European Commission

State of Health in the EU

Suomi

Maan terveysprofiili 2021

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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

Maaprofiilisarja

State of the Health in the EU profiileissa 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 yhteistyössä Euroopan komission kanssa. Työryhmä kiittää Health Systems and Policy Monitor verkostoa, OECD:n terveyskomiteaa ja EU:n terveydenhuoltojärjestelmien suorituskyvyn arvioinnin asiantuntijaryhmää arvokkaista kommenteista ja ehdotuksista.

Sisällysluettelo

1. PÄÄKOHDAT 3
2. SUOMEN TERVEYSTILANNE 4
3. RISKITEKIJÄT 6
4. TERVEYSJÄRJESTELMÄ 8
5. TERVEYSJÄRJESTELMÄN TOIMINTAKYKY 11
   5.1 Vaikuttavuus 11
   5.2 Saavutettavuus 14
   5.3 Muutosjoustavuus 16
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), Euroopan tautienehkäisy- ja valvontakeskukselta (ECDC), Health Behaviour in School-Aged Children tutkimuksista (HBSC) ja Maailman terveysjärjestöltä (WHO) sekä muista kansallisista lähteistä.

Lasketut EU:n keskiarvot ovat 27 jäsenvaltion painotettuja keskiarvoja, ellei toisin mainita. EU:n keskiarvot eivät sisällä Islannin ja Norjan lukuja.

Maaprofiili laadittiin syyskuussa 2021 elokuun 2021 lopussa saatavilla olleiden tietojen perusteella.

Suomen demografiset ja sosioekonomiset taustatiedot, 2020

Demografiset tekijät	Suomi	EU
Väestön koko	5 525 292	447 319 916
Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä (%)	22.3	20.6
Hedelmällisyysluku[1] (2019)	1.3	1.5
Sosioekonomiset tekijät		
BKT asukasta kohti (EUR, ostovoimapariteetti[2])	33 949	29 801
Suhteellinen köyhyysaste[3] (%, 2019)	11.6	16.5
Työttömyysaste (%)	7.8	7.1

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.

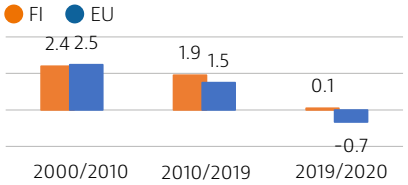
Tällä asiakirjalla ja asiakirjaan sisältyvillä tiedoilla ja kartoilla ei ole mitään vaikutusta minkään maa-alueen asemaan taikka itsemääräämisoikeuteen, kansainvälisten rajojen ja raja-alueiden linjauksiin eikä minkään maa-alueen, kaupungin tai muun alueen nimeen.

Muita WHO:ta koskevia vastuuvapauslausekkeita sovelletaan.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Pääkohdat

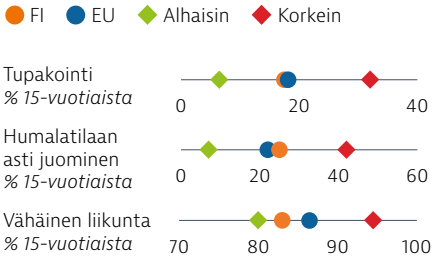
Suomen väestön elinajanodote on kasvanut kahden viime vuosikymmenen aikana, ja tämä myönteinen kehitys jatkui covid-19-pandemiasta huolimatta myös vuonna 2020 hallituksen otettua käyttöön hybridistrategian viruksen leviämisen hillitsemiseksi ja riskiryhmien suojelemiseksi. Väestön ikääntyminen sekä kroonisesti sairaiden ja toimintarajoitteisten henkilöiden määrän kasvu lisäävät kuitenkin terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon tarvetta tulevaisuudessa. Hiljattain hyväksyttiin merkittävä uudistus, jonka myötä vastuut ja resurssit keskitetään aluetasolle hoitoon pääsyn parantamiseksi ja kustannusten hillitsemiseksi.



Elinajanodote syntymähetkellä, vuotta

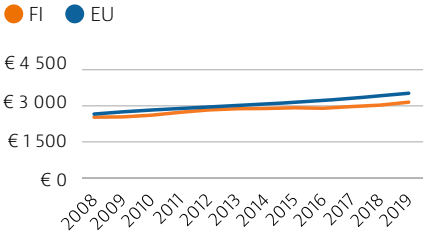
Terveydentila

Suomen väestön elinajanodote on viime vuosikymmenen aikana kasvanut EU:n keskiarvoa nopeammin. Suomi ja Tanska olivat ainoat EU-maat, joissa elinajanodote kasvoi vuonna 2020, joskin kasvu oli hyvin maltillista. Suomessa oli vuonna 2020 EU-maista vähiten ilmoitettuja covid-19-tartuntoja ja kuolemia.



Riskitekijät

Aikuisten päivittäinen tupakointi on Suomessa puolittunut vuodesta 2000. Myös alkoholin käyttö on vähentynyt viimeisten kahden vuosikymmenen aikana, joskin kausittainen runsas alkoholin käyttö on Suomessa edelleen yleisempää kuin EU:ssa keskimäärin. Nuorten tupakointi ja humalatilaan asti juomisen yleisyys noudattelevat EU:n keskiarvoa. Suomessa nuoret liikkuvat hieman enemmän kuin EU:ssa keskimäärin, mutta silti yli 80 prosenttia suomalaisnuorista ei liiku riittävästi päivittäin.



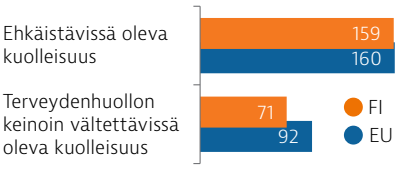
BKT asukasta kohti
(€, ostovoimapariteetilla korjattuna)

Terveysjärjestelmä

Terveydenhuoltomenot asukasta kohti kasvoivat Suomessa hieman vuosina 2013–2019. Ne nousivat 3 150 euroon vuonna 2019 ja olivat siten yli kymmenen prosenttia EU:n keskiarvon (3 520 euroa) alapuolella. Terveydenhuoltomenojen osuus Suomen BKT:stä on 9,2 prosenttia eli lähes yhden prosenttiyksikön EU:n keskiarvon (9,9 %) alapuolella. Julkinen rahoitus kattaa kaikista terveydenhuoltomenoista 78 prosenttia, mikä on hieman vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin (80 %). Vuosina 2020 ja 2021 hallitus lisäsi rahoitusta neljällä miljardilla eurolla covid-19-pandemian johdosta.

Vaikuttavuus

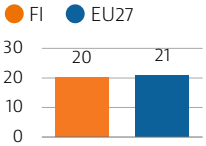
Kuolleisuus hoidettavissa oleviin sairauksiin oli Suomessa vuonna 2018 EU:n keskiarvoa vähäisempää. Se osoittaa, että terveydenhuoltojärjestelmä toimii hyvin, silloin kun on kyse sellaisten ihmisten pelastamisesta, joilla on mahdollisesti kuolemaan johtava sairaus. Sen sijaan kuolleisuus, joka olisi ollut vältettävissä ehkäisevillä toimilla, oli lähellä EU:n keskiarvoa.



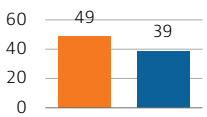
län mukaan vakioitu kuolleisuus
100 000:ta asukasta kohti, 2018

Saavutettavuus

Covid-19-pandemian: 12 ensimmäisen kuukauden aikana 20 prosentilla suomalaisista oli heidän oman ilmoituksensa perusteella tyydyttymätöntä lääketieteellisen hoidon tarvetta, mikä on lähellä EU:n keskiarvoa. Kuten monissa muissa EU-maissa, etävastaanottojen käyttö lisääntyi pandemian aikana nopeasti, jotta hoitoon oli edelleen mahdollista päästä pandemiasta huolimatta.



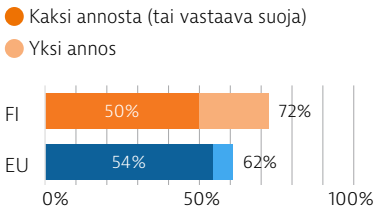
Niiden osuus (%), jotka eivät saaneet kaikkea tarvitsemaansa lääketieteellistä hoitoa ensimmäisen pandemiavuoden aikana



Pandemian ensimmäisten 12 kuukauden aikana etäasiointia käyttäneiden osuus (%)

Muutosjoustavuus

Suomi noudatti covid-19-viruksen torjunnassa hybridistrategiaa, joka perustui kohdennettuihin rajoituksiin ja vahvaan testaus- ja jäljitysjärjestelmään.. Elokuun 2021 loppuun mennessä yli 70 prosenttia väestöstä oli saanut ensimmäisen rokoteannoksen mutta vain 50 prosenttia oli saanut kaksi annosta tai vastaavan suojan.



Elokuun 2021 loppuun mennessä COVID-19-rokotuksen saaneiden osuus koko väestöstä

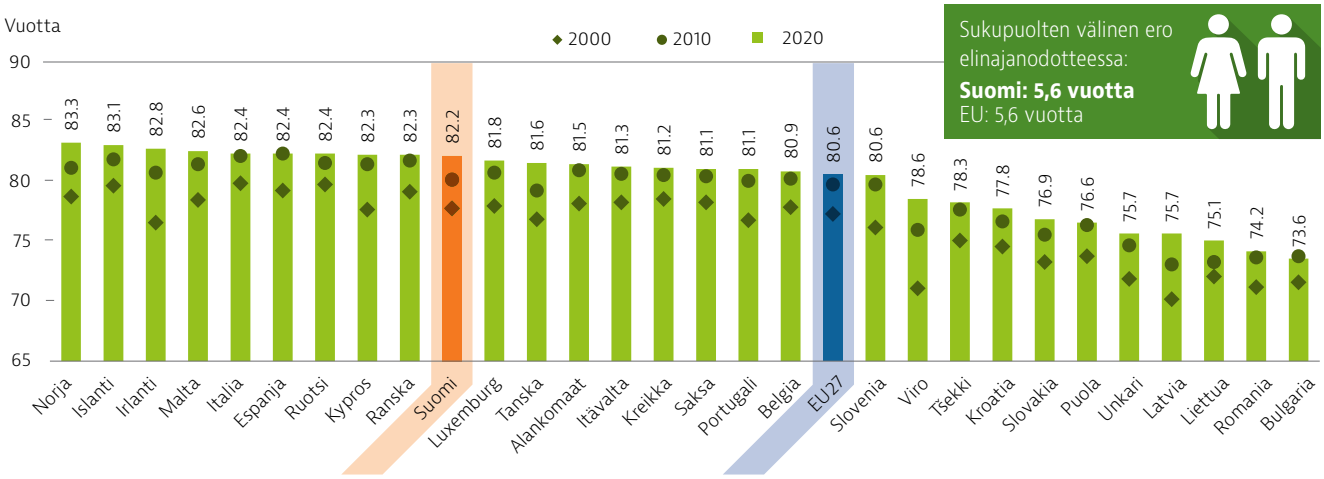
2 Suomen terveystilanne

Elinajanodote parempi kuin EU:ssa keskimäärin

Elinajanodote kasvoi Suomessa vuosien 2000 ja 2020 välillä yli neljällä vuodella ja ylittää nyt EU:n keskiarvon 1,6 vuodella (kuvio 1). Suomi ja Tanska olivat ainoat EU-maat, joissa elinajanodote kasvoi vuonna 2020 covid-19-pandemiasta huolimatta, vaikkakin kasvu oli Suomessa hyvin vaatimatonta (miehillä 0,1 vuotta ja naisilla 0,2 vuotta).

Sukupuolten välinen ero elinajanodotteessa on edelleen suuri ja vastaa EU:n keskiarvoa: vuonna 2020 naisten elinajanodote oli 85 vuotta eli 5,6 vuotta pidempi kuin miesten elinajanodote, joka oli 79,4 vuotta. Tämä johtuu ennen kaikkea alle 65-vuotiaiden suomalaisten miesten yleisistä sydän- ja verisuonitauteihin ja ulkoisiin syihin (muun muassa onnettomuuksiin ja itsemurhiin) liittyvistä kuolemista, jotka ovat tässä ryhmässä yli kolme kertaa yleisempiä kuin saman ikäryhmän naisilla.

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



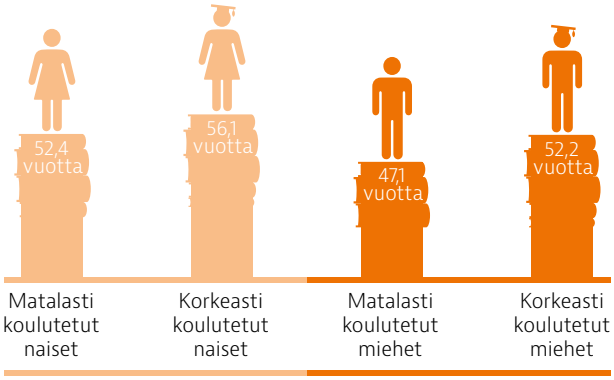
Huom. EU:n keskiarvo on painotettu. Irlannin tiedot koskevat vuotta 2019.
Lähde: Eurostatin tietokanta.

Sosiaalinen eriarvoisuus elinajanodotteessa on suurta

Suomessa elinajanodotteessa on sekä sukupuoleen että sosioekonomiseen asemaan liittyvää eriarvoisuutta. Matalimmin koulutettujen 30-vuotiaiden miesten elinajanodote oli vuonna 2017 yli viisi vuotta alhaisempi kuin korkeimmin koulutettujen. Tämä koulutustasoon liittyvä ero keskimääräisessä eliniässä oli naisilla pienempi eli 3,6 vuotta (kuvio 2). Matalimmin ja korkeimmin koulutettujen naisten välinen ero kuitenkin kasvoi kymmenen viime vuoden aikana (lähes 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 lihavuus (ks. kohta 3). Koulutukseen liittyvä ero elinajanodotteessa on myös kytköksissä tulo- ja elintasoeroihin, jotka voivat vaikuttaa altistumiseen muille riskitekijöille ja terveydenhuollon palveluihin pääsyyn.

Kuvio 2. Koulutukseen liittyvä ero elinajanodotteessa on miehillä 5,1 vuotta ja naisilla 3,6 vuotta



Koulutukseen liittyvä ero elinajanodotteessa 30 vuoden iässä:

Suomi:	3,6 vuotta	Suomi:	5,1 vuotta
EU18:	3,4 vuotta	EU18:	6,9 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 2017).

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

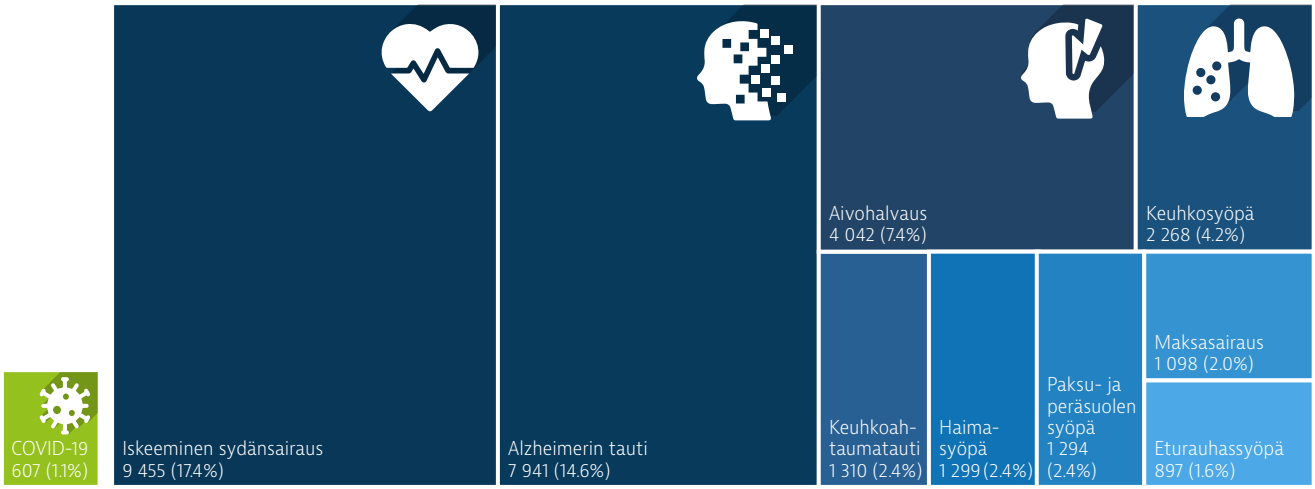
Elinajanodotteen paraneminen Suomessa vuodesta 2000 lähtien on johtunut pääasiassa siitä, että sydän- ja verisuonisairauksien – erityisesti iskeemisten sydänsairauksien (jotka ovat edelleen yleisin kuolemansyy) ja myös aivohalvausten – aiheuttamat kuolemat ovat vähentyneet.

Alzheimerin taudista johtuva kuolleisuus on tällä ajanjaksolla lisääntynyt merkittävästi, minkä seurauksena se on nyt yksi yleisimmistä kuolemansyistä (kuvio 3). Tähän ovat kuitenkin osittain syynä aiempaa parempi diagnosointi ja muutokset kuolemansyyn rekisteröimiskäytännöissä. Suomessa kuolleisuus Alzheimerin tautiin on yleisempää kuin missään muussa EU-maassa mutta kuolleisuus keuhkokuumeeseen on vähäisintä kuolemansyyn rekisteröimiskäytäntöjen muuttumisen[1] jälkeen.

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

Vuonna 2020 covid-19-tauti aiheutti Suomessa noin 600 kuolemaa (1,1 % kaikista kuolemista). Vuoden 2021 kahdeksan ensimmäisen kuukauden aikana (elokuun loppuun mennessä) kuolemantapauksia kirjattiin vielä 400 lisää. Useimmat näistä kuolleista olivat iäkkäitä henkilöitä. Covid-19-taudista johtuva kuolleisuus oli Suomessa elokuun 2021 loppua edeltävänä aikana EU-maiden alhaisin (185 kuolemaa miljoonaa asukasta kohti, kun EU:n keskiarvo oli 1 590 kuolemaa), vaikkakin se oli hieman korkeampi kuin Norjassa ja Islannissa.

Kuvio 3. Iskeemiset sydänsairaudet, Alzheimerin tauti ja aivohalvaus ovat yleisimmät kuolemansyyt



Huom. Tiedot covid-19-taudin aiheuttamien kuolemien määrästä ja osuudesta koskevat vuotta 2020, ja tiedot muiden syiden aiheuttamien kuolemien määrästä ja osuudesta koskevat vuotta 2018. Covid-19-taudin aiheuttamien kuolemien lukumäärää kuvaava laatikko on suhteutettu muihin yleisimpiin kuolemansyihin, joita koskevat tiedot ovat vuodelta 2018. Lähteet: Eurostat (kuolemansyyt vuonna 2018) ja Euroopan tautienehkäisy- ja valvontakeskus (covid-19-taudin aiheuttamat kuolemat vuonna 2020 viikolle 53 saakka).

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

Vuonna 2019 yli kaksi kolmasosaa (68 %) suomalaisista koki oman terveytensä hyväksi, mikä vastaa EU:n keskiarvoa. Kuten muissakin maissa, matalan tulotason ryhmässä on kuitenkin huomattavasti epätodennäköisempää, että siihen kuuluvat kokevat terveytensä hyväksi: vain 54 prosenttia matalimman tulotason ryhmässä kokee terveytensä hyväksi, kun taas korkeimman tulotason ryhmässä heitä on 81 prosenttia. Tämä ero on suurempi kuin muissa Pohjoismaissa ja EU:ssa keskimäärin, mikä viittaa siihen, että Suomessa terveyskäyttäytymisen sosioekonomiset erot ovat suurempia.

Suomessa lähes joka toisella aikuisella on krooninen sairaus ja eriarvoisuus on suurta

Euroopan tulo- ja elinolo -tutkimuksen (EU-SILC) mukaan vuonna 2019 lähes puolet (49 %) kaikista aikuisista kertoi sairastavansa ainakin yhtä kroonista sairautta, mikä on huomattavasti enemmän kuin EU:ssa keskimäärin (36 %). Kuten terveydentilansa hyväksi ja huonoksi arvioivien keskuudessa, myös kroonisten sairauksien yleisyydessä on tulotasoon liittyviä eroja: 55 prosenttia matalimman tulotason ryhmään kuuluvista aikuisista kertoi sairastavansa vähintään yhtä kroonista sairautta, kun korkeimman tulotason ryhmässä tämä osuus oli 42 prosenttia.

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

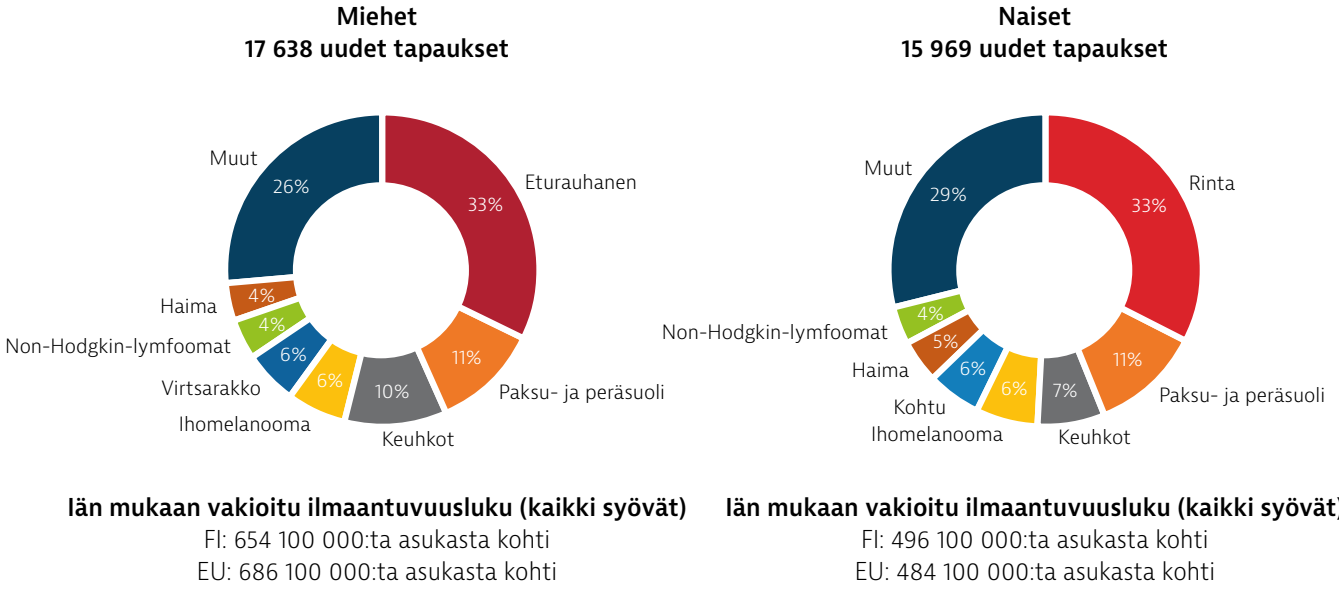
Sosiaali- ja terveysministeriö esitti huhtikuussa 2021 toimeenpanosuunnitelman, jonka tavoitteena on vähentää terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää eriarvoisuutta Suomessa. Suunnitelma sisältää yhteensä 144 toimenpidettä, ja ne on tarkoitus toteuttaa vuoteen 2030 mennessä. Yksi suunnitelman keskeisistä tavoitteista on tukea ihmisten työ- ja opiskelukykyä. Toimeenpanosuunnitelman toteutumista seuraa kansanterveyden neuvottelukunta.

Suomessa syövän esiintyvyys on lähellä EU:n keskiarvoa

EU:n Yhteinen tutkimuskeskus (Joint Research Centre JRC) ennusti aiempien vuosien ilmaantuvuuden perusteella, että vuonna 2020 Suomessa todettaisiin noin 33 000 uutta syöpätapausta ja syöpään kuolisi noin 13 000 ihmistä. Iän mukaan vakioidun syövän ilmaantuvuusluvun odotettiin olevan miehillä hieman EU:n keskiarvoa alhaisempi ja naisilla hieman korkeampi. Syövän ilmaantuvuus on lisääntynyt kaikissa ikääntyvissä yhteiskunnissa, mutta Suomessa se näyttää pysyneen viime vuosina vakaana.

Miesten yleisimmät syövät ovat eturauhassyöpä, paksu- ja peräsuolen syöpä sekä keuhkosyöpä, kun taas naisilla yleisin syöpä on rintasyöpä ja sen jälkeen paksu- ja peräsuolen syöpä sekä keuhkosyöpä (kuva 4). Kansallista syöpäseulontaohjelmaa on tarkoitus laajentaa tulevina vuosina (ks. kohta 5.3).

Kuvio 4. Noin 33 000 suomalaisen arvioitiin saavan syöpädiagnoosin vuonna 2020



Huom. Luvut eivät sisällä muita ihosyöpätapauksia kuin melanooman. Kohtusyöpä ei sisällä kohdunkaulan syöpää.
Lähde: Eurooppalainen syöpätietojärjestelmä.

3 Riskitekijät

Suomessa yli kolmannes kuolemista voidaan selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä

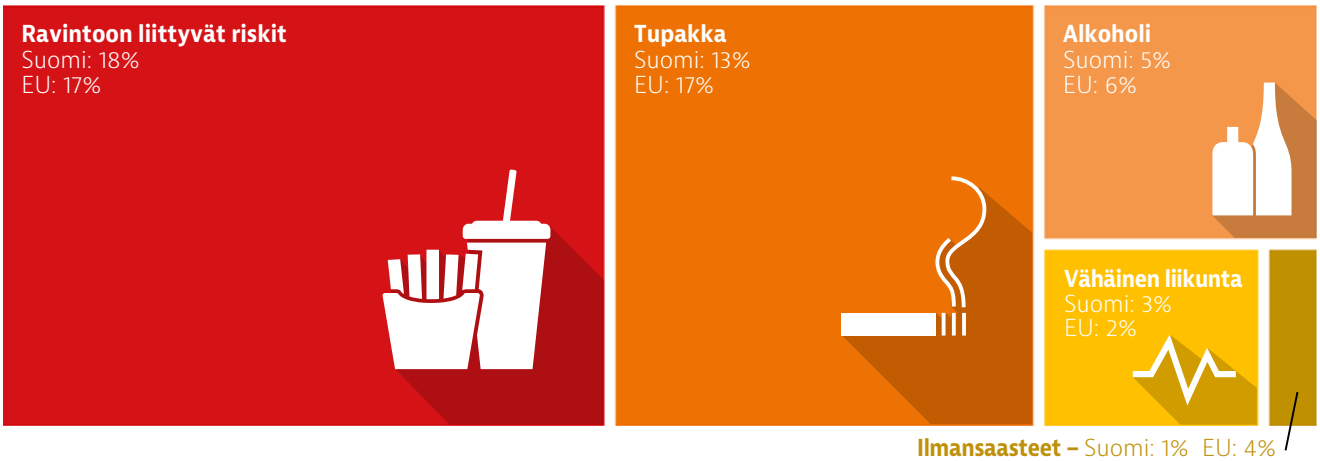
Arvioiden mukaan Suomessa 35 prosenttia kuolemista voidaan selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä, kuten ravintoon liittyvillä riskeillä, tupakoinnilla, alkoholin käytöllä ja liikkumattomuudella (kuvio 5). Tämä osuus on alle EU:n keskiarvon, mutta syyn mukainen jakauma osoittaa, että käyttäytymiseen liittyvien eri riskien välillä on eroja koko EU:hun verrattuna. Pienhiukkasten (PM2.5) muodossa esiintyvät ilmansaasteet ja otsonille altistuminen aiheuttivat Suomessa noin yhden prosentin kaikista kuolemista vuonna 2019, mikä on huomattavasti EU:n keskiarvoa vähemmän.

Tupakointi ja alkoholin käyttö ovat vähentyneet

Noin 11 prosenttia aikuisista tupakoi päivittäin vuonna 2019. Päivittäin tupakoivien osuus on pienentynyt vuodesta 2000, jolloin se oli 23 prosenttia, ja on nyt selkeästi alle EU:n keskiarvon (20 %). Myös alkoholin käyttö on vähentynyt vuodesta 2005, ja sitä käytettiin vuonna 2019 vähemmän kuin useimmissa muissa EU-maissa (kuvio 6).

Teini-ikäisten ryhmässä 25 prosenttia 15-vuotiaista ilmoitti vuonna 2018 olleensa humalassa useammin kuin kerran elämässään. Heidän osuutensa on pienentynyt vuosikymmenen takaisesta mutta on silti hieman EU:n keskiarvoa (22 %) suurempi. Teini-ikäisten tupakointi ja alkoholin käyttö ovat vähentyneet merkittävästi

Kuvio 5. Suomessa yli kolmannes kuolemista voidaan selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä



Huom. Näihin riskitekijöihin liittyvien kuolemien kokonaismäärä on pienempi kuin yksittäisiin riskitekijöihin liittyvien kuolemien summa, koska yhteen kuolemaan voi liittyä useita riskitekijöitä. Ravintoon liittyvissä riskeissä on 14 osatekijää, kuten vähäinen hedelmien ja vihannesten syöminen sekä sokeroitujen virvoitusjuomien runsas käyttö. Ilmansaasteilla tarkoitetaan kokoluokkaan PM2.5 kuuluvia pienhiukkasia ja otsonia.
Lähteet: IHME (2020), Global Health Data Exchange (arviot koskevat vuotta 2019).

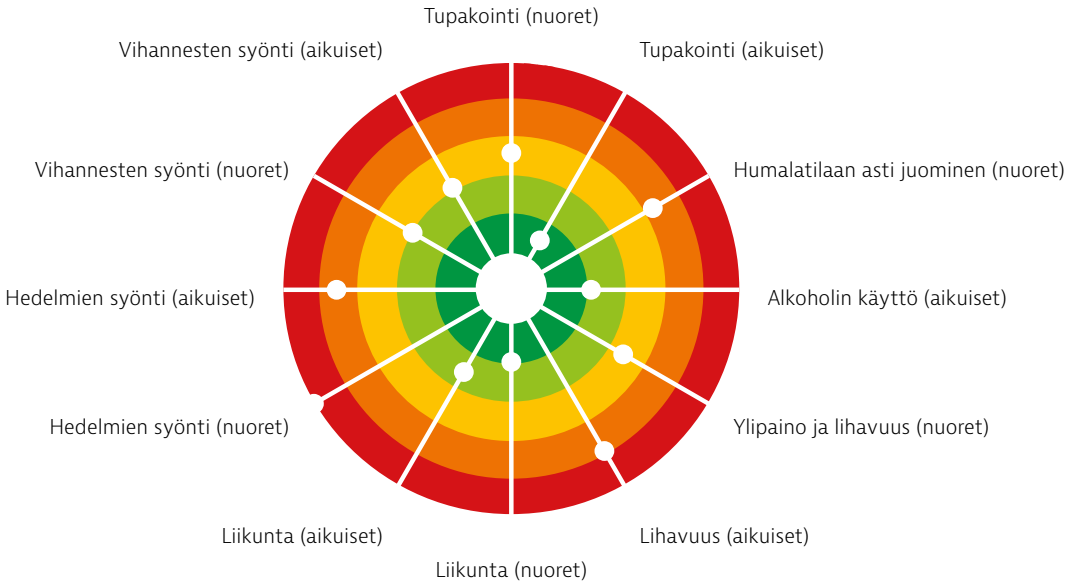
kymmenen viime vuoden aikana sen jälkeen, kun kouluissa annettavaa terveyskasvatusta parannettiin ja tupakan ja alkoholin myyntiä koskevia ikärajoja alettiin valvoa tiukemmin.

Ylipaino ja lihavuus ovat yleistymässä suomalaisten aikuisten ja nuorten keskuudessa

Vuonna 2019 yksi viidestä suomalaisesta aikuisesta (20 %) oli oman ilmoituksensa mukaan lihava, kun vuonna 2000 tämä osuus oli 11 prosenttia. Lihavien osuus on tällä hetkellä suurempi kuin useimmissa EU-maissa.

HBSC-tutkimuksen mukaan vuonna 2018 lähes viidennes (19 %) 15-vuotiaista oli ylipainoisia tai lihavia, mikä vastaa EU:n keskiarvoa. Rekistereihin perustuvien kansallisten lähteiden mukaan ylipainoisten ja lihavien osuus oli suuri ja kasvoi vuosina 2014–2019. Vuonna 2019 ylipainoisten ja lihavien osuus 2–6-vuotiailla pojilla oli 24 prosenttia, kun taas samanikäisillä tytöillä tämä osuus oli 15 prosenttia. Poikien ylipaino ja lihavuus oli yleisempää myös 7–12-vuotiailla ja 13–16-vuotiailla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020).

Kuvio 6. Lihavuus on Suomessa merkittävä kansanterveysongelma



Huom. Mitä lähempänä piste on keskustaa, sitä parempi maan tilanne on verrattuna muihin EU-maihin. Yksikään maa ei ole valkoisella "tavoitealueella", vaan kaikilla mailla on kaikilla osa-alueilla parantamisen varaa.
Lähteet: OECD:n laskelmat, jotka perustuvat nuoria koskevien indikaattorien osalta vuosien 2017 ja 2018 HBSC-tutkimukseen ja aikuisia koskevien indikaattorien osalta OECD:n terveystilastoihin sekä vuosien 2014 ja 2019 eurooppalaiseen terveyshaastattelututkimukseen (EHIS-tutkimukseen).

4 Terveysjärjestelmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä keskittäminen lisääntyy

Suomen terveysjärjestelmää hallinnoidaan tällä hetkellä kansallisella ja paikallisella tasolla. Kansallisella tasolla sosiaali- ja terveysministeriö vastaa terveydenhuollon uudistusten ja terveyspolitiikkojen yleisestä johtamisesta, kehittämisestä ja toteuttamisesta. Tukenaan sillä on laaja neuvoa-antavien asiantuntijaelinten verkosto, joka tuottaa tietoa päätöksentekoa varten. Paikallistasolla kunnat (joita oli Manner-Suomessa yhteensä 293 vuonna 2021) vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnat ovat muodostaneet 20 sairaanhoitopiiriä. Kaikki hallinnon tasot osallistuivat covid-19-pandemian hallintaan ja hallintatoimien täytäntöönpanoon (laatikko 1).

Perinteisesti laajamittainen hajauttaminen on mahdollistanut sen, että terveysjärjestelmä on pystynyt mukautumaan hajallaan asuvan väestön tarpeisiin, mutta järjestelmää on arvosteltu laajasti siitä, että se aiheuttaa eriarvoisuutta ja tehottomuutta. Vuosien kehitystyön jälkeen eduskunta hyväksyi merkittävän hallintouudistuksen kesäkuussa 2021. Sen myötä Suomeen perustettiin 21 hyvinvointialuetta syyskuussa 2021. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyy näille hyvinvointialueille ja Helsingin kaupungille vuonna 2023. Palveluntuottamisjärjestelyjä muuttamalla pyritään vähentämään eriarvoisuutta, parantamaan palvelujen laatua ja saatavuutta sekä hillitsemään kustannusten kasvua.

Laatikko 1. Suomessa paikallis- ja alueviranomaisille annettiin mahdollisuus määrätä toimenpiteitä pandemian hallitsemiseksi

Helmikuussa 2020 perustettiin eri ministeriöiden, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja valtioneuvoston kanslian edustajista koostuva COVID-19-koordinaatioryhmä suunnittelemaan, toteuttamaan ja koordinoimaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteitä. Aluehallintovirastoilla ja kuntien tartuntatautiviranomaisilla oli keskeinen rooli toimenpiteiden täytäntöönpanossa.

Hallitus on huhtikuusta 2020 lähtien noudattanut ns. hybridistrategiaa, joka perustuu laajojen rajoitusten sijaan kohdennettuihin rajoituksiin sekä vahvaan testaus- ja jäljitysjärjestelmään. Strategian mukaisesti helmikuussa 2021 hyväksyttiin tartuntatautilakiin tehtävät muutokset, joiden nojalla paikallis- ja alueviranomaiset voivat toteuttaa ennakoivia lisätoimenpiteitä covid-19-viruksen leviämisen estämiseksi. Viranomaiset voivat esimerkiksi ottaa käyttöön elinkeino- ja vapaa-ajantoimintaa koskevia alueellisia rajoituksia, toimenpiteitä voidaan toteuttaa vaiheittain, ja niitä voidaan tiukentaa tai lieventää epidemiologisen tilanteen mukaan.

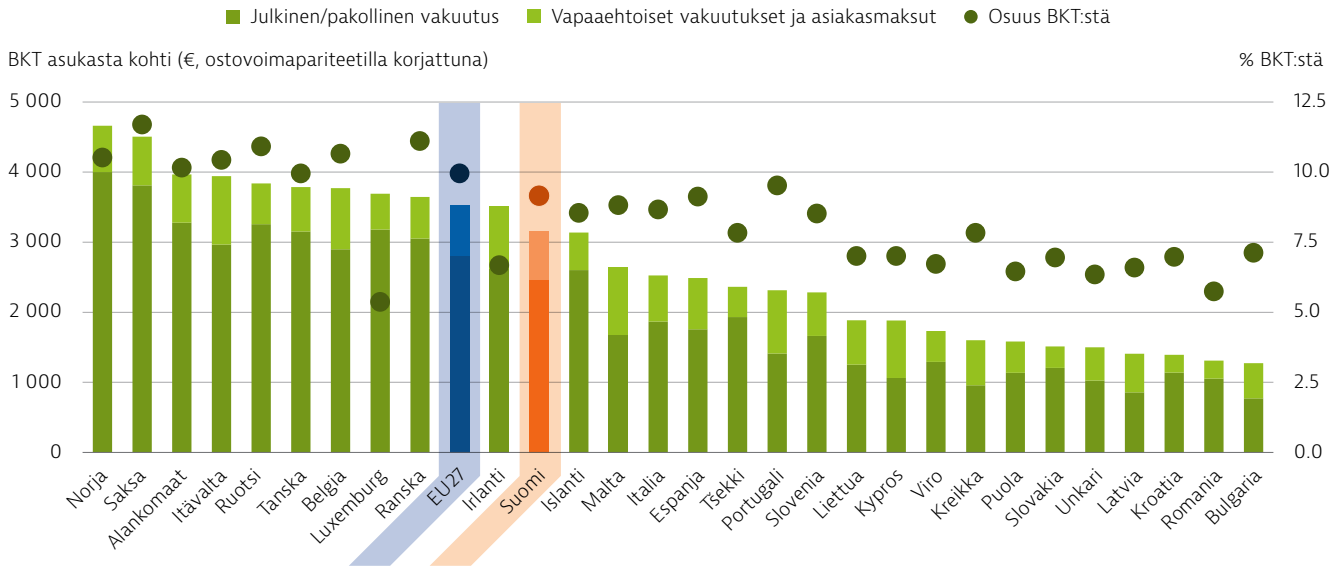
Lähde: COVID-19 Health Systems Response Monitor.

Terveydenhuoltomenot olivat maltillisessa kasvussa ennen covid-19-pandemiaa

Vuonna 2019 terveydenhuoltomenojen osuus Suomen BKT:stä oli 9,2 prosenttia, kun EU:n keskiarvo oli 9,9 prosenttia. Myös henkilöä kohti käytetyt terveydenhuoltomenot (3 153 euroa, luku on korjattu ottamalla huomioon erot ostovoimassa) olivat Suomessa EU:n keskiarvoa (3 521 euroa) ja muiden Pohjoismaiden menoja pienemmät (kuvio 7). Vuosina 2013–2019 terveydenhuoltomenot kasvoivat Suomessa hitaammin kuin useimmissa EU-maissa.

Vuonna 2019 yli viidesosa terveydenhuoltomenoista rahoitettiin yksityisistä lähteistä, enimmäkseen asiakasmaksuilla (ks. kohta 5.2). Vapaaehtoisten sairausvakuutusten kattama osuus on suhteellisen pieni, alle viisi prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista.

Kuvio 7. Suomessa terveydenhuoltomenot ovat pienemmät kuin EU:ssa keskimäärin



Huom. EU:n keskiarvo on painotettu.
Lähde: OECD:n terveystilastot 2021 (tiedot vuodelta 2019 lukuun ottamatta Maltaa, jonka tiedot ovat vuodelta 2018).

Hallitus antoi kunnille ja sairaanhoitopiireille lisärahoitusta vuosina 2020 ja 2021 covid-19-pandemian johdosta (laatikko 2).

Avohoito on terveydenhuoltomenojen suurin luokka

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän suurin menoerä vuonna 2019 oli avohoito, jonka osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli 39 prosenttia (kuvio 8). Sairaalahoidon osuus kokonaismenoista oli lähes neljännes (24 %), pitkäaikaishoidon 17 prosenttia, lääkkeiden ja lääkinnällisten laitteiden 15 prosenttia ja ennaltaehkäisyn osuus 4 prosenttia. Vaikka ennaltaehkäisyn osuus oli pieni suhteessa kokonaismenoihin, ennaltaehkäisyyn henkilöä kohti käytetyt menot olivat Suomessa EU-maiden suurimpia.

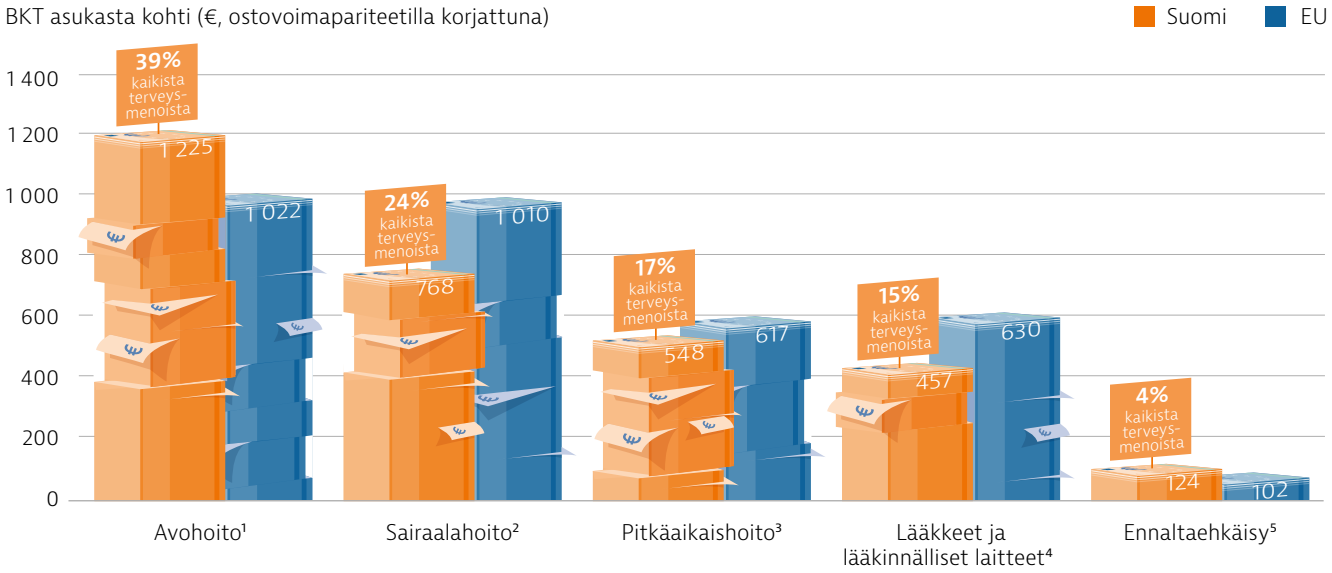
Laatikko 2. Rahoitusta lisättiin covid-19-pandemian johdosta muun muassa viivästyneen hoidon tarjoamiseksi

Vuoden 2020 talousarviota muutettiin covid-19-pandemian seurauksena muun muassa sisällyttämällä siihen noin 1,5 miljardia euroa kunnille tarjottavaa taloudellista tukea korvauksena menetetyistä verotuloista ja julkisten palvelujen ylläpitämiseksi. Lisäksi Suomen hallitus käytti vuosina 2020 ja 2021 noin kaksi miljardia euroa covid-19-pandemian välittömien kustannusten kattamiseen, ja vuosina 2021–23 on tarkoitus käyttää vielä 450 miljoonaa euroa lisää pandemiasta johtuvan hoitovelan aiheuttamien lisäkustannusten kattamiseen.

Vuonna 2020 kunnille ja sairaanhoitopiireille korvattiin valtionrahoituksella kaikki covid-19-pandemiaan liittyvät kustannukset, joita syntyi esimerkiksi palvelujen tuottamisesta, henkilönsuojainten, diagnostiikkavälineiden, lääkinnällisten laitteiden ja lääkkeiden hankinnasta, testauksesta ja jäljityksestä, asiantuntijavirastojen, kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen (Fimea), toiminnasta sekä psykososiaalisen tuen tarjoamisesta. Vuonna 2021 kunnat saavat noin kahdeksan prosenttia enemmän rahaa kuin vuoden 2020 yleisessä talousarviossa.

Lähde: COVID-19 Health Systems Response Monitor.

Kuvio 8. Suomessa avohoitopalveluihin käytetään huomattavasti enemmän rahaa kuin sairaalahoitoon



Huom. Ei sisällä terveydenhuollon hallintomenoja. 1. Sisältää kotihoidon ja oheispalvelut (esim. potilaskuljetukset). 2. Sisältää hoidon ja kuntoutuksen sairaalassa ja muissa hoitopaikoissa. 3. Sisältää vain terveydenhuolto-osan. 4. Sisältää vain avohoidon osuuden. 5. Sisältää ainoastaan järjestelmällisiin ehkäisyohjelmiin käytetyt menot. EU:n keskiarvo on painotettu. Lähteet: OECD:n terveystilastot 2021, Eurostatin tietokanta (tiedot vuodelta 2019).

Terveydenhuoltopalvelujen kattavuus vaihtelee

Kaikki Suomessa vakituisesti asuvat henkilöt kuuluvat kunnallisen terveydenhuollon piiriin. Kunnallinen terveydenhuolto kattaa laajasti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Turvapaikanhakijat eivät kuulu kunnallisen terveydenhuollon piiriin, mutta he voivat päästä hoitoon vastaanottokeskusten kautta. Paperittomat siirtolaiset voivat saada kiireellistä hoitoa julkisilta palveluntarjoajilta, mutta he voivat joutua itse maksamaan hoidon kustannukset. Kunnallisten palvelujen lisäksi kansallinen sairausvakuutusjärjestelmä kattaa osan lääkkeiden ja hammashoidon kustannuksista ja eräistä yksityisen sektorin asiakasmaksuista. Lisäksi työntekijöillä on mahdollisuus saada tiettyjä, yleensä perusterveydenhuollon tasoisia palveluja työterveyshuollon kautta, jolloin työnantajat määrittävät palvelujen laajuuden (noudattaen laissa säädettyjä vähimmäisvaatimuksia). Työterveyshuolto muodostaa rinnakkaisen järjestelmän: se tarjoaa työssä oleville maksuttomia palveluja ja nopeamman pääsyn hoitoon, kun taas kunnallisen terveydenhuollon käyttäjät joutuvat maksamaan omavastuuosuuksia ja odottamaan hoitoon pääsyä pidempään (Tervola ym., 2021).

Asiakasmaksuja sovelletaan suureen osaan palveluista

Valtaosaan kunnallisista palveluista (perusterveydenhuollon palveluista, avo- ja sairaalahoidon erikoislääkäripalveluista ja päivystyspoliklinikkapalveluista) ja lääkkeistä sovelletaan merkittäviä asiakasmaksuja. Asiakasmaksujen ylärajoista säädetään laissa, ja ne tarkistetaan joka toinen vuosi, tosin kunnat voivat myös veloittaa palveluista ylärajaa vähemmän tai vapauttaa tietyt ryhmät asiakasmaksuista kokonaan. Tietyistä terveydenhuoltopalveluista ei peritä omavastuuosuutta. Näitä palveluja ovat muun muassa alle 18-vuotiaiden perusterveydenhuolto, lapsille annettavat rokotukset, äitiysneuvolat sekä tiettyjen tartuntatautien diagnosointi ja hoito. Lisäksi käytössä on kolme erillistä vuotuista ylärajaa (683 euroa kunnallisten palvelujen osalta, 580 euroa lääkkeiden osalta ja 300 euroa kuljetuskustannusten osalta vuonna 2021).

Sairaalapaikkojen määrä on vähentynyt, ja erikoissairaanhoito on keskitetty

Suomessa oli vuonna 2019 vähemmän sairaalapaikkoja kuin EU:ssa keskimäärin (3,4 sairaalapaikkaa tuhatta asukasta kohti, kun EU:n keskiarvo oli 5,3), mutta määrä on silti suurempi kuin muissa Pohjoismaissa. Sairaalapaikkojen määrä on vähentynyt yli puolella vuodesta 2000. Sairaalainfrastruktuuriin on viime vuosina tehty rakennemuutoksia, joiden tarkoituksena on ollut keskittää suuri osa erikoissairaanhoidon palveluista viiteen yliopistosairaalaan (joihin on keskitetty usean alan erikoisosaamista vaativa ympärivuorokautinen hoito) ja kahdeksaan muuhun suureen sairaalaan. Loppujen pienempien sairaaloiden palveluvalikoima on rajallisempi.

Suomessa on vähemmän lääkäreitä kuin EU:ssa keskimäärin mutta sairaanhoitajien määrä on EU:n suurin

Suomessa on vähemmän lääkäreitä kuin EU:ssa keskimäärin (3,2 lääkäriä tuhatta asukasta kohti, kun EU:n keskiarvo on 3,8) mutta sairaanhoitajien määrä on EU:n suurin (14,3 sairaanhoitajaa tuhatta asukasta kohti, kun EU:n keskiarvo on 8,9), joskin tuoreimmat saatavilla olevat tiedot Suomen terveydenhuoltohenkilöstöstä ovat vuodelta 2014.

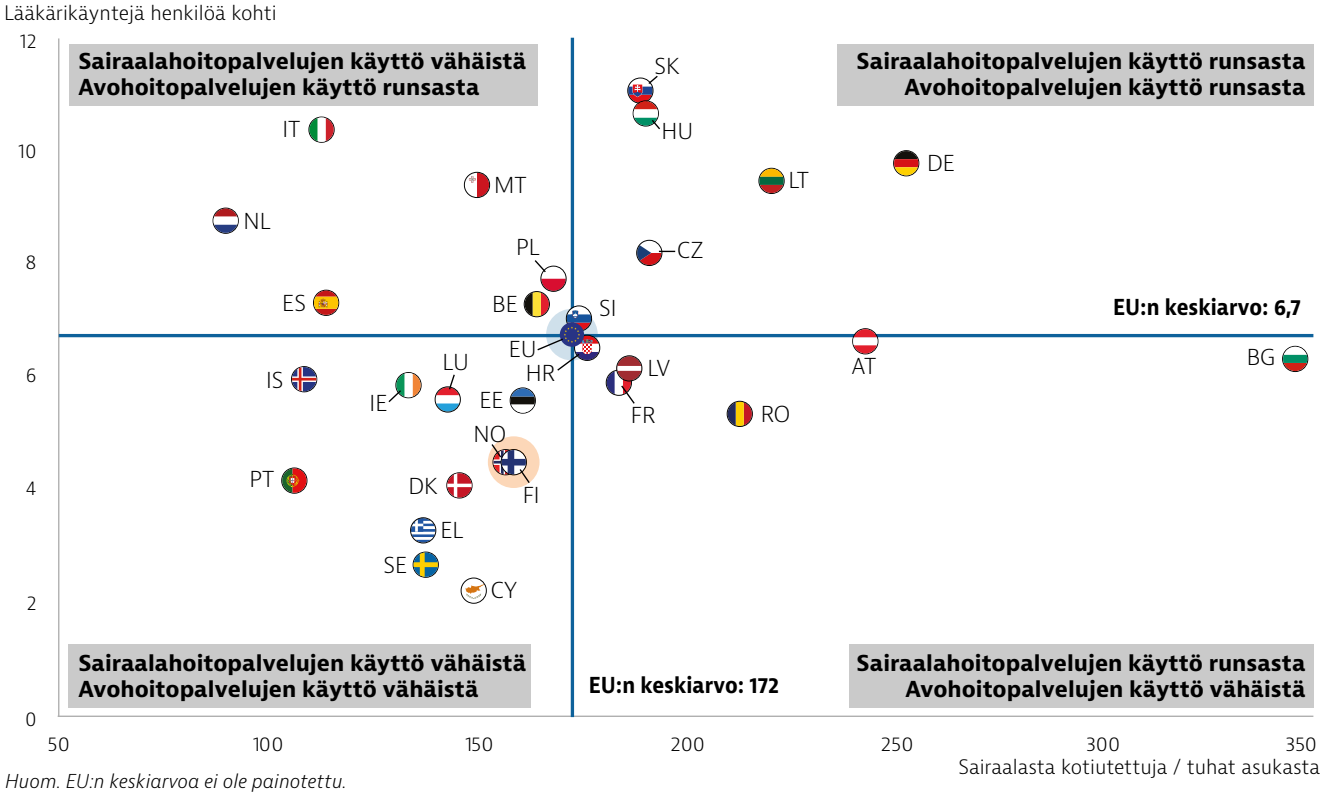
Tuoreemmista koulutustiedoista käy ilmi, että lääkärintutkinnon suorittaneiden määrä pysyi melko

vakaana vuosina 2010–2019, kun taas valmistuneiden sairaanhoitajien määrä kasvoi samalla ajanjaksolla yli kolmanneksella. Sairaanhoitajien tehtävänkuva on viime vuosina laajentunut, ja siihen kuuluvat nyt potilasvastaanotto akuuteissa ja kroonisissa terveysongelmissa, lääkkeenmääräämisoikeus ja hoidon koordinointi perusterveydenhuollossa, avohoidon potilasvastaanotto sekä vaativat tehtävät leikkaussaleissa (Ensio ym., 2019).

Avo- ja sairaalahoitopalveluja käytetään Suomessa vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin

Suomessa terveyspalveluja käytetään vähemmän kuin muissa EU-maissa. Suomessa kirjattiin vuonna 2019 keskimäärin 4,4 lääkärikäyntiä henkilöä kohti, kun EU:n keskiarvo oli 6,7 käyntiä (joskin Suomessa sairaanhoitajan vastaanotot korvaavat osan lääkärikäynneistä). Sairaalasta kotiutettujen potilaiden määrä oli 158 potilasta tuhatta asukasta kohti EU:n keskiarvon ollessa 172 potilasta. Palvelujen käyttö on kuitenkin samalla tasolla kuin muissa Pohjoismaissa (kuvio 9). Odotusajat ovat edelleen pitkiä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, erityisesti kun on kyse ihmisistä, jotka eivät ole oikeutettuja työterveyshuoltoon, kuten työttömistä ja eläkeläisistä (ks. kohta 5.2). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksella pyritään ratkaisemaan hoitoon pääsyn ongelmia sekä parantamaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä terveys- ja sosiaalipalvelujen yhteensovittamista ja koordinointia.

Kuvio 9. Suomalaiset käyttävät terveydenhuoltopalveluja vähän



Huom. EU:n keskiarvoa ei ole painotettu.
Lähteet: OECD:n terveystilastot ja Eurostat (tiedot vuodelta 2019 tai lähimmältä vuodelta).

5 Terveysjärjestelmän toimintakyky

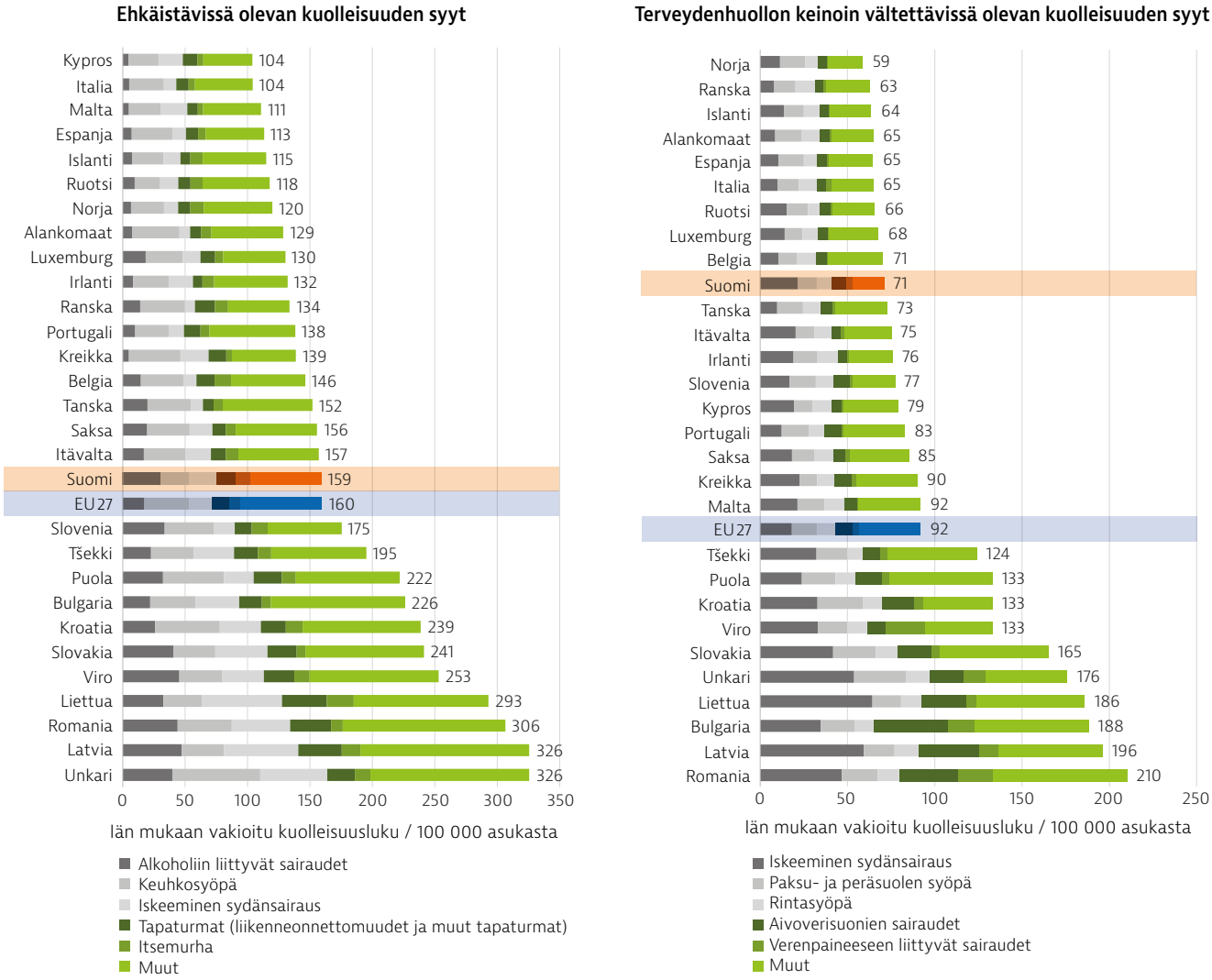
5.1 Vaikuttavuus

Ehkäistävissä oleva kuolleisuus on lähellä EU:n keskiarvoa mutta terveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus vähäisempää

Ehkäistävissä oleva kuolleisuus oli vuonna 2018 hieman alle EU:n keskiarvon. Ehkäistävissä olevan kuolleisuuden yleisimpiä syitä Suomessa ovat alkoholiin liittyvät kuolemat, keuhkosyöpä, iskeeminen sydänsairaus, tapaturmat (mukaan lukien liikenneonnettomuudet) ja itsemurha (kuvio 10).

Terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevassa kuolleisuudessa Suomen tulos on parempi. Tämä luku oli yli 20 prosenttia pienempi kuin EU:n keskiarvo, mikä osoittaa, että terveysjärjestelmä toimii hyvin henkeä uhkaavia sairauksia sairastavien ihmisten hengen pelastamisessa tarjoamalla oikea-aikaista ja laadukasta hoitoa. Yleisimpiä syitä terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevalle kuolleisuudelle ovat iskeeminen sydänsairaus, paksu- ja peräsuolen syöpä, rintasyöpä ja aivohalvaus. Ehkäistävissä olevien sairauksien aiheuttama ja terveydenhuollon keinoin vältettävissä kuolleisuus väheni noin 15 prosenttia vuosina 2011–2018.

Kuvio 10. Terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevien sairauksien kuolleisuusluvut ovat pieniä mutta ehkäistävissä olevien sairauksien suurempia



Huom. Ehkäistävissä olevalla kuolleisuudella tarkoitetaan kuolleisuutta, joka voidaan pääasiassa välttää kansanterveydellisillä ja perusterveydenhuollon ehkäisevillä toimilla. Terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevalla kuolleisuudella tarkoitetaan kuolleisuutta, joka voidaan pääasiassa välttää terveydenhuollon keinoilla, esimerkiksi seulonnoilla ja hoidolla. Joidenkin sairauksien (esimerkiksi iskeemisen sydänsairauden ja aivoverisuonien sairauksien) aiheuttamista kuolemista puolet olisi ehkäistävissä ja toinen puoli johtuu terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevasta kuolleisuudesta. Kumpikin indikaattori liittyy ennenaikaiseen (alle 75-vuotiaiden) kuolleisuuteen. Tiedot perustuvat tarkistettuihin OECD:n/Eurostatin luetteloihin.
Lähde: Eurostatin tietokanta (tiedot vuodelta 2018 lukuun ottamatta Ranskaa, jonka tiedot ovat 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 muun muassa tupakoinnin lopettamisohjelmat, tupakka-askien terveysvaroitukset, joukkoviestimissä järjestetyt julkiset tiedotuskampanjat ja tupakkatuotteiden korkea verotus. Nykyisen tupakkalain yleisenä tavoitteena on, että tupakan käyttö loppuu ja tupakka- tai nikotiinituotteita päivittäin käyttävien osuus aikuisväestöstä pienenee alle viiteen prosenttiin vuoteen 2030 mennessä (Savuton Suomi, 2021).

Ylipaino, lihavuus ja diabetes ovat lisääntymässä. Vuosina 2012–2018 toteutettiin lihavuuden torjuntaa koskeva kansallinen ohjelma, jonka yhteydessä järjestettiin tiedotus- ja viestintäkampanjoita ravitsemuksen parantamiseksi ja liikunnan lisäämiseksi sekä kansallisten, alueellisten ja paikallisten toimijoiden yhteistyön lisäämiseksi. Ohjelman tuloksia ei ole kuitenkaan vielä arvioitu (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019).

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 yhtiölle Alkolle monopoli yli 5,5 prosenttia alkoholia sisältävien alkoholijuomien vähittäismyyntiin ja

rajoitettu alkoholin myyntiaikoja niin vähittäiskaupassa kuin baareissa ja ravintoloissa. Näillä toimenpiteillä sekä alkoholiveron toistuvilla korotuksilla nuorten ja aikuisten alkoholin kokonaiskulutusta onnistuttiin vähentämään 18 prosenttia vuodesta 2007 vuoteen 2019. Tilastoitu alkoholin kulutus kasvoi vuonna 2020 hieman (0,4 prosenttia eli 8,2 litraan 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti), mutta tilastoimaton alkoholin kulutus väheni 1,1 litraan eli kolmanneksella, mikä oli seurausta tuonnin vähenemisestä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021a).

Myös laittomia huumausaineita (esimerkiksi LSD:tä, ekstaasia ja amfetamiineja) käytetään Suomessa yleisesti ottaen enemmän kuin monissa muissa EU-maissa, ja niiden käyttö on lisääntymässä. Huumausaineisiin liittyvien kuolemien määrä on EU:n suurimpia (72 kuolemaa miljoonaa 15–64-vuotiasta kohti vuonna 2018, kun EU:n keskiarvo oli 24 kuolemaa) (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus, 2020). Laittomien huumausaineiden käyttöön puuttuminen ei kuitenkaan ole ollut keskeisenä teemana kansanterveydestä käydyissä viimeaikaisissa keskusteluissa.

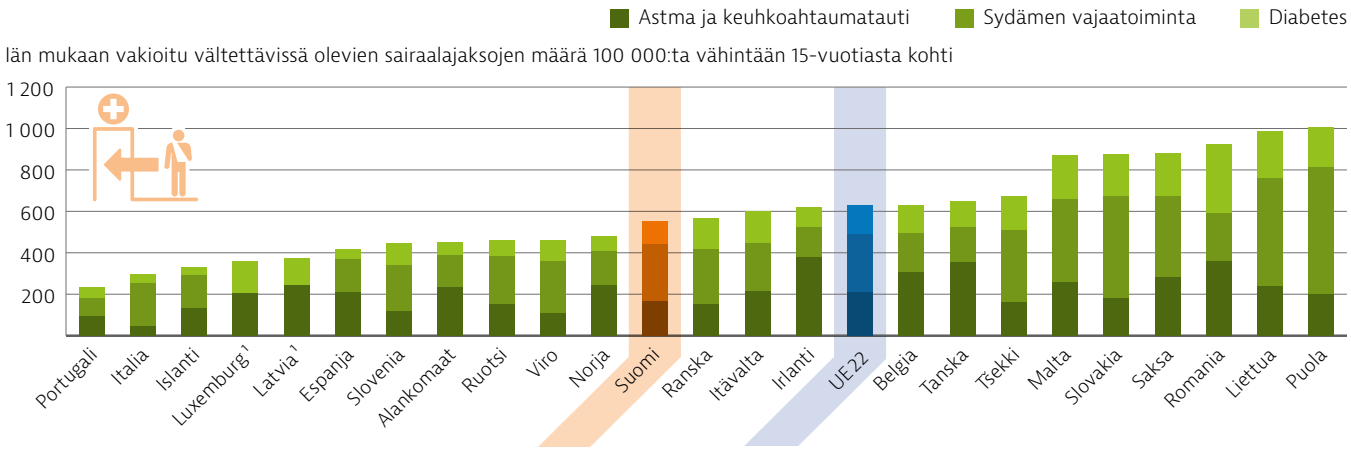
Rokotuskattavuus parani pandemian aikana

Influenssarokotuksen saaneiden osuus 65 vuotta täyttäneistä suomalaisista oli viime vuosikymmenellä alle 50 prosenttia aina vuoteen 2019 asti, mutta covid-19-pandemian aikana vuosina 2020 ja 2021 rokotuksen saaneiden osuus iäkkäämmästä väestöstä kasvoi viidellä prosenttiyksiköllä 52 prosenttiin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021b). Osuus on kuitenkin edelleen reilusti alle WHO:n 75 prosentin suosituksen.

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, kun taas sydämen vajaatoiminnan ja diabeteksen aiheuttamia jaksoja on suunnilleen EU:n keskiarvon verran (kuvio 11). Tämä osoittaa, että kroonisten sairauksien hoidossa sairaaloiden ulkopuolella on parantamisen varaa.

Kuvio 11. Kroonisten sairauksien aiheuttamia vältettävissä olevia sairaalahoitojaksoja voitaisiin edelleen vähentää



Huom. 1. Sydämen vajaatoimintaa koskevia tietoja ei ole saatavilla Latvian ja Luxemburgin osalta.
Lähde: OECD:n terveystilastot 2021 (tiedot vuodelta 2019 tai lähimmältä vuodelta).

Syövän hoito on yleisesti vaikuttavaa

Varhaisen diagnosoinnin ja vaikuttavien hoitojen ansiosta eri syöpiä (kuten rintasyöpää, kohdunkaulan syöpää tai paksu- ja peräsuolen syöpää) sairastavien potilaiden eloonjäämisaste on Suomessa korkeampi kuin useimmissa muissa EU-maissa (kuvio 12) ja syöpätautien aiheuttama kokonaiskuolleisuus on EU:n alhaisimpia (OECD/EU, 2020).

Suomessa on vakiintuneet kansalliset kohdunkaulan syövän ja rintasyövän seulontaohjelmat. Kohdunkaulan syövän seulontoihin osallistuneiden naisten osuus on yli 80 prosenttia ja rintasyövän seulontoihin osallistuneiden osuus yli 70 prosenttia kutsutuista – molemmat selvästi yli EU:n keskiarvon (58 % näiden kahden syöpäseulonnan osalta). Lisäksi Suomi tarjoaa mahdollisuuden papilloomaviruksen testaamiseen kohdunkaulan syövän havaitsemiseksi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Paksu- ja peräsuolen syövän seulontaohjelma käynnistettiin alueellisesti 2010-luvulla ja valtakunnallisesti vuonna 2022 (60–68-vuotiaat), ja se otetaan koko laajuudessaan käyttöön vuonna 2031, jolloin se kattaa 56–74-vuotiaat.

Suomessa on niin ikään kiinnitetty erityistä huomiota siihen, että syövän hoidon parissa työskentelevien terveydenhoidon ammattilaisten erikoistumista edistetään lisensointi- ja sertifiointijärjestelmien avulla. Vuodesta 2018 on ollut toiminnassa uusi kansallinen syöpäkeskus, jonka tarkoituksena on parantaa syöpähoidon ja ¬tutkimuksen koordinointia ja edistää yhtäläistä pääsyä syöpähoitoihin.

Kuvio 12. Syöpää sairastavien eloonjäämisasteet ylittävät EU:n keskiarvon useimpien syöpämuotojen osalta

Eturauhassyöpä	Lapsuusiän leukemia	Rintasyöpä	Kohdunkaulan syöpä	Paksusuolen syöpä	Keuhkosyöpä
Suomi: 93 %	Suomi: 95 %	Suomi: 89 %	Suomi: 67 %	Suomi: 65 %	Suomi: 13 %
EU23: 87 %	EU23: 85 %	EU23: 82 %	EU23: 63 %	EU23: 60 %	EU23: 15 %

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

Vuonna 2020 käynnistettiin uusi mielenterveysstrategia

Masennusta ja muita mielenterveysongelmia esiintyy Suomessa edelleen verrattain paljon, ja itsemurhien määrä on perinteisesti ollut suuri. Suomessa on toteutettu kansallisia itsemurhien ehkäisyohjelmia, joilla on pyritty helpottamaan erityisesti nuorten miesten, vakavaa masennusta sairastavien ja päihteiden ongelmakäyttäjien pääsyä mielenterveyspalveluihin varhaisessa vaiheessa. Näillä ohjelmilla itsemurhien määrää onnistuttiin vähentämään kolmanneksella vuosina 1990–2005 ja vielä neljänneksellä tästä vuosina 2005–2019. Itsemurhaa harkitseville ihmisille on perustettu useita vuosikymmeniä sitten kriisipuhelimia, ja tiedotusvälineille on annettu ohjeita siitä, miten itsemurhista tulisi uutisoida.

Vuonna 2020 sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti uuden kymmenvuotisen mielenterveysstrategian. Se sisältää viisi painopistealuetta: mielenterveys pääomana, lasten ja nuorten mielenterveys, mielenterveysoikeudet sekä ihmisen tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut ja hyvä mielenterveysjohtaminen. Strategian ensimmäisinä vuosina täytäntöönpanossa keskitytään palvelujen kehittämiseen, uuden itsemurhien ehkäisyohjelman käynnistämiseen ja mielenterveyden edistämiseen arjessa osana laajempaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021c).

5.2 Saavutettavuus

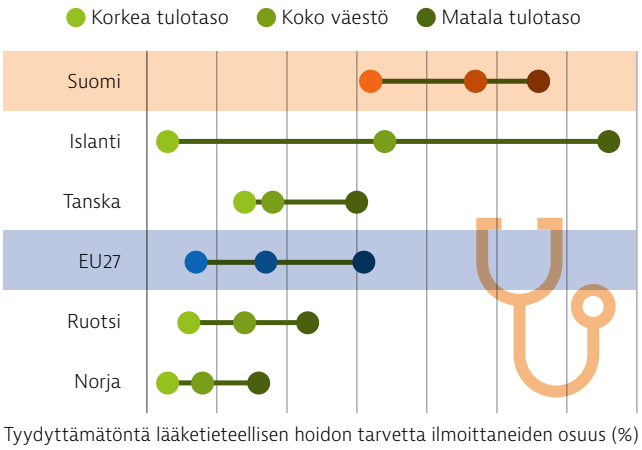
Suomalainen terveysjärjestelmä kattaa lähes koko väestön, mutta omavastuuosuudet voivat olla suuria

Kuten kohdassa 4 todetaan, kaikilla Suomessa pysyvästi asuvilla on oikeus käyttää julkisesti rahoitettuja terveydenhuoltopalveluja, joskin palvelujen saatavuus on parempi henkilöillä, jotka kuuluvat työterveyshuollon piiriin. Suuri osa terveyspalvelujen ja terveydenhoitotuotteiden kustannuksista katetaan julkisista varoista, mutta useimpiin niistä sovelletaan asiakasmaksuja. Vuonna 2019 käyttäjiltä perittävät maksut kattoivat 17,4 prosenttia Suomen käyvistä terveydenhuoltomenoista, mikä on yli EU:n keskiarvon (15,4 %). Yli neljännes näistä käyttäjiltä perittävistä maksuista kuluu lääkeostoihin, ja loput käytetään pääasiassa avohoitoon, hammashoitoon ja pitkäaikaishoitoon. Kun tarkastellaan terveydenhuoltomenoja palvelutyypeittäin, julkisella rahoituksella katettu osuus sairaala- ja avohoidon kustannuksista on EU:n keskiarvoa suurempi. Sen sijaan lääkkeiden ja hammashoidon julkisella rahoituksella katettu osuus on paljon pienempi ja vastaa tai on lähellä EU:n keskiarvoa.

Tyydyttämätöntä lääketieteellisen hoidon tarvetta on suhteellisen paljon, mikä johtuu pääosin odotusajoista

Suomessa tyydyttymätöntä lääketieteellisen hoidon tarvetta ilmoittaneiden henkilöiden osuus väestöstä on suurempi kuin EU:ssa keskimäärin ja useimmissa muissa Pohjoismaissa. Vuonna 2019 lähes viisi prosenttia suomalaisista ilmoitti, että heillä oli taloudellisista syistä, maantieteellisistä esteistä tai odotusajoista johtuvia tyydyttämätöntä lääketieteellisen hoidon tarvetta. Vastaava luku koko EU:n alueella oli keskimäärin alle kaksi prosenttia (kuvio 13). Ylivoimaisesti yleisin ilmoitettu syy olivat odotusajat. Pienituloisimmalla viidenneksellä tyydyttämätöntä lääketieteellisen hoidon tarvetta ilmoittaneiden osuus oli lähes kaksi kertaa suurempi kuin suurituloisimman viidenneksen keskuudessa.

Kuvio 13. Monet pienituloiset suomalaiset ilmoittivat tyydyttämäntöntä lääketieteellisen hoidon tarvetta, joka johtuivat pääosin odotusajoista



Huom. Tiedot koskevat tarvetta lääkärintarkastuksiin tai hoitoihin, jotka eivät olleet toteutuneet kustannusten, etäisyyksien tai odotusaikojen takia.Lähde: Eurostatin tietokanta, perustuu EU-SILC-tutkimukseen (tiedot vuodelta 2019 lukuun ottamatta Islantia, jota koskevat tiedot ovat vuodelta 2018).

Helmi-maaliskuussa 2021 toteutetussa Euroopan laajuisessa kyselytutkimuksessa 20 prosenttia suomalaisista ilmoitti, että heillä oli ollut tyydyttämätöntä lääketieteellisen hoidon tarvetta covid-19-pandemian 12 ensimmäisen kuukauden aikana, mikä on lähellä EU:n 21 prosentin keskiarvoa (Eurofound, 2021)[2].

Hoitoon pääsyn odotusajat ovat kasvaneet covid-19-pandemian myötä

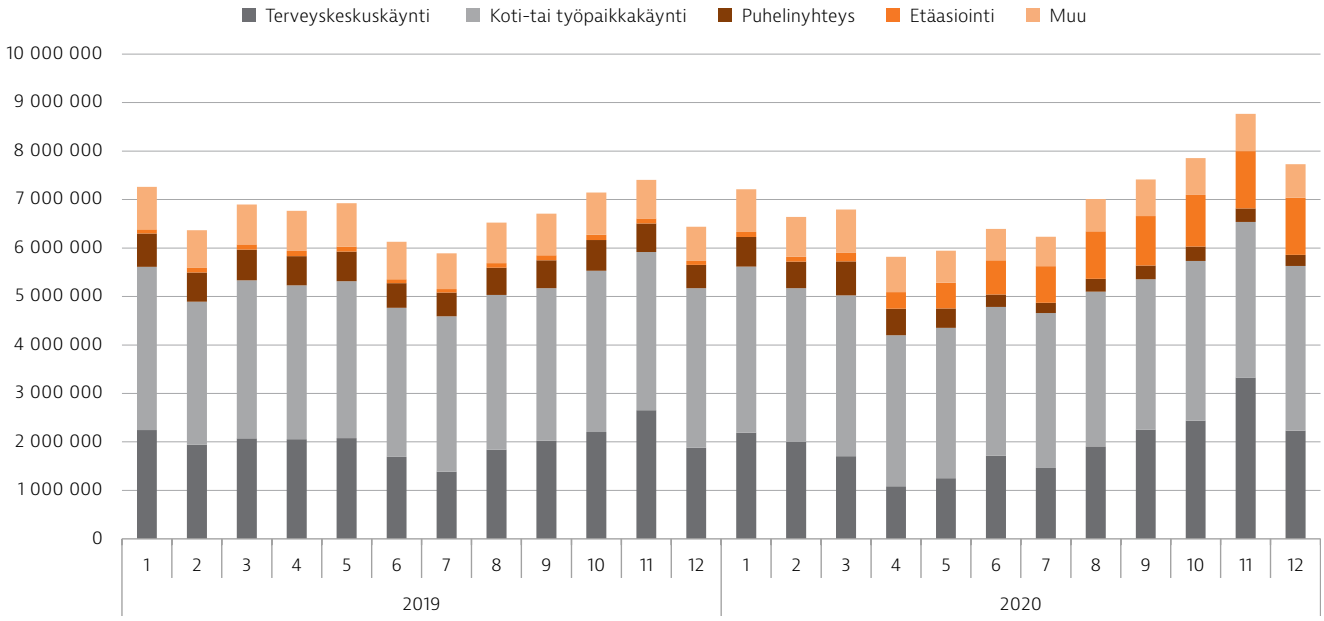
Vuonna 2010 annetussa terveydenhuoltolaissa säädetään, että Suomessa asuvan henkilön on virka-aikana päästävä hoitoon yhden päivän kuluessa, kun on kyse perusterveydenhuollosta, ja kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta, kun on kyse erikoissairaanhoidosta. Hoito on järjestettävä kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten mielenterveyspalveluissa määräaika on kuusi viikkoa perusterveydenhuollon osalta ja kolme kuukautta erikoissairaanhoidon osalta.

Useimmat palveluntuottajat ovat pystyneet noudattamaan näitä sääntöjä, mutta silti vuoden 2019 lopulla pääsyä kiireettömään erikoissairaanhoitoon odotti noin 1 500 potilasta, joiden kohdalla kuuden kuukauden enimmäisaika oli ylittynyt. Maaliskuussa 2020 hallitus höllensi enimmäisodotusaikoja koskevia sääntöjä, koska pandemian hoitoon tarvittiin lisäresursseja. Tämän seurauksena yli kuusi kuukautta hoitoa odottaneiden potilaiden määrä kasvoi elokuuhun 2020 mennessä 1 500:sta lähes 18 000:een (12,9 % kaikista potilaista). Huhtikuun 2021 loppuun mennessä määrä oli pienentynyt noin 6 100:aan (4,6 % kaikista potilaista).

Tulevina vuosina toteutettavien terveydenhuollon uudistusten yhteydessä hallitus lyhentää kiireettömään hoitoon pääsyn pakollista määräaikaa perusterveydenhuollossa kolmesta viikosta yhteen viikkoon. Pandemian aikana hoitoa odottavien määrä perusterveydenhuollossa puolittui, mutta monet (7 % maaliskuussa 2021) olivat odottaneet hoitoon pääsyä yli 30 päivää.

Perusterveydenhuollossa käyntien määrä väheni 6,9 miljoonasta kuukausittaisesta käynnistä (vuoden 2020 tammi-helmikuussa) 5,8 miljoonaan käyntiin kuukaudessa (huhti-toukokuussa 2020) (kuvio 14). Kesän jälkeen määrä kasvoi nopeasti ennalleen, ja vuoden 2020 lopussa käyntejä oli yli kahdeksan miljoonaa kuukaudessa. Etäpalvelujen käyttö lisääntyi merkittävästi. Etävastaanottokäyntien määrä kasvoi 0,1 miljoonasta 1,2 miljoonaan kuukaudessa vuonna 2020 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021d).

Kuvio 14. Etävastaanottokäyntien määrä julkisessa perusterveydenhuollossa kasvoi nopeasti vuonna 2020



Lähde: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2021d).

Resurssien epätasainen jakautuminen ja työterveyshuoltojärjestelmä aiheuttavat eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä

Suomessa terveydenhuollon resurssien epätasainen maantieteellinen jakautuminen vahvistaa eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä. Lääkäreitä on huomattavasti enemmän 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,

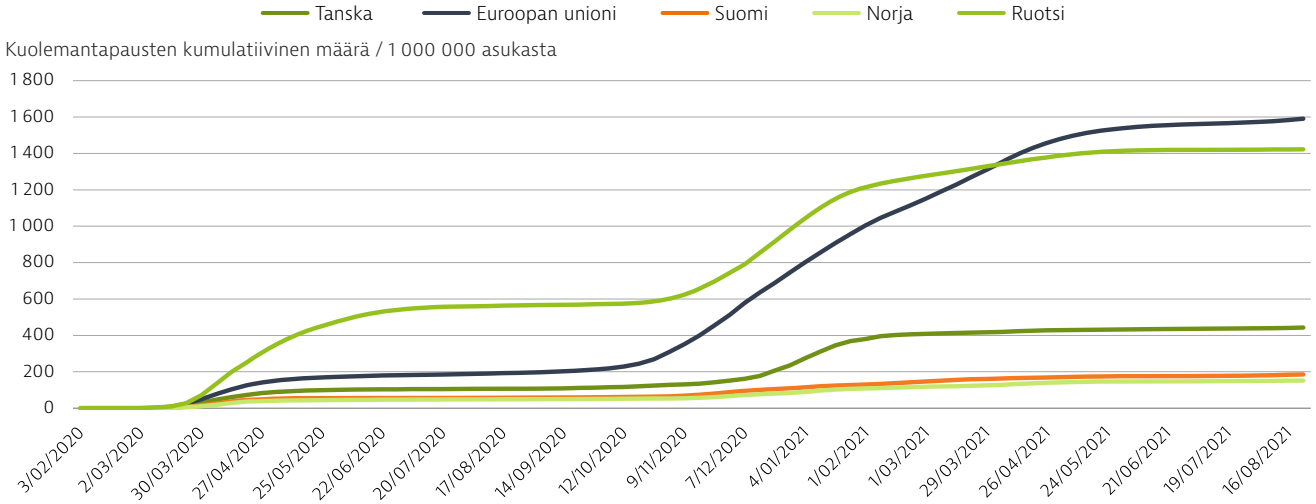
2. *Eurofoundin kyselytutkimuksen tiedot eivät ole vertailukelpoisia EU-SILC-tutkimuksen tietojen kanssa, koska niiden menetelmät eroavat toisistaan.*

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 iäkkäämmät henkilöt joutuvat odottamaan palveluihin pääsyä pidempään sekä maksamaan enemmän omavastuuosuuksina. Ehdotetulla sosiaali- ja terveyspalvelujen alueellisella keskittämisellä (ks. kohta 4) pyritään jakamaan resurssit nykyistä tasaisemmin ja lyhentämään odotusaikoja. Perusterveydenhuoltoon pääsyä voidaan parantaa myös laajentamalla sairaanhoitajien tehtävänkuvaa entisestään erityisesti alueilla, joilla on pulaa yleislääkäreistä.

5.3 Muutosjoustavuus

Tässä muutosjoustavuutta[3] koskevassa osiossa keskitytään pääasiassa covid-19-pandemian vaikutuksiin ja pandemian hallintatoimiin. Kuten kohdassa 2 todetaan, covid-19-pandemia ei merkittävästi lisännyt kuolleisuutta Suomessa vuonna 2020, toisin kuin monissa muissa EU-maissa. Elokuun 2021 loppuun mennessä kirjattujen tartuntojen kokonaismäärä suhteessa väestömäärään (2 280 tartuntatapausta 100 000:ta asukasta kohti) oli pienempi kuin missään muussa EU-maassa, Islannissa ja Norjassa ja alle neljänneksen EU:n keskiarvosta. Covid-19-taudista johtuvien kuolemantapausten kokonaismäärä (18,5 kuolemaa 100 000:ta asukasta kohti) oli EU-maiden pienin, joskin hieman suurempi kuin Islannissa ja Norjassa (kuvio 15).

Kuvio 15. Covid-19-taudin aiheuttamia kuolemia oli kirjattu Suomessa elokuuhun 2021 mennessä vähiten koko EU:ssa



Huom. Monissa maissa covid-19-taudin aiheuttamien kirjattujen kuolemantapausten määrä on todellista pienempi, mikä johtuu ennen kaikkea rajallisesta testauksesta (ks. kohta 2, jossa käsitellään covid-19-taudin aiheuttamien kirjattujen kuolemien ja ylikuolleisuuden välistä eroa).
Lähde: Euroopan tautienehkäisy- ja valvontakeskus.

Sen, että pandemia onnistuttiin hallitsemaan Suomessa suhteellisen hyvin, voidaan katsoa johtuvan ainakin osittain hallituksen ja muiden viranomaisten alkuvaiheen tehokkaista toimista viruksen leviämisen hillitsemiseksi mutta myös Suomen syrjäisestä sijainnista, alhaisesta väestötiheydestä sekä siitä, että suomalaisessa kulttuurissa on tapana pitää fyysistä etäisyyttä myös normaaliaikoina. Samanlainen suuntaus oli nähtävissä vuosien 1918 ja 1919 influenssapandemian aikana, jolloin ylikuolleisuus oli niin ikään huomattavan vähäistä Suomessa (Ansart ym., 2009).

Alkuvaiheen tiukkojen liikkumisrajoitusten jälkeen Suomi otti käyttöön hybridistrategian covid-19-pandemian hillitsemiseksi

Suomen ensimmäinen covid-19-tartunta todettiin tammikuun 2020 lopulla. Hallitus totesi yhteistoiminnassa tasavallan presidentin kanssa 17. maaliskuuta 2020 Suomen olevan poikkeusoloissa covid-19-tilanteen vuoksi. Vuonna 1991 annettu valmiuslaki otettiin tuolloin käyttöön ensimmäisen kerran. Valmiuslain tarkoituksena on suojata väestöä sekä turvata yhteiskunnan toiminta poikkeusoloissa.

Poikkeusolojen julistamisen myötä yli kymmenen hengen kokoontumiset kiellettiin. Koulut, kirjastot, uimahallit ja muut julkiset paikat suljettiin, ja koulut siirtyivät etäopetukseen. Lasten päivähoito pysyi auki kriittisiksi luokiteltujen työntekijöiden lapsille. Kaikkien työntekijöiden oli mahdollisuuksien mukaan työskenneltävä kotoa käsin. Yli 70-vuotiaita suositeltiin välttämään sosiaalisia kontakteja (omaehtoinen karanteeni). Vierailut hoitokoteihin, terveydenhuollon yksiköihin ja muihin suurentuneen riskin tiloihin olivat suurelta osin kiellettyjä.

3. Tässä yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmien muutosjoustavuudella tarkoitetaan määritelmän mukaan järjestelmän kykyä varautua häiriöihin, hallita niitä (vaimentaa niitä, mukautua niihin ja muuntautua) sekä oppia niistä (EU:n terveydenhuoltojärjestelmien suorituskyvyn arvioinnin asiantuntijaryhmä, 2020).

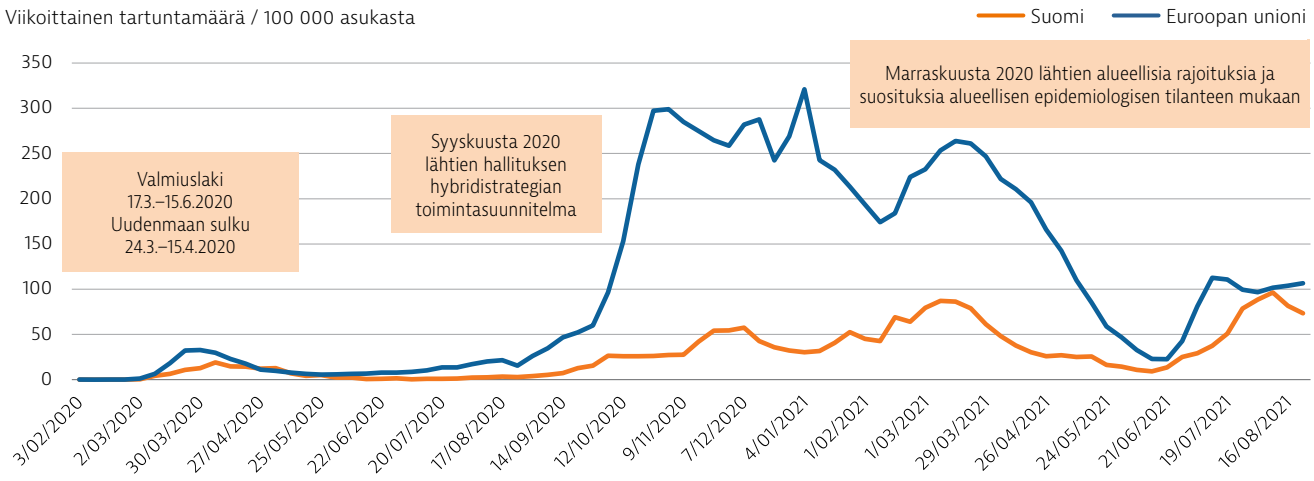
Ensimmäisen aallon aikana terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelujen kapasiteettia lisättiin ja kiireettömiä palveluja supistettiin. Tähän yhdistettiin tarpeen mukaan yksityisen sektorin kapasiteettia. Kuten edellä todetaan, lakisääteistä hoitotakuuta sekä kiireettömän hoidon odotusaikoja koskevia vaatimuksia höllennettiin. Laboratorioissa lisättiin covid-19-viruksen testauskapasiteettia. Työaika- ja vuosilomalain säännösten soveltaminen keskeytettiin väliaikaisesti kriittisen henkilöstön osalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sisäisen turvallisuuden koulutetut ammattihenkilöt voitiin tarpeen mukaan velvoittaa töihin.

Pandemian ensimmäinen aalto iski ennen kaikkea pääkaupunkiseutuun. Ehkäistäkseen pandemian leviämistä hallitus rajoitti liikkumista Uudenmaan maakunnan (pääkaupunkiseutu mukaan lukien) ja muun maan välillä 24. maaliskuuta – 15. huhtikuuta 2020. Maakunnan rajan ylittäminen sallittiin vain tietyissä tilanteissa, kuten työn takia tai painavista perhesyistä.

Hallitus ilmoitti 4. toukokuuta 2020, että ensimmäisen aallon aikaisia rajoitustoimia lievennettäisiin koko maassa. Koulut avautuivat 14. toukokuuta 2020 kahdeksi viikoksi ennen kesäloman alkamista. Ravintolat avattiin 1. kesäkuuta 2020 niiden oltua suljettuina 4. huhtikuuta 2020 lähtien.

Hallitus teki 6. toukokuuta 2020 periaatepäätöksen suunnitelmasta koronakriisin hallinnan hybridistrategiaksi, jossa toimintamallina oli ”testaa, jäljitä, eristä ja hoida”. Syyskuussa 2020 esitettiin yksityiskohtaisempi suunnitelma, jonka tavoitteena oli estää viruksen leviämistä yhteiskunnassa, turvata terveydenhuollon kantokyky siihen kohdistuessa ylimääräistä kuormitusta ja suojella erityisesti riskiryhmiin kuuluvia ihmisiä (kuvio 16).

Kuvio 16. Covid-19-tapausten määrä pysyi alhaisena tehokkaiden rajoitustoimenpiteiden ja muiden olosuhteisiin liittyvien tekijöiden vuoksi



Huom. EU:n keskiarvo ei ole painotettu (keskiarvoon sisältyvien maiden määrä vaihtelee viikosta riippuen). Covid-19-tapausten virallinen määrä EU-maissa oli todellista pienempi ensimmäisen aallon aikana keväällä 2020, koska testaaminen oli vähäisempää.
Lähde: Euroopan tautienehkäisy- ja valvontakeskus covid-19-tietojen osalta ja laatijat rajoitustoimenpiteiden osalta.

Hallituksen hybridistrategian toimintasuunnitelmassa covid-19-pandemian tilannekuva jaettiin kolmeen vaiheeseen. Luokitusta käytettiin arvioitaessa, mitä suosituksia ja rajoituksia viruksen leviämisen hillitsemiseksi tarvittaisiin, ja sen avulla suositukset ja rajoitukset kohdennettiin oikein.

- Perustaso: Tartuntojen määrä on alhainen ja pysyy vakaana.
- Kiihtymisvaihe: Viruksen leviäminen alkaa kiihtyä, ja alueellinen ilmaantuvuus on suurempi kuin perustasolla; runsaasti paikallisia ja alueellisia tartuntaketjuja.
- Leviämisvaihe: Pandemia kiihtyy edelleen, ja tartunnat leviävät alueellisesti tai laajemmin koko väestössä. Jäljittäminen vaikeutuu, koska tartuntoja on liikaa.

Epidemiologista tilannetta seurattiin alueellisesti ja valtakunnallisesti, kun taas toteutettavien torjuntatoimenpiteiden tasoa koskeva päätöksenteko hajautettiin alue- ja paikallisviranomaisille (kunnille ja aluehallintovirastoille).

Kuten monissa muissakin EU-maissa, liikkumisrajoituksia höllennettiin kesällä 2020 ilmoitettujen tartuntatapausten vähennyttyä jyrkästi. Rajoitukset otettiin kuitenkin uudelleen käyttöön syksyllä 2020, kun tartuntojen määrä alkoi jälleen lisääntyä ja osa alueista siirtyi

leviämisvaiheeseen. Lokakuussa 2020 koko maassa asetettiin tiukempia rajoituksia esimerkiksi ravintoloille ja baareille. Koko maassa suositeltiin taas siirtymään etätyöhön, ja yleisötilaisuuksille ja kokoontumisille asetettiin jälleen tiukat rajoitukset. Toisen asteen oppilaitokset ja korkeakoulut siirtyivät jälleen etäopetukseen. Maskia suositeltiin käytettäväksi aina kun mahdollista.

Tartuntatautilakiin tehdyn 22. helmikuuta 2021 voimaan tulleen muutoksen myötä hallitus voi tiukentaa rajoituksia merkittävästi ilman valmiuslain käyttöönottoa epidemiologisen tilanteen sitä vaatiessa.

Hallitus totesi 1. maaliskuuta 2021 Suomen olevan poikkeusoloissa ja asetti välittömästi lisärajoituksia kiihtymisvaiheen alueille eli lähestulkoon koko maahan. Kiihtymisvaiheen alueilla julkiset tilat suljettiin 8. maaliskuuta 2021 alkaen, kuten oli tehty keväällä 2020. Hallitus myös ehdotti uutta lakia, jolla kasvomaskin käyttö olisi säädetty pakolliseksi ja jolla olisi voitu asettaa lisää liikkumisrajoituksia. Eduskunnan perustuslakivaliokunta ei kuitenkaan hyväksynyt ehdotusta.

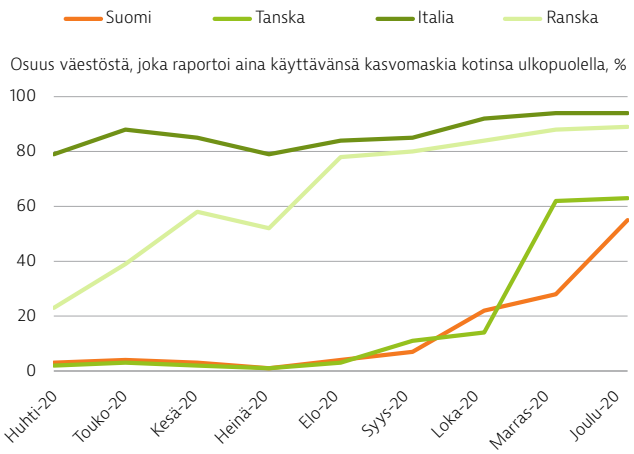
Kasvomaskia käytettiin vähemmän kuin maissa, joissa se oli pakollista

Kasvomaskisuosituksia annettiin Suomessa verkkaisesti muihin Euroopan maihin nähden. Tämän voi katsoa johtuneen osittain maskien huonosta saatavuudesta pandemian ensimmäisten kuukausien aikana sekä sosiaali- ja terveysministeriön tilaaman järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen (2020) tuloksista, joiden mukaan ei ollut juurikaan tutkimustietoa siitä, että kasvosuojien laaja käyttö estäisi covid-19-viruksen leviämistä yhteiskunnassa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos antoi ensimmäisen virallisen maskisuosituksen 13. elokuuta 2020: maskia suositeltiin käytettäväksi joukkoliikenteessä, matkalla covid-19-testiin sekä palattaessa covid-19-riskimaasta Suomeen ja siirryttäessä karanteenipaikkaan. Syksyllä 2020 maskisuositusta laajennettiin covid-19-pandemian kiihtymisvaiheen alueilla koskemaan useimpia julkisia tiloja sekä yleisötilaisuuksia sellaisilla alueilla, joilla ilmaantuvuus ylitti tietyn vähimmäisrajan. Lisäksi maskisuositus laajennettiin koskemaan myös toisen asteen oppilaitoksia.

Maskien käyttö julkisissa tiloissa lisääntyi Suomessa syksyllä 2020, mutta se oli silti jatkuvasti huomattavasti vähäisempää kuin Länsi-Euroopan maissa, joissa maskin käyttö oli pakollista (kuvio 17).

Kuvio 17. Maskia käytettiin Suomessa suhteellisen vähän



Lähde: YouGov (http://www.coviddatahub.com/).

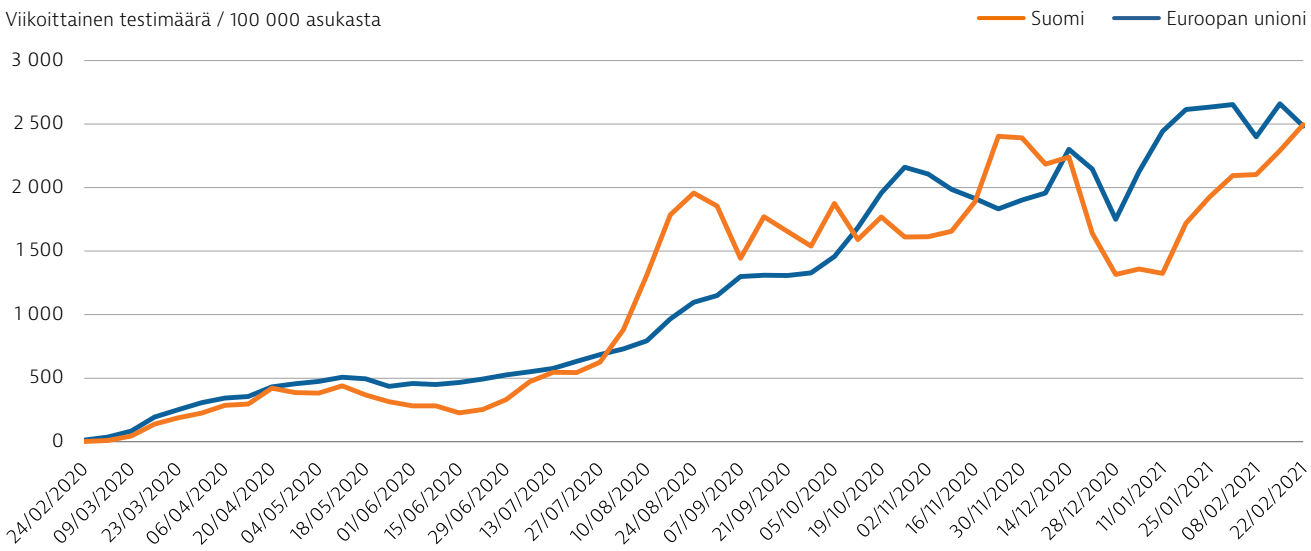
Pandemian alkuvaihe osoitti, ettei kansanterveysuhkaan ollut varauduttu riittävän hyvin

Suomen kriisivalmiustoimenpiteet perustuivat influenssapandemian varalta vuonna 2012 laadittuun kansalliseen varautumissuunnitelmaan, mutta covid-19-pandemian alkuvaiheen torjuntatoimien toteuttamisessa oli joitakin viiveitä.

Merkittäväksi ongelmaksi muodostui henkilönsuojainten hankkiminen terveydenhuoltohenkilöstölle. Tarvittavista varusteista oli pandemian alkuvaiheessa sairaaloissa puutetta 2010-luvulla toteutettujen kustannussäästötoimenpiteiden vuoksi. Visiirien, korkeimman suojatason maskien, suojatakkien ja muiden henkilönsuojainten tilapäisistä puutteista ilmoitettiin aina kesäkuuhun 2020 asti, jolloin henkilönsuojainten riittävä tuonti ja kotimainen tuotanto ratkaisivat saatavuusongelman.

Pandemian alussa kaikkia covid-19-tartunnan saaneita ei kyetty testaamaan rajallisen testauskapasiteetin vuoksi ja kontaktijäljityksen aloittamisessa oli ongelmia, minkä vuoksi kirjattujen tartuntatapausten määrä oli todellista määrää pienempi. Viikoittainen testausmäärä kasvoi asteittain kesällä 2020, ja elokuun 2020 puolivälissä testejä tehtiin 100 000:ta asukasta kohti yli 1 000 viikossa. Sen jälkeen testausmäärä pysytteli lähellä EU:n tasoa helmikuun 2021 loppuun asti joululomakautta lukuun ottamatta (kuvio 18). Koska tapauksia oli moninkertaisesti vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin, tämä tarkoittaa, että testaus oli hyvin laajaa.

Kuvio 18. Hitaan alun jälkeen testauskapasiteetti kasvoi vuoden 2020 jälkipuoliskolla



Huom. EU:n keskiarvo on painotettu (keskiarvoon sisältyvien maiden määrä vaihtelee viikosta riippuen).
Lähde: Euroopan tautienehkäisy- ja valvontakeskus.

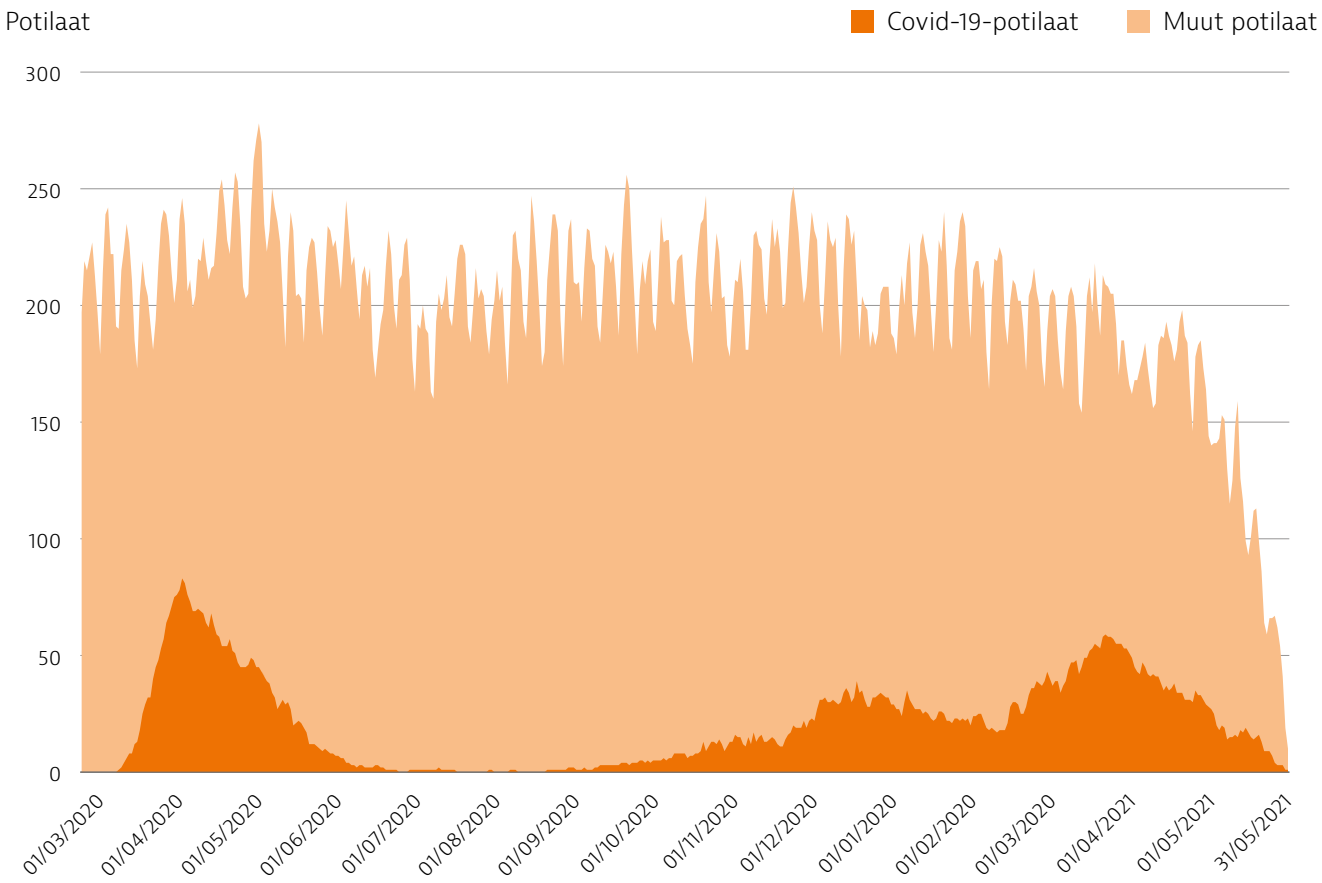
Kontaktien jäljityssovellus otettiin käyttöön laajasti

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaisi covid-19-tartuntojen jäljitykseen käytettävän Koronavilkku/Coronablinkern-sovelluksen helpottamaan kontaktien jäljitystä. Sovellus kerää tiedot käyttäjistä, jotka ilmoittavat saaneensa tartunnan, ja muista sovelluksen käyttäjistä, jotka ovat olleet tartunnan saaneen läheisyydessä. Marraskuuhun 2020 mennessä sovellus oli ladattu yli 2,5 miljoonaa kertaa, mikä vastaa noin 45:tä prosenttia Suomen väestöstä. Maaliskuuhun 2021 mennessä 14 000 käyttäjää oli ilmoittanut todetusta covid-19-tartunnastaan ja 10 000 käyttäjää oli ilmoittanut altistumisen jälkeen saamistaan oireista sovelluksen kautta (kaikkiaan tartuntatapauksia todettiin elokuun 2020 puolivälistä maaliskuun 2021 puoliväliin 60 000 kappaletta).

Sairaala- ja tehohoitopaikkojen määrä oli riittävä hoidon tarpeen ollessa suurinta, mutta rajoitteita aiheutti henkilöstöpula

Suomen terveydenhuoltoyksiköissä oli kesäkuussa 2020 covid-19-potilaiden käytettävissä yhteensä 11 000 sairaalapaikkaa, joista 300 oli täysin varustettuja tehohoitopaikkoja ja 200 hengityskoneella varustettuja vuodepaikkoja (hapen antamiseksi). Kansallisten varautumissuunnitelmien mukaan tehohoitopaikkojen määrä voitaisiin tarvittaessa kaksinkertaistaa lyhyessä ajassa. Tehohoitoa tarvitsevien covid-19-potilaiden määrä jäi kuitenkin ensimmäisen aallon aikana keväällä 2020 huomattavasti pienemmäksi kuin käytettävissä olevien tehohoitopaikkojen määrä (kuvio 19). Maaliskuun 2021 loppua edeltäneen toisen aallon aikana tehohoitopotilaiden määrä jäi pienemmäksi kuin se oli ollut enimmillään ensimmäisen aallon aikana.

Kuvio 19. Suomen tehohoitokapasiteetti oli pandemian aikana riittävä covid-19-potilaille



Lähde: Kuopion yliopistollisen sairaalan kansallinen tehohoidon koordinoiva toimisto (tiedot ovat julkaisemattomia).

Viikoittaisten seurantaraporttien mukaan koulutetun terveydenhuoltohenkilöstön määrä koettiin merkittävämmäksi rajoitteeksi kuin tehohoitopaikkojen määrä. Henkilöstöpulaa paikattiin siirtämällä kiireetöntä hoitoa, töiden uudelleenjärjestelyllä ja kutsumalla eläkkeelle jääneitä terveysalan työntekijöitä takaisin töihin. Erikoissairaanhoidossa pandemian vuoksi hoitovelkaa kertyi sairaalahenkilöstön vajauksen ja resurssien uudelleenkohdentamisen seurauksena noin 170 000 hoitojaksoa. Perusterveydenhuollossa, jossa oli henkilöstöpulaa jo ennen pandemiaa, palveluntuottajat ilmoittivat henkilöstövajauksesta maaliskuusta 2021 lähtien.

Covid-19-pandemian yhteiskunnalliset seuraukset ovat vakavat

Vaikka pandemia vaikutti Suomessa BKT:hen vähemmän kuin monissa muissa Euroopan maissa, Suomen työttömyysaste oli vuonna 2020 yli prosenttiyksikön korkeampi kuin vuonna 2019. Yritysten konkurssien määrä ei lisääntynyt, mutta tämä johtui väliaikaisesta säännöksestä, joka rajoitti velkojien oikeutta hakea yritys konkurssiin.

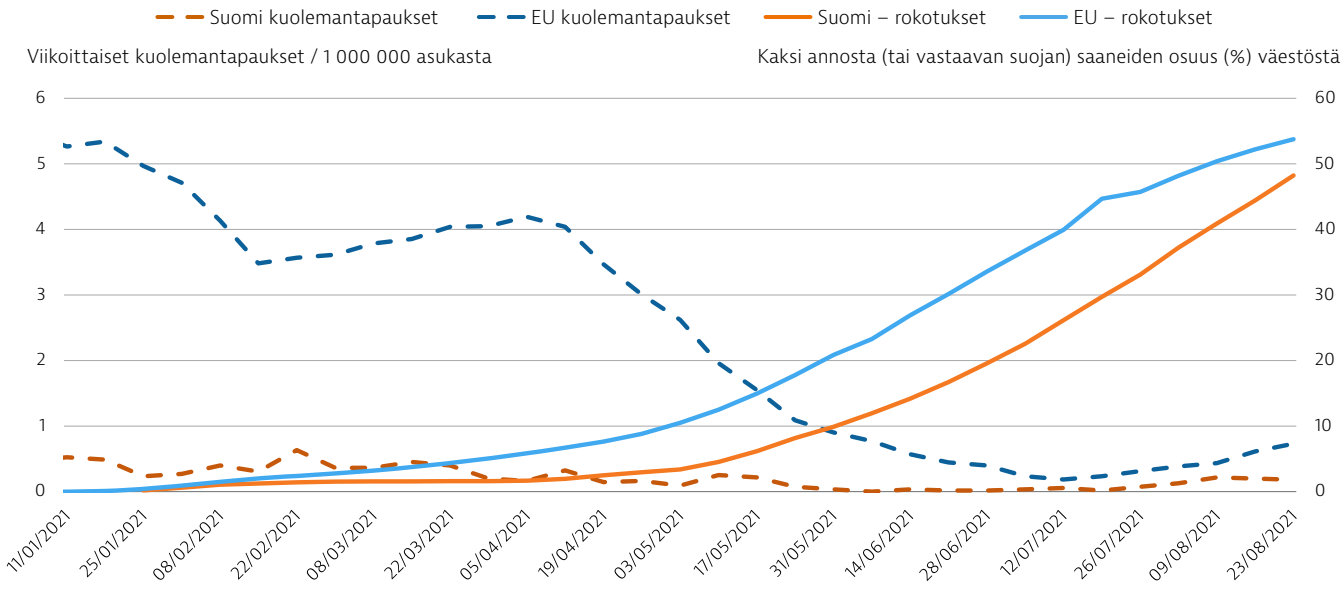
Pandemian sosiaaliset vaikutukset ovat olleet vakavia. Kolmannes suomalaisista ilmoitti kokeneensa lisääntynyttä yksinäisyyttä pandemian aikana – näin oli erityisesti yksinelävillä, ikäihmisillä ja nuorilla aikuisilla. Eniten yksinäisyyttä kokivat niillä alueilla asuvat, joilla covid-19-pandemiaan liittyvät rajoitukset olivat tiukimpia. Pandemialla ja siitä johtuvilla rajoitustoimenpiteillä oli selkeä vaikutus aikuisväestön mielialaan – heillä muun muassa toiveikkuus tulevaisuuden suhteen väheni ja stressi puolestaan lisääntyi. Henkinen stressi kasvoi vuoden 2020 loppupuolella toisin kuin ensimmäisen aallon aikana. Pandemiasta toipuminen voi parantaa tilannetta, mutta Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa jatkossakin pandemian vaikutuksia mielenterveyteen ja mielenterveyspalvelujen saatavuutta ongelmien pahenemisen estämiseksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021e).

Mielenterveyden ja päihteidenkäyttäjien tukipalvelujen väheneminen ja siirtyminen etäpalveluihin aiheuttivat ongelmia erityisesti heikoimmassa asemassa oleville ryhmille. Alkoholin ja amfetamiinin käytön arvioitiin lisääntyneen (Kestilä ym., 2020). Kyselytutkimusten mukaan ikääntyneet ihmiset, erityisesti kotona apua tarvitsevat ikäihmiset, eivät saaneet riittävästi tukea covid-19-pandemian aikana.

Covid-19-rokotukset aloitettiin joulukuun 2020 lopussa

Suomessa rokotusten järjestäminen on kuntien vastuulla. Kansallisen rokotusasiantuntijaryhmän suosituksen perusteella rokotusjärjestyksessä ensimmäisenä vuorossa olivat covid-19-potilaita hoitava terveydenhuollon henkilöstö sekä pitkäaikaishoitoa ja hoivaa antavien laitosten asukkaat, toisena ikääntyneet ja henkilöt, joilla on vakavalle covid-19-taudille altistavia perussairauksia (viisi alaryhmää), sekä sosiaalihuollon ja muu terveydenhuollon henkilöstö ja kolmantena muu väestö (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021f). Ensimmäisen ja toisen rokoteannoksen välinen aika pidennettiin 12 viikkoon, mikä selittää, miksi ensimmäisen annoksen saaneiden (yli 70 % väestöstä) ja kaksi annosta saaneiden (noin 50 % väestöstä) osuuksien välillä oli elokuun 2021 lopussa niin suuri ero (kuvio 20).

Kuvio 20. Suomessa kaksi annosta covid-19-rokotetta saaneiden osuus väestöstä oli vielä suhteellisen pieni elokuun 2021 lopussa



Lähde: Euroopan tautienehkäisy- ja valvontakeskus covid-19-taudista johtuvien kuolemantapausten osalta ja Our World in Data rokotusasteiden osalta.

Hallitus kasvatti terveydenhuollon julkisia menoja kriisin johdosta

Hallitus kasvatti terveydenhuollon julkisia menoja merkittävästi vuosina 2020 ja 2021 covid-19-pandemiaan liittyvien välittömien kustannusten ja hoidon viivästymisestä aiheutuvien välillisten kustannusten kattamiseksi. Alkuperäinen menosuunnitelma sisälsi noin neljän miljardin euron kokonaispaketin, jolla tuettiin suoraan paikallishallintoja, kuten sairaanhoitopiirejä, kuntayhtymiä ja kuntia, sekä julkisten peruspalvelujen tuottamista.

Suomen elpymis- ja palautumissuunnitelma julkaistiin toukokuussa 2021. Suunnitelma on osa Suomen kestävän kasvun ohjelmaa, joka sisältää hallituksen valitsemia investointihankkeita ja uudistuksia pitkän aikavälin myönteisten vaikutusten aikaansaamiseksi. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat yksi ohjelman painopistealueista, johon on osoitettu rahoitusta 400 miljoonaa euroa. Suurimmat investoinnit liittyvät covid-19-pandemiasta johtuvan hoitovelan purkamiseen sekä hoitoon pääsyä nopeuttaviin rakenteellisiin toimenpiteisiin, hoitotakuuta tukevien digitaalisten innovaatioiden käynnistämiseen, tietopohjan vahvistamiseen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannustehokkuuden parantamiseksi sekä ehkäisyn vahvistamiseksi ja mobiilipalvelujen lisäämiseen (Valtiovarainministeriö, 2021).

6 Keskeiset havainnot

- Elinajanodote on parantunut Suomessa tasaisesti vuodesta 2000 lähtien kansanterveyttä edistävän politiikan ja terveydenhuollon toimin saavutettujen myönteisten vaikutusten ansiosta. Ne ovat vähentäneet ehkäistävissä ja terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevien sairauksien aiheuttamaa kuolleisuutta. Suomi oli toinen kahdesta EU-maasta, joissa elinajanodote kasvoi edelleen vuonna 2020 covid-19-pandemiasta huolimatta, vaikkakin kasvu oli melko vähäistä.

- Huomattavaa edistystä on saavutettu tupakoinnin ja alkoholin käytön kaltaisten merkittävien terveysriskin aiheuttavien tekijöiden vähentämisessä. Nykyisen tupakkalain tavoitteena on, että tupakan käyttö loppuu ja tupakkaa käyttävien osuus on alle viisi prosenttia vuoteen 2030 mennessä. Alkoholin kulutus on vähentynyt melko tasaisesti vuodesta 2005 lähtien, ja se väheni myös covid-19-pandemian aikana vuonna 2020. Lihavuus on kuitenkin lisääntynyt sekä lapsilla että aikuisilla, ja suurin osa toimenpiteistä, joilla tätä kasvua on pyritty hillitsemään, on tuottanut toistaiseksi vain vähän tuloksia.

- Suomen terveydenhuoltomenot ovat hieman EU:n keskiarvoa pienemmät sekä asukasta kohti että osuutena BKT:stä (9,2 % vuonna 2019, kun EU:n keskiarvo oli 9,9 %) ja paljon pienemmät kuin Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa. Terveydenhuoltomenoista 78 prosenttia katetaan julkisista varoista, mikä on vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin (80 %) ja muissa Pohjoismaissa (kaikissa yli 82 %). Suurimman osan jäljelle jäävästä osuudesta, erityisesti lääkkeiden ja hammashoidon kustannuksista, maksavat pääosin kotitaloudet itse.

- Keskeisenä haasteena on helpottaa perusterveydenhuoltoon pääsyä ja edistää nykyistä parempaa koordinaatiota perusterveydenhuollon tuottajien ja sairaaloiden sekä sosiaalipalvelujen välillä. Nykyistä nopeampi ja tehokkaampi pääsy perusterveydenhuollon palveluihin voisi osaltaan vähentää tarpeettomia erikoislääkäri- ja päivystyspoliklinikkakäyntejä erityisesti kroonisista tauteja sairastavilla potilailla, joiden määrä on kasvussa. Pandemian jälkeisessä elpymissuunnitelmassa tärkeänä tavoitteena on vastata tyydyttämättömään tarpeeseen, jota perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja sosiaalihuollossa on syntynyt palvelujen puuttumisen vuoksi. Tämän tavoitteen toteutumista saattavat vaikeuttaa liian vähäinen rahoitus ja pätevän henkilöstön heikko saatavuus.

- Erityisenä huolenaiheena on, että sekä 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.

- Sosiaali- ja terveyspalveluja, rahoitusmekanismeja ja alueellista hallintorakennetta uudistetaan vuodesta 2021 alkaen. Jatkossa sosiaali- ja terveyspalveluista vastaavat Helsinki sekä 21 hyvinvointialuetta, joilla on alueellaan itsehallinto, ja suurimman osan palveluista tuottavat julkiset palveluntuottajat.

- Suomi noudatti covid-19-pandemian torjunnassa hybridistrategiaa, jossa keskityttiin testaukseen, jäljitykseen, eristämiseen ja vahvistettujen tartuntatapausten hoitoon. Elokuuhun 2021 saakka Suomessa oli EU-maista vähiten ilmoitettuja covid-19-tapauksia ja kuolemia. Suomen onnistuneen pandemiantorjunnan katsotaan johtuneen hallituksen ja viranomaisten tehokkaista toimista viruksen leviämisen hallitsemiseksi hybridistrategian avulla sekä olosuhteisiin liittyvistä tekijöistä, joita ovat muun muassa Suomen syrjäinen sijainti, alhainen väestötiheys sekä se, että suomalaisessa kulttuurissa on tapana pitää fyysistä etäisyyttä.

Keskeiset lähteet

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

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle.* Paris, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/82129230-en.

Viitteet

Ansart S et al. (2009), *Mortality burden of the 1918-1919 influenza pandemic in Europe, Influenza Other Respiratory Viruses*, 3(3): 99-106.

Ensio A et al. (2019), Finland. In: Rafferty AM et al., eds. *Strengthening health systems through nursing: evidence from 14 European countries.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement.* Luxembourg, Publications Office of the EU.

Eurofound (2021), *Living, Working and COVID-19 data,* 11 May 2021.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020), *European drug report 2020: trends and developments.* Luxembourg, Publications Office of the EU.

Finnish Institute for Health and Welfare (2019), *The National Obesity Programme 2012-2018.*

Finnish Institute for Health and Welfare (2020), *Child and adolescent overweight and obesity 2019: one in every four boys and almost one in every five girls is overweight or obese.* Statistical report 31/2020

Finnish Institute for Health and Welfare (2021a), *Alcoholic beverage consumption in 2020*. Statistical report 7/2021.

Finnish Institute for Health and Welfare (2021b), *Annetut influenssarokotukset kaudella 2020-2021* (Influenza vaccination in season 2020–2021).

Finnish Institute for Health and Welfare (2021c), *National Mental Health Strategy 2020-2030.*

Finnish Institute for Health and Welfare (2021d), *AvoHilmo: Käynnit viikoittain ja kuukausittain* (Primary health care register: The number of visits per month and week).

Finnish Institute for Health and Welfare (2021e), *Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen* (The effects of COVID-19 epidemic to well-being, services and economy).

Finnish Institute for Health and Welfare (2021f), *Vaccination order and at-risk groups for COVID-19.*

Kestilä L et al. (2020), *Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: Asiantuntija-arvio, syksy 2020* (The effects of the COVID-19 epidemic on well-being, the service system and the national economy. Expert assessment, autumn 2020), Raportti 14/2020. Tampere, PunaMusta Oy.

Ministry of Finance (2021), *Health and social services – Recovery and Resilience Plan.*

Ministry of Social Affairs and Health (2020), *Selvitys väestön kasvosuojusten käytöstä COVID-19-epidemian leviämisen ehkäisyssä* (Review on the use of face masks in the population to prevent the spread of the COVID-19 epidemic).

Ministry of Social Affairs and Health (2021), *Reducing differences in wellbeing by 2030.*

Tervola J, Aaltonen K, Tallgren F (2021), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Finland.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Tobacco-free Finland 2030 (2021), *Towards a tobacco-free Finland.*

WHO Regional Office for Europe, *European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021)*, COVID-19 Health Systems Response Monitor - Finland.

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		

European Commission

State of Health in the EU
Maan terveysprofiili 2021

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 (2021), *Suomi: Maan terveysprofiili 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264581128 (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