuin baareissa ja ravintoloissa. Näillä toimenpiteillä onnistuttiin vähentämään nuorten ja aikuisten alkoholin kokonaiskulutusta 20 prosenttia vuodesta 2007 vuoteen 2017.

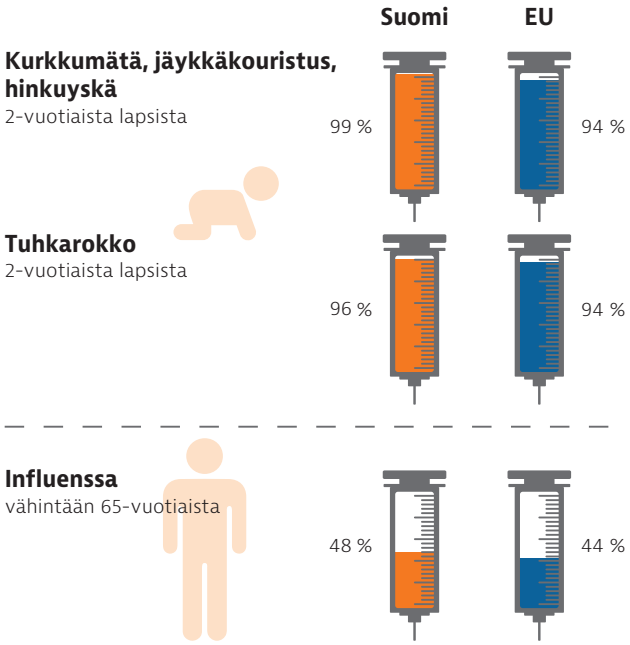
Vuonna 2017 hallitus kuitenkin hyväksyi uuden alkoholilain, jolla purettiin alkoholin myyntiä koskevaa säännöstelyä: vapautettiin alkoholijuomien mainontaa, laajennettiin muualla kuin Alkon myymälöissä tapahtuvan vähittäismyynnin alkoholijuomavalikoimaa ja pidennettiin alkoholin myyntiaikoja sekä vähittäiskaupassa että baareissa ja ravintoloissa. Tämä alkoholin säännöstelypolitiikan vapauttaminen herätti vakavaa huolta siitä, että se voisi kääntää alkoholin käytön vähentämisessä viime aikoina saavutetun edistyksen päinvastaiseksi. Kulutus kasvoi vuonna 2018 vain 0,4 prosenttia, mikä oli odotettua vähemmän kääntäen kuitenkin edellisen kymmenen vuoden vähenevän trendin päinvastaiseksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019c).

Myös laittomien huumausaineiden (esimerkiksi kannabiksen, ekstaasin ja amfetamiinien) käyttöä esiintyy Suomessa yleensä enemmän kuin monissa muissa EU-maissa (EMCDDA, 2018). Laittomien huumausaineiden käyttöön puuttuminen ei kuitenkaan ole ollut keskeisenä teemana kansanterveydestä käydyissä viimeaikaisissa keskusteluissa.

Rokotuskattavuus on jäänyt joillakin alueilla jälkeen

Lähes kaikki lapset (99 prosenttia) on rokotettu kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan ja 96 prosenttia lapsista on rokotettu tuhkarokkoa vastaan, mikä ylittää sekä EU:n keskiarvon että WHO:n 95 prosentin suosituksen (kuvio 12). Joillakin alueilla kattavuusluvut ovat kuitenkin alle 85 prosentin, mikä lisää epidemiariskiä huomattavasti. Vaikka tuhkarokkotapauksien määrä on edelleen pieni (alle 20 vuosina 2017–2018), tuhkarokkoa esiintyy taas Suomessa niin kuin monessa muussakin maassa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019d).

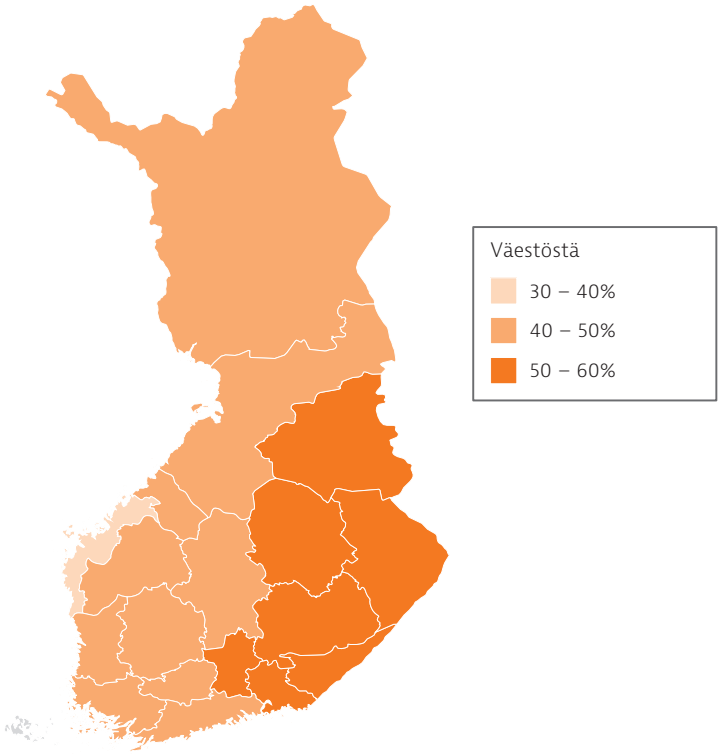
Kuvio 12. Rokotuskattavuus on suuri lapsilla mutta pieni ikääntyvillä



Huom. Tiedot koskevat kurkkumätä-, jäykkäkouristus- ja hinkuyskärokotteen kolmatta annosta ja tuhkarokkorokotteen ensimmäistä annosta.
Lähde: WHO:n/Unicefin Global Health Observatory tilastotietokanta lasten osalta (tiedot vuodelta 2018), OECD:n terveystilastot 2019 ja Eurostatin tietokanta vähintään 65-vuotiaiden osalta (tiedot vuodelta 2017 tai lähimmältä vuodelta).

Influenssarokotuksen on saanut alle puolet vähintään 65-vuotiaista suomalaisista, mikä on reilusti alle WHO:n 75 prosentin suosituksen. Rokotuskattavuus ei saavuttanut millään alueella 60:tä prosenttia vuonna 2018. Alhaisin rokotettujen osuus, vain 33 prosenttia, oli Länsi-Suomessa (kuvio 13).

Kuvio 13. Influenssarokotuksen saaneiden vähintään 65-vuotiaiden osuudet vaihtelevat alueittain



Lähde: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (tiedot vuodelta 2018).

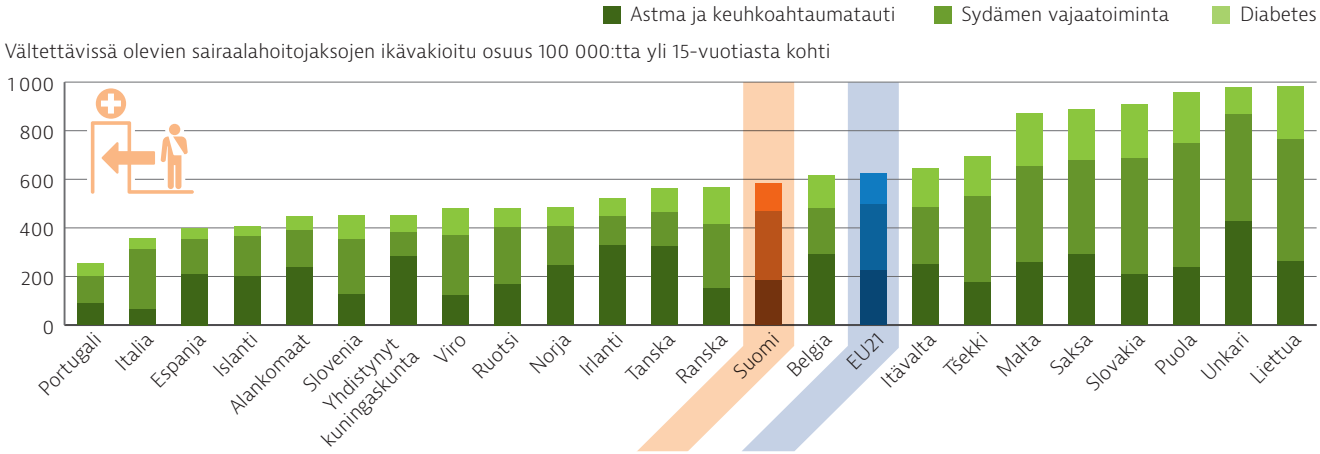
Mahdollisesti vältettävissä olevat kroonisten sairauksien aiheuttamat sairaalahoitojaksot ovat lähellä EU:n keskiarvoa

Useiden sairauksien aiheuttamat sairaalahoitojaksot voidaan välttää saatavilla olevalla ja tehokkaalla perusterveydenhuollolla. Astman ja keuhkoahtaumataudin aiheuttamia sairaalahoitojaksoja on vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin, diabeteksen aiheuttamia jaksoja on suunnilleen EU:n keskiarvon verran ja sydämen vajaatoiminnan aiheuttamia jaksoja hieman yli EU:n keskiarvon (kuvio 14). Tämä osoittaa, että kroonisten sairauksien hoidossa sairaaloiden ulkopuolella on parantamisen varaa.

Sairaaloissa annetaan laadukasta hoitoa akuuttia sairaanhoitoa tarvitseville

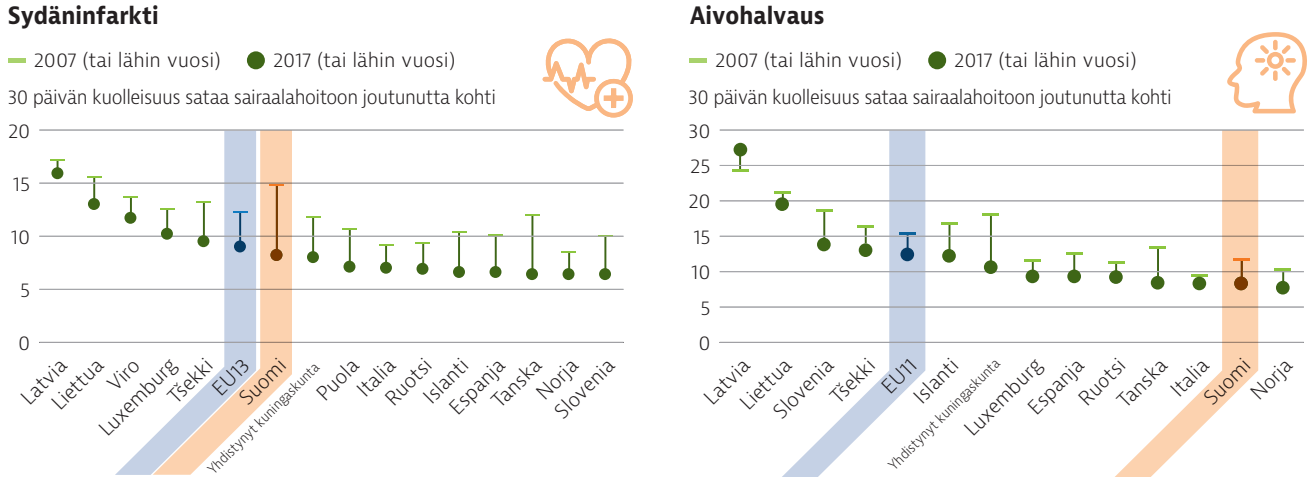
Sydäninfarktin ja erityisesti aivohalvauksen takia akuuttia sairaanhoitoa tarvitsevien potilaiden hoito on Suomen sairaaloissa hyvin tehokasta. Näiden henkeä uhkaavien sairauksien takia sairaalaan otettujen henkilöiden kuolleisuutta on kymmenen viime vuoden aikana onnistuttu vähentämään merkittävästi. Iskeemisestä aivohalvauksesta saatavilla olevien tietojen perusteella 30 päivän kuolleisuus on nyt EU-maiden alhaisin (kuvio 15), ja sydäninfarktin jälkeinen kuolleisuus on käytettävissä olevien tietojen mukaan vähentynyt nopeammin kuin missään muussa EU-maassa.

Kuvio 14. Kroonisten sairauksien aiheuttamia vältettävissä olevia sairaalahoitojaksoja voitaisiin edelleen vähentää



Lähde: OECD:n terveystilastot 2019 (tiedot vuodelta 2017 tai lähimmältä vuodelta).

Kuvio 15. Sydäninfarktin ja aivohalvauksen takia sairaalahoitoon joutuneiden potilaiden kuolleisuus on vähentynyt



Huom. Luvut perustuvat potilastietoihin, ja ne on vakioitu iän ja sukupuolen mukaan vastaamaan OECD:n vuoden 2010 väestöä niiden yli 45-vuotiaiden osalta, jotka ovat joutuneet sairaalahoitoon sydäninfarktin tai iskeemisen aivohalvauksen vuoksi vuonna 2010.
Lähde: OECD:n terveystilastot 2019.

Syövän hoito on yleisesti vaikuttavaa

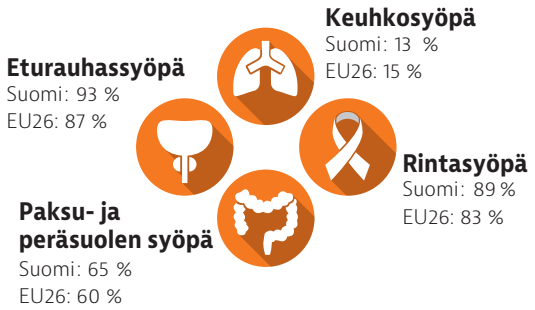
Syövän hoito on Suomessa yleisesti hyvällä tasolla. Varhaisen diagnosoinnin ja vaikuttavien hoitojen ansiosta eri syöpiä (kuten rintasyöpää, kohdunkaulan syöpää tai paksu- ja peräsuolen syöpää) sairastavien suomalaisten eloonjäämisaste on korkeampi kuin useimmissa muissa EU-maissa (kuvio 16) ja syöpätautien aiheuttama kokonaiskuolleisuus on EU:n alhaisimpia (OECD/EU, 2018). Keuhkosyöpää sairastavien eloonjäämisaste on kuitenkin alhainen ja alle EU:n keskiarvon.

Suomessa otettiin käyttöön kansalliset syöpäseulontaohjelmat useimpia muita EU-maita aiemmin: kohdunkaulan syövän seulonnat alkoivat vuonna 1968 ja rintasyöpäseulonnat vuonna 1987. Seulontoihin osallistuneiden naisten osuudet näiden syöpäseulontojen kohderyhmissä ovat olleet suhteellisen suuret jo monen vuoden ajan (esimerkiksi rintasyöpäseulontoihin osallistuneiden osuus on ollut viime vuosina yli 80 prosenttia). Lisäksi Suomi tarjoaa mahdollisuuden papilloomaviruksen testaamiseen kohdunkaulan syövän havaitsemiseksi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Harvinaisten ja eräiden hyvin vakavien syöpien hoidon suunnittelu ja tarjonta on Suomessa keskitetty, mutta useimpien muiden syöpien hoito toteutetaan lähellä potilaan kotipaikkaa. Suomessa on niin ikään kiinnitetty erityistä huomiota siihen, että syövän hoidon parissa työskentelevien terveydenhoidon ammattilaisten erikoistumista edistetään lisensointi- ja sertifiointijärjestelmien avulla.

Vuonna 2016 sosiaali- ja terveysministeriö ilmoitti, että Suomeen perustetaan uusi kansallinen syöpäkeskus, jonka vastuulla on koordinoida hoitoa ja tutkimusta, varmistaa yhtäläinen pääsy syöpähoitoihin ja edistää hoidon laatua ja hoitojen kustannusvaikuttavuutta. Keskuksen toiminta alkoi vuonna 2018.

Kuvio 16. Syöpää sairastavien eloonjäämisasteet ylittävät EU:n keskiarvon useimpien syöpämuotojen osalta



Huom. Tiedot koskevat ihmisiä, jotka saivat diagnoosin vuosina 2010–2014.
Lähde: CONCORD-ohjelma, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Uusi mielenterveysstrategia suunnitteilla

Masennusta ja muita mielenterveysongelmia on Suomessa edelleen verrattain paljon, ja itsemurhien määrä on perinteisesti ollut suuri. Suomessa on muutaman kymmenen viime vuoden aikana toteutettu kansallisia itsemurhien ehkäisyohjelmia, joissa on tehty eri alojen välillä yhteistyötä ja joissa on ollut mukana monia eri sidosryhmiä. Ohjelmilla itsemurhien määrää on onnistuttu hiljalleen vähentämään. Niissä on tavoitteena tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ihmiset, joilla on vakava masennus tai jotka ovat alkoholin tai muiden päihteiden ongelmakäyttäjiä, helpottaa pääsyä mielenterveyspalveluihin ja rajoittaa itsemurhavälineiden saatavuutta. Itsemurhaa harkitseville ihmisille on perustettu kriisipuhelimia, ja tiedotusvälineille on annettu ohjeita siitä, miten itsemurhista tulisi uutisoida. Nuorille miehille on myös kohdennettu erityisiä toimia, koska heidän itsemurhariskinsä on suurin (OECD/EU, 2018).

Sosiaali- ja terveysministeriö aloitti vuonna 2018 uuden, vuoteen 2030 ulottuvan mielenterveysstrategian

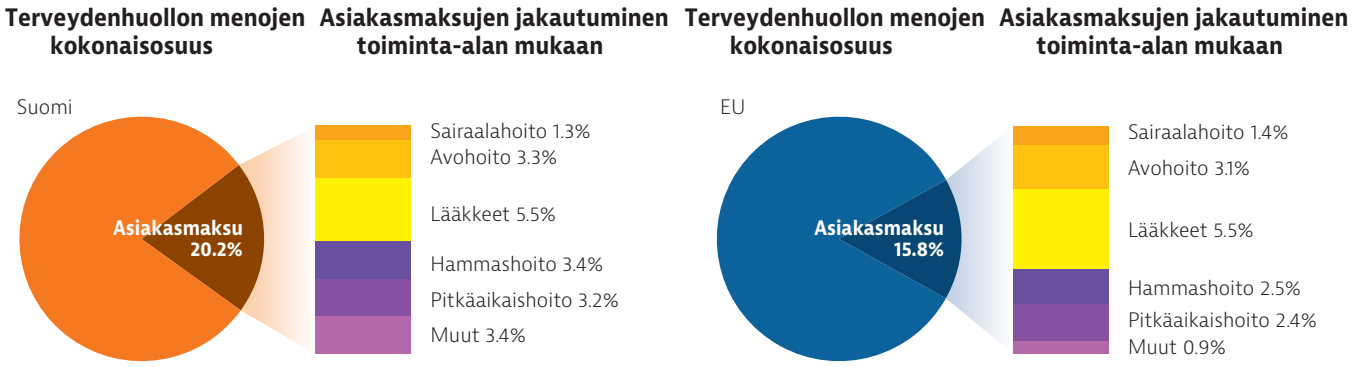
laatimisen. Itsemurhien ehkäisy on osa tätä laajempaa strategiaa. Sen mukaan kunkin hallituksen vastuulla on valmistella mielenterveyden toimintaohjelma, jossa määritellään mielenterveyspolitiikan painopisteet ja tavoitteet sekä sen toimeenpanon keinot (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2018).

5.2 Saavutettavuus

Suomalainen terveysjärjestelmä kattaa lähes koko väestön, mutta omavastuuosuudet voivat olla suuria

Kuten kohdassa 4 todetaan, kaikilla maassa pysyvästi asuvilla on oikeus sairausvakuutukseen, mutta palvelujen saatavuus on parempi henkilöillä, jotka kuuluvat työterveyshuollon piiriin: he voivat käyttää palveluja maksutta ja pääsevät lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolle samana päivänä. Sama koskee niitä, joilla on yksityinen sairausvakuutus. Suuri osa terveyspalvelujen ja terveydenhuollon tuotteiden kustannuksista katetaan julkisista varoista, mutta asiakasmaksuja sovelletaan useimpiin niistä, etenkin lääkevalmisteisiin ja hammashoitoon. Vuonna 2017 käyttäjiltä perittävät maksut kattoivat 20 prosenttia Suomen senhetkisistä terveydenhuoltomenoista – osuus on suurempi kuin EU:n keskiarvo (kuvio 17). Nämä maksut olivat keskimäärin 756 euroa asukasta kohti. Vielä vuonna 2000 vastaava luku oli 417 euroa. Yli neljännes näistä käyttäjiltä perittävistä maksuista kuluu lääkeostoihin (vastaa EU:n keskiarvoa), ja loput käytetään avosairaanhoitoon, hammashoitoon ja pitkäaikaishoitoon.

Kuvio 17. Käyttäjiltä perittävien maksujen osuus terveydenhuollon menoista on Suomessa suuri

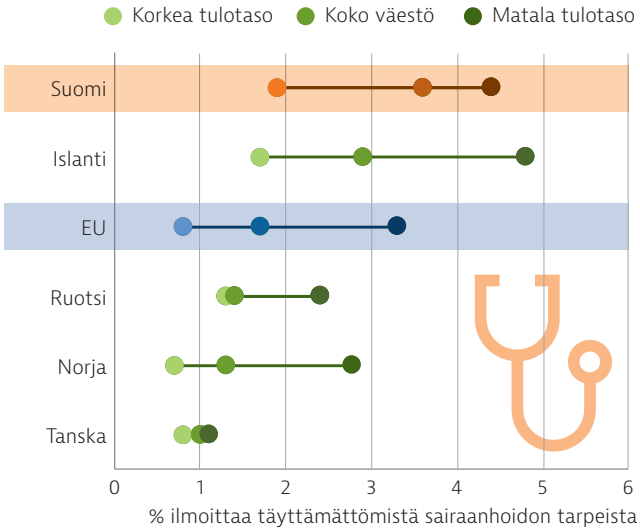


Lähde: OECD:n terveystilastot 2019 (tiedot vuodelta 2017).

Tyydyttämättömistä lääketieteellisen hoidon tarpeita on suhteellisen paljon, mikä johtuu pääosin odotusajoista

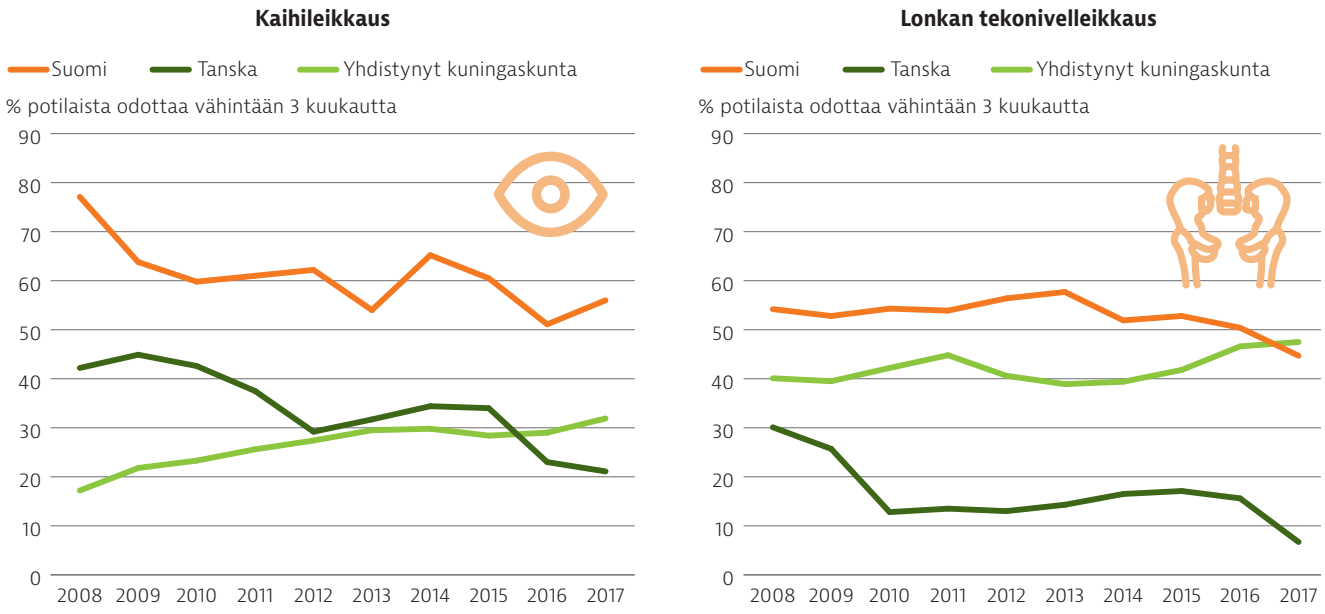
Suomessa tyydyttymättömistä lääketieteellisen hoidon tarpeista ilmoittaneiden henkilöiden osuus väestöstä on suurempi kuin EU:ssa keskimäärin ja useimmissa muissa Pohjoismaissa. Vuonna 2017 lähes 4 prosenttia suomalaisista ilmoitti, että heillä oli taloudellisista syistä, maantieteellisistä esteistä tai odotusajoista johtuvia tyydyttämättömiä lääketieteellisen hoidon tarpeita. Vastaava luku koko EU:n alueella oli keskimäärin vain hieman yli 3 prosenttia (kuvio 18). Ylivoimaisesti yleisin suomalaisten ilmoittamien tyydyttämättömien tarpeiden syy olivat odotusajat. Pienituloisilla tyydyttämättömien lääketieteellisen hoidon tarpeista ilmoittaneiden osuus oli yli kaksi kertaa suurempi kuin suurituloisilla.

Kuvio 18. Monet pienituloiset suomalaiset ilmoittivat tyydyttymätöntä lääketieteellisen hoidon tarpeista, jotka johtuivat pääosin odotusajoista



Huom. Tiedot koskevat tarvetta lääkärintarkastuksiin tai hoitoihin, jotka eivät olleet toteutuneet kustannusten, etäisyyksien tai odotusaikojen takia. Eri maiden tietojen vertailussa on oltava varovainen käytetyissä tutkimusmenetelmissä olleiden erojen takia.
Lähde: Eurostatin tietokanta, perustuu EU-SILC-tutkimukseen (tiedot vuodelta 2017).

Kuvio 19. Monet suomalaiset joutuvat yhä odottamaan kiireettömään leikkaukseen pääsyä useita kuukausia



Lähde: OECD:n terveystilastot 2019.

Voimavarojen epätasainen jakautuminen ja työterveyshuoltojärjestelmä synnyttävät eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä

Terveydenhuollon voimavarojen epätasainen jakautuminen vahvistaa eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä. Lääkäreitä on runsaasti pääkaupunkiseudulla ja muissa suurissa kaupungeissa, koska sairaalat ja erikoissairaanhoidon yksiköt sijaitsevat pääasiassa kaupunkialueilla, kun taas syrjäisillä ja harvaan asutuilla alueilla lääkäreitä on suhteellisesti vähemmän. Työterveyshuolto ja yksityiset sairausvakuutukset, joiden käyttäjät ovat pääosin ylemmistä sosioekonomisista ryhmistä, vahvistavat niin ikään hoitoon pääsyn eriarvoisuutta, sillä niiden avulla hoitoon pääsee nopeammin, koska valittavissa on myös muita kuin julkisen sektorin palveluja. Sitä vastoin alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ja ikääntyvät henkilöt käyttävät pääosin julkisia palveluja ja joutuvat siksi odottamaan pidempään palveluihin pääsyä. Ehdotettu sosiaali- ja terveyspalvelujen alueellinen järjestäminen (ks. kohta 4) saattaa edistää voimavarojen nykyistä tasaisempaa jakautumista alueiden kesken ja lyhentää odotusaikoja.

Tärkeä ratkaisua kaipaava ongelma on se, että sairaanhoitopiirien ja kunnallisten perusterveydenhuollosta vastaavien viranomaisten välinen koordinointi on puutteellista ja perusterveydenhuollon voimavarojen lisääminen hidasta. Perusterveydenhuoltoon pääsyä voidaan parantaa myös laajentamalla sairaanhoitajien tehtävänkuvaa entisestään (laatikko 2) erityisesti alueilla, joilla on pulaa yleislääkäreistä.

Laatikko 1. Sairaanhoitajien tehtävänkuvaa laajennetaan Suomessa perusterveydenhuollossa ja kotihoidossa

Moni terveyskeskus on vuodesta 2010 lähtien muuttanut palvelutarjontaansa lääkärin vastaanotolle pääsyn ja lääkäripulan helpottamiseksi. Pääasiassa on ollut kyse sairaanhoitajien tehtävänkuvan laajentamisesta niin, että heille on annettu oikeus erityisesti joidenkin lääkkeiden määräämiseen, lähetteiden antamiseen tai röntgenkuvien tulkitsemiseen. Sairaanhoitajien lääkkeidenmääräämisoikeus on kuitenkin yhä rajattu: määrättävien lääkkeiden valikoima on rajattu sekä määrättäessä lääkettä ensimmäistä kertaa (esimerkiksi nielutulehdukseen tarkoitettuihin lääkkeisiin ja ehkäisypillereihin) että lääkärin määräämää lääkehoitoa jatkettaessa (esimerkiksi joidenkin kroonisten sairauksien, kuten verenpaineen, diabeteksen ja astman hoitoon tarkoitettuihin lääkkeisiin). Sairaanhoitaja voi määrätä lääkkeitä silloin, kun hän työskentelee kunnallisessa terveyskeskuksessa, hänellä on vähintään kolmen vuoden työkokemus, hän on suorittanut lisäkoulutuksen ja tieto hänen lääkkeenmääräämisoikeudestaan on rekisteröity.

Lääkkeen määräämisen lisäksi sairaanhoitajien vastuualuetta on laajennettu lähinnä kroonisten sairauksien hoidossa, esimerkiksi ottamalla heidät mukaan moniammatillisiin hoidon koordinaatioryhmiin, kroonisten sairauksien hoitoon ja potilasvastaanotoille.

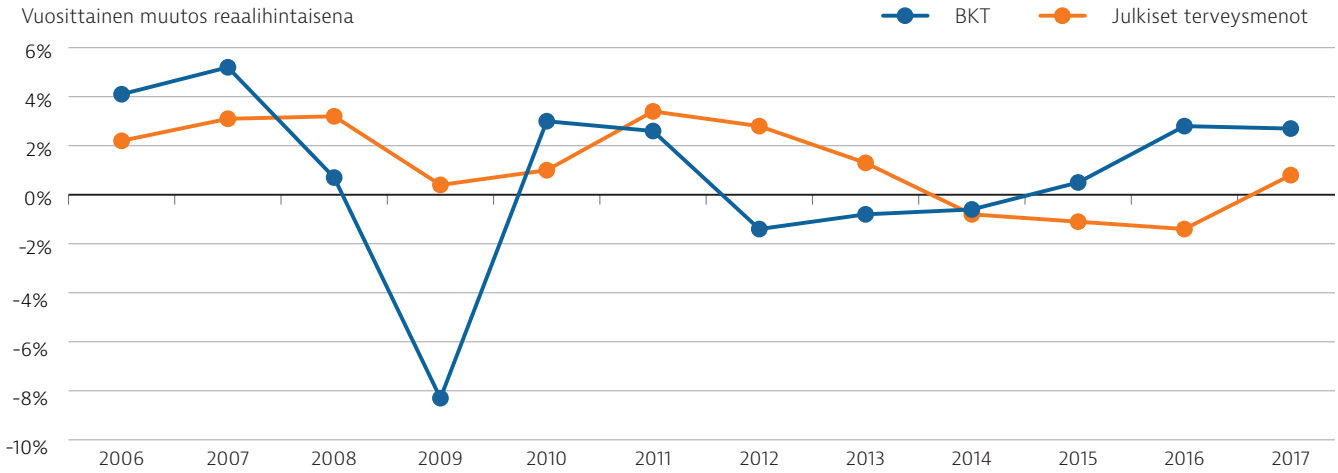
Lähteet: Keskimäki ym. (2019); Maier, Aiken ja Busse (2017).

5.3 Muutosjoustavuus[4]

BKT:n hidas kasvu on hillinnyt terveydenhuoltomenoja

Kuten kohdassa 4 todetaan, Suomessa terveysmenojen osuus BKT:stä oli 9,2 prosenttia vuonna 2017. Osuus on pienempi kuin koko EU:ssa ja muissa Pohjoismaissa. Vuoden 2009 talouskriisin ja vuosien 2012–2014 uuden taantuman jälkeen julkiset terveydenhuoltomenot laskivat reaalimääräisesti hieman vuodesta 2014 vuoteen 2016 (kuvio 20).

Kuvio 20. Julkiset terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet viime vuosina selvästi aiempaa hitaammin kahden taantuman jälkeen



Lähde: OECD:n terveystilastot 2019.

Terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon julkisten menojen ennustetaan tulevina vuosina ja vuosikymmeninä kasvavan väestön ikääntymisen ja vaatimattoman talouskasvun vuoksi. Terveydenhuollon julkisten menojen ennustetaan kasvavan 0,8 prosenttiyksikköä BKT:stä vuodesta 2016 vuoteen 2070 (6,1 prosentista 6,9 prosenttiin). Pitkäaikaishoidon menoista julkiseen talouteen aiheutuvien paineiden odotetaan kuitenkin olevan sitäkin suurempia: ne voivat kasvaa samalla ajanjaksolla 2,0 prosenttiyksikköä BKT:stä (2,2 prosentista 4,2 prosenttiin), mikä lisää pitkällä aikavälillä julkisen talouden kestävyysriskejä (Euroopan komissio, EPC, 2018).

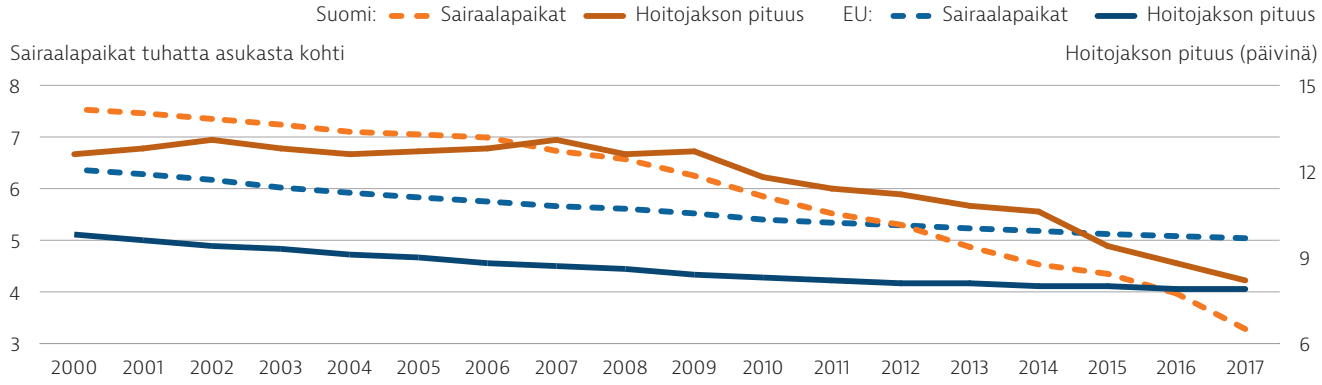
Sairaaloiden tehokkuus on parantunut

Suomessa on nyt vähemmän sairaalapaikkoja kuin EU:ssa keskimäärin. Sairaalapaikat ovat kymmenen viime vuoden aikana vähentyneet nopeasti samalla kun sairaalahoidon keskimääräinen pituus on lyhentynyt nopeasti (kuvio 21). Tämä ei kuitenkaan vaikuta havaittavasti vaikeuttaneen hoitoon pääsyä tai heikentäneen hoidon laatua.

Sairaalainfrastruktuuria on tarkoitus keskittää edelleen niin, että viisi yliopistosairaalaa ja seitsemän tai kahdeksan muuta suurta sairaalaa tarjoavat laajan valikoiman erikoissairaanhoidon palveluja. Sosiaali- ja terveysministeriö on myös ottanut muissa sairaaloissa käyttöön vähimmäismäärät tietyille toiminnoille, kuten ortopediselle kirurgialle ja synnytyksille, mikä on johtanut pienempien yksiköiden sulkemisiin.

4: Muutosjoustavuudella (resilienssi) tarkoitetaan terveysjärjestelmien kykyä sopeutua tehokkaasti muuttuviin olosuhteisiin, äkillisiin sokkeihin tai kriiseihin.

Kuvio 21. Sairaansijojen määrä on pienentynyt ja sairaalahoidon keskimääräinen pituus lyhentynyt kymmenen viime vuoden aikana



Lähde: Eurostatin tietokanta.

Haasteena on yhä perusterveydenhuollon ja hoidon koordinaation vahvistaminen

Yksi Suomen keskeisistä haasteista on perusterveydenhuollon saavutettavuuden ja tehokkuuden saavuttaminen sekä nykyistä paremman koordinaation edistäminen perusterveydenhuollon tuottajien ja sairaaloiden välillä. Koska joissakin kunnissa palvelut ovat puutteellisia ja odotusajat pitkiä, perusterveydenhuollon tuottajat eivät aina pysty toimimaan portinvartijoina, vaan potilaat hakeutuvat toisinaan suoraan erikoissairaanhoitoon ja päivystyspoliklinikoille, vaikka tällaiset käynnit saattavat usein olla tarpeettomia.

Tämän lisäksi hoidon koordinaatiossa on edelleen ongelmia erityisesti yksityisten ja julkisten tuottajien välillä, vaikka hoidon integrointia onkin pyritty parantamaan eri keinoin ja paikallistasolla on kehitetty joitain innovatiivisia malleja. Tämä liittyy osittain siihen, että perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja pitkäaikaishoidon tuottajien vastuuvelvollisuudet eivät ole kytköksissä toisiinsa. Useisiin rahoituslähteisiin perustuva rahoitusjärjestelmä ei myöskään luo riittäviä kannustimia hoidon koordinaation vahvistamiseen tuottajien kesken.

Sähköisten terveydenhuoltopalvelujen odotetaan parantavan hoidon koordinointia

Hoidon koordinaation parantamiseksi Suomi on tehnyt merkittäviä investointeja sähköisiin terveydenhuoltopalveluihin. Suomessa on otettu käyttöön maanlaajuinen yhdenmukaistettu sähköinen potilastietorekisteri eli kansallinen potilastietokanta. Tietojärjestelmä kattaa kaikki julkiset ja yksityiset terveydenhuoltopalvelujen tuottajat. Järjestelmä sisältää myös pakollisen sähköisen lääkemääräysjärjestelmän ja terveysportaalin, jonka kautta kansalaiset voivat tarkastella omia tietojaan. Koko terveydenhuollon piiriin kuuluvan väestön potilastiedot ovat olleet sähköisessä muodossa syyskuusta 2016 alkaen. Vuonna 2018 otettiin käyttöön julkisia ja yksityisiä sosiaalihuoltopalveluja koskeva arkisto, mutta järjestelmän odotetaan olevan kaikilta osin toiminnassa vasta vuonna 2023.

Useat toimenpiteet ovat auttaneet hallitsemaan lääkemenoja

Viimeisten 15 vuoden aikana on toteutettu useita toimenpiteitä lääkemenojen kasvun hillitsemiseksi – tällaisia ovat muiden muassa hintavalvonta, lääkkeiden tarkoituksenmukaisempi määrääminen ja geneeristen lääkkeiden käytön edistäminen. Lääkemenojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista (lukuun eivät sisälly sairaaloissa jaetut lääkkeet) on kymmenen viime vuoden aikana pienentynyt huomattavasti: 16 prosentista vuonna 2005 aina 12 prosenttiin vuonna 2017.

Lääkevaihto otettiin Suomessa käyttöön vuonna 2003. Siitä lähtien farmaseuttien on pitänyt vaihtaa lääkärin määräämä lääkevalmistee, joka maksaa enemmän kuin määritelty enimmäishinta, halvempaan tuotteeseen, jonka vaikuttava aine on sama. Rinnakkaisvalmisteiden osuus on kymmenen viime vuoden aikana kasvanut, mutta hitaammin kuin Tanskassa ja useissa muissa EU-maissa (kuvio 22).

Sähköisiä lääkemääräyksiä on otettu asteittain käyttöön vuodesta 2012 lähtien. Kaikkien terveydenhuollon palveluntarjoajien oli vuoteen 2017 mennessä liityttävä sähköiseen lääkemääräysjärjestelmään ja annettava lääkemääräykset sähköisesti, paitsi jos on kyse hätätilanteesta tai ilmenee teknisiä ongelmia (Keskimäki ym., 2019).

Vuodesta 2017 lähtien lääkemääräys on voinut olla voimassa enintään kaksi vuotta (aiemmin yhden vuoden sijaan). Poikkeuksena ovat hyvin kalliit lääkkeet (yli 1 000 euroa pakkaukselta), joita voidaan määrätä vain yhdeksi kuukaudeksi kerrallaan.

Suomi alkoi osallistua uuteen pohjoismaiseen yhteistyöhön uusien lääkevalmisteiden suhteellisen vaikuttavuuden arvioimiseksi ja taloudellisten analyysien tekemiseksi vuonna 2018 (laatikko 2).

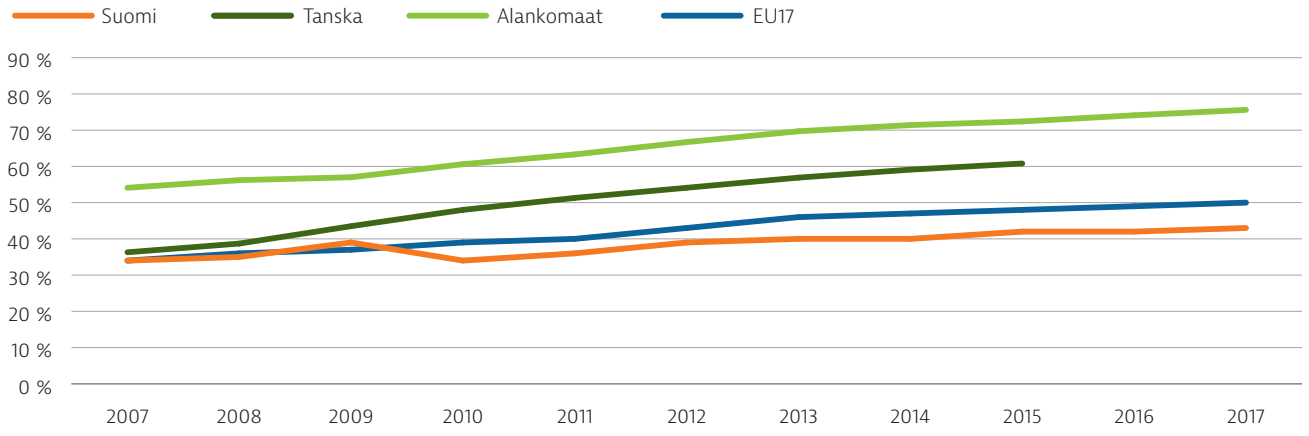
Laatikko 2. Suomi osallistui uusiin lääkevalmisteisiin liittyvien terveydenhuollon menetelmien arviointia koskevaan yhteistyöhön

Suomen, Norjan ja Ruotsin terveydenhuollon menetelmien arvioinnista vastaavat viranomaiset sopivat vuonna 2018 uusien lääkevalmisteiden arvioinnissa tehtävän yhteistyönsä vahvistamisesta FINOSE-aloitteen kautta. Yhteistyön tavoitteena on yhdistää resursseja uusien lääkevalmisteiden suhteellisen vaikuttavuuden arvioimiseksi ja yhteisen taloudellisen analyysin tekemiseksi. Näiden yhteisten arviointien jälkeen kukin maa voi edelleen joustavasti tehdä lopulliset päätökset uusien lääkevalmisteiden korvauksista ja hinnoista toimintaympäristönsä ja kansallisten säädöstensä mukaisesti.

Käytännössä tämä yhteistyö tarkoittaa, että yritysten on toimitettava vain yksi asiakirja kaikille kolmelle maalle samanaikaisesti ja allekirjoitettava suostumus tietojen jakamiseen. Sen jälkeen nimitetään kolmen maan yhteinen työryhmä tekemään yhteisarviointi. Yhteistyön tuloksena saadaan kolmen viraston laatima yhteinen arviointiraportti.

FINOSE on tällä hetkellä pilottihanke, josta tehdään arviointi tavoitteiden saavuttamisen selvittämiseksi.

Kuvio 22. Rinnakkaisvalmisteiden osuus on kasvanut, mutta on edelleen pienempi kuin monissa muissa EU-maissa



Huom: Tiedot koskevat rinnakkaisvalmisteiden määrällistä osuutta.
Lähde: OECD:n terveystilastot 2019.

Katsaus uusista uudistusehdotuksista

Vuosina 2015–2019 suunniteltu sosiaali- ja terveydenhuoltouudistusehdotus ei toteutunut. Huhtikuun 2019 eduskuntavaalien jälkeen laadittu uusi hallitusohjelma kuitenkin sisältää joitakin sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen uudistuksia, joiden tavoitteena on vähentää terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää eriarvoisuutta, taata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut kaikille suomalaisille, varmistaa ammattitaitoisen työvoiman saanti ja hillitä kustannusten kasvua.[5]

Uudessa vuosien 2019–2023 uudistusohjelmassa sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut järjestetään yhdistetysti itsehallintoalueilla. Näitä maakuntia on 18, ja niiden toimintoja, rahoitusta ja hallintoa säädellään erillisellä lailla. Päätöksenteosta maakunnissa vastaavat vaaleilla valitut valtuustot, ja asukkaiden demokraattista osallistumista lisätään.

Toisin kuin edellisessä uudistusehdotuksessa, jossa yksityisillä tuottajilla oli aiempaa suurempi rooli, tässä ehdotuksessa useimpia palveluja tarjoavat edelleen julkiset tuottajat. Yksityiset voittoa tavoittelevat ja voittoa tavoittelemattomat sektorit ovat täydentäviä palveluntuottajia. Kansalaisjärjestöjen osuutta terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä lisätään, ja järjestöjen mahdollisuudet tarjota näitä palveluja varmistetaan.

Maakuntien rahoitus perustuu pääosin valtionrahoitukseen, mutta hallitus alkaa valmistella maakuntaverojen käyttöönottoa.

Hallitus on myös luvannut ryhtyä toimiin vähemmistökielten, erityisesti ruotsin, saamen ja viittomakielen, kielioikeuksien vahvistamiseksi sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluissa.

5: Euroopan unionin neuvosto esitti Suomelle heinäkuussa 2019 maakohtaisena suosituksena, että maa "parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannustehokkuutta ja yhdenvertaista saatavuutta" (Euroopan unionin neuvosto, 2019).

6 Keskeiset havainnot

- Elinajanodote on parantunut Suomessa tasaisesti vuodesta 2000 kansanterveyttä edistävällä politiikalla ja terveydenhuollon toimin saavutettujen myönteisten vaikutusten ansiosta. Ne ovat vähentäneet ehkäistävissä ja hoidettavissa olevien sairauksien aiheuttamaa kuolleisuutta. Sosioekonomisen aseman mukaiset erot elinajanodotteessa ovat alle EU:n keskiarvon mutta silti edelleen merkittäviä: vähiten koulutetut miehet voivat odottaa elävänsä 5,5 vuotta lyhyemmän elämän kuin eniten koulutetut. Naisilla tämä koulutuksen aiheuttama ero on 3,5 vuotta.

- Huomattavaa edistystä on saavutettu tupakoinnin kaltaisten terveysriskin aiheuttavien tekijöiden vähentämisessä. Lihavuus on kuitenkin lisääntynyt sekä lapsilla että aikuisilla, ja suurin osa toimenpiteistä, joilla tätä kasvua on pyritty hillitsemään, on tuottanut toistaiseksi vain vähän tuloksia. Terveydentilassa havaittavat erot johtuvat suurelta osin siitä, että riskitekijöitä esiintyy enemmän vähän koulutetuilla ja pienituloisilla. Tämä näkyy tupakoinnin ja lihavuuden yleisyydessä vähiten koulutettujen ryhmässä. Yksi tärkeä haaste kansanterveyspolitiikalle on tehokkaiden keinojen löytäminen näiden muita haavoittuvammassa asemassa olevien ryhmien saavuttamiseksi.

- Alkoholin käyttö on yhä suuri kansanterveydellinen ongelma Suomessa, sillä yli kolmasosa aikuisista kertoo käyttävänsä säännöllisesti runsaasti alkoholia. Alkoholin myynnin vapauttaminen vuonna 2017 johti alkoholin kulutuksen hienoiseen kasvuun vuonna 2018, mikä käänsi edellisten kymmenen vuoden aikana tapahtuneen vähenemisen nousuksi, joka tosin oli odotettua vähäisempää.

- Suomen terveydenhuoltomenot asukasta kohti ovat hieman suuremmat kuin EU:n keskiarvo, mutta niiden osuus BKT:stä on hieman pienempi (9,2 prosenttia, kun EU:n keskiarvo oli 9,8 prosenttia vuonna 2017) ja paljon pienempi kuin Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa. Terveydenhuoltomenoista 75 prosenttia katetaan julkisista varoista, mikä on vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin (79 %) ja muissa Pohjoismaissa (kaikissa yli 83 %). Suurimman osan jäljelle jäävästä osuudesta maksavat pääosin kotitaloudet itse.

- Terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon julkisten menojen osuuden BKT:stä ennustetaan kasvavan tulevina vuosikymmeninä väestön ikääntymisen ja talouskasvun hidastumisen vuoksi. Nämä ennusteet kasvattavat tarvetta tehostaa terveydenhuoltopalvelujen ja pitkäaikaishoidon tuottamista entisestään, jotta varmistetaan näiden palvelujen kestävyys pitkällä aikavälillä.

- Keskeisenä haasteena on helpottaa perusterveydenhuoltoon pääsyä ja edistää nykyistä parempaa koordinaatiota perusterveydenhuollon ja sairaaloiden sekä sosiaalipalvelujen välillä. Nykyistä nopeampi ja tehokkaampi pääsy perusterveydenhuollon palveluihin vähentäisi osaltaan tarpeettomia erikoislääkäri- ja päivystyspoliklinikkakäyntejä erityisesti kroonisista sairauksista kärsivillä potilailla, joiden määrä on kasvussa. Sairaanhoitajien vastuualuetta on laajennettu perusterveydenhuollon saavutettavuuden parantamiseksi, mutta toistaiseksi näissä uusissa tehtävissä toimivia sairaanhoitajia on vähän.

- Erityisenä huolenaiheena on, että sekä työnantajien suoraan rahoittama työterveyshuolto että yksityisten tuottajien tuottama perusterveydenhuolto lisäävät eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä. Ne nopeuttavat pääasiassa ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien hoitoon pääsyä, kun taas alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ja eläkeläiset joutuvat odottamaan palveluihin pääsyä pidempään. Työterveyshuollon ylikapasiteetti herättää myös huolta järjestelmän resurssien jakautumisen tehokkuudesta.

- Uusi hallitus on ehdottanut sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen, rahoitusmekanismien ja alueellisen hallintorakenteen uudistamista. Tarkoitus on perustaa 18 itsehallinnollista maakuntaa, jotka vastaavat sosiaali- ja terveyspalveluista. Julkiset palveluntuottajat tuottavat kuitenkin edelleen suurimman osan palveluista.

Keskeiset lähteet

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en.

Keskimäki I et al. (2019), *Finland: Health System Review, Health Systems in Transition,* 21(2), 1-166.

Viitteet

Council of the European Union (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Finland,* http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10179-2019-INIT/en/pdf.

EMCDDA (2018), *Finland – Country Drug Report 2018.*

European Commission-EPC (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070),* Institutional Paper 079, May 2018, Brussels.

Maier C, Aiken L, Busse R (2017), *Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation,* OECD Health Working Papers, No. 98. OECD Publishing, Paris.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2018), *Mielenterveysstrategia tuo jatkuvuutta pitkän aikavälin mielenterveystyöhön.*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2018a), *Kuolleisuus: erot elinajan odotteessa.*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2018b), *Terveytemme: FinSote 2017-2018*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2018c), *Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019a), *Kouluterveyskysely.*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019b), *Kansallinen lihavuusohjelma 2012–2018.*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019c), *Alkoholin kokonaiskulutus lisääntyi 0,4 prosenttia vuonna 2018*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2019d), *Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta*

Maiden lyhenteet

Alankomaat	NL	Italia	IT	Liettua	LT	Ranska	FR	Suomi	FI
Belgia	BE	Itävalta	AT	Luxemburg	LU	Romania	RO	Tanska	DK
Bulgaria	BG	Kreikka	EL	Malta	MT	Ruotsi	SE	Tšekki	CZ
Espanja	ES	Kroatia	HR	Norja	NO	Saksa	DE	Unkari	HU
Irlanti	IE	Kypros	CY	Portugali	PT	Slovakia	SK	Viro	EE
Islanti	IS	Latvia	LV	Puola	PL	Slovenia	SI	Yhdistynyt kuningaskunta	UK

European Commission

State of Health in the EU
Maan terveysprofiili 2019

Maaprofiilit ovat olennainen osa Euroopan komission jatkuvan State of Health in the EU hankesyklin tiedonvälitystä, ja ne tuotetaan Euroopan unionin taloudellisella tuella. Maaprofiilit laaditaan Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) ja Euroopan terveysjärjestelmien ja politiikkojen seurantakeskuksen (European Observatory on Health Systems and Policies) sekä Euroopan komission yhteistyönä.

Tiiviit ja yhteiskunnallisen päätöksenteon kannalta tarkoituksenmukaiset maaprofiilit perustuvat läpinäkyvään ja johdonmukaiseen menetelmään, jossa hyödynnetään sekä määrällisiä että laadullisia tietoja. Maaprofiileja mukautetaan joustavasti kunkin EU:n jäsenvaltion / ETA-maan tilanteen mukaan. Tarkoituksena on kehittää niin päättäjille kuin poliittisille vaikuttajillekin keinoja keskinäiseen oppimiseen ja vapaaehtoiseen ajatustenvaihtoon.

Maaprofiileissa esitetään lyhyt yhteenveto seuraavista teemoista:

- maan terveystilanne
- terveyteen vaikuttavat tekijät, erityisesti käyttäytymiseen liittyvät riskitekijät
- terveysjärjestelmän rakenne
- terveysjärjestelmän vaikuttavuus, saavutettavuus ja muutosjoustavuus.

Komissio täydentää näiden maaprofiilien keskeisiä havaintoja rinnakkaiskertomuksella.

Lisätietoja: ec.europa.eu/health/state

Please cite this publication as: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Suomi: Maan terveysprofiili 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264341098 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO