



State of Health in the EU Suomi

Maan terveystilaprofiili 2017

Maaprofilisarja

Maaprofileissa esitetään tiivis ja politiikan kannalta tarkoituksenmukainen katsaus EU:n jäsenvaltioiden terveystilanteeseen ja terveysjärjestelmiin ja keskitytään tarkastelemaan kunkin maan erityispiirteitä ja -haasteita. Niiden tarkoituksena on tukea jäsenvaltioiden näyttöön perustuvaa politiikantekoa.

OECD ja *European Observatory on Health Systems and Policies* laativat profiilit yhdessä yhteistyössä Euroopan komission kanssa. Työryhmä kiittää jäsenvaltioita ja terveysjärjestelmien ja -politiikan seurantaverkostoa (*Health Systems and Policies Monitor*) arvokkaista kommentteista ja ehdotuksista.

Sisällys

1 • PÄÄKOHDAT	1
2 • SUOMEN TERVEYSTILANNE	2
3 • RISKITEKIJÄT	4
4 • TERVEYSJÄRJESTELMÄ	6
5 • TERVEYSJÄRJESTELMÄN TOIMINTAKYKY	9
5.1 Vaikuttavuus	9
5.2 Saavutettavuus	11
5.3 Muutosjoustavuus	13
6 • KESKEISET HAVAINNOT	16

Tietolähteet

Näiden maaprofiilien tiedot perustuvat pääasiassa Eurostatille ja OECD:lle toimitettuihin kansallisiin virallisiin tilastoihin, jotka vahvistettiin kesäkuussa 2017 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 tautienhäily- ja -valvontakeskukselta (ECDC), kouluikäisten lasten terveyskäyttäytymistutkimuksista (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC) ja Maailman terveysjärjestöltä (WHO) sekä muista kansallisista lähteistä.

Lasketut EU:n keskiarvot ovat 28 jäsenvaltion painotettuja keskiarvoja, ellei toisin mainita.

Kaikki tämän profiilin taulukoiden ja kaavioiden tiedot sisältävä Excel-taulukkotiedosto on ladattavissa syöttämällä internetiselaimen seuraava StatLink-linkki:
<http://dx.doi.org/10.1787/888933623400>

Suomen demografiset ja sosioekonomiset taustatiedot, 2015

		Suomi	EU
Demografiset tekijät	Väestön koko (tuhansina)	5 480	509 394
	Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä (%)	19,9	18,9
	Hedelmällisyysluku ¹	1,6	1,6
Sosioekonomiset tekijät	BKT asukasta kohti (EUR, ostovoimapariteetti ²)	31 600	28 900
	Suhteellinen köyhyysaste ³ (%)	5,3	10,8
	Työttömyysaste (%)	9,4	9,4

1. Syntyneiden lasten lukumäärä kutakin 15–49-vuotiasta naista kohti.

2. Ostovoimapariteetti määritellään valuutan muuntokurssiksi, joka tasoittaa eri valuuttojen ostovoiman poistamalla maiden väliset hintataserot.

3. Niiden henkilöiden osuus, joiden toimeentulo on alle 50 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 tai sen kumppanien virallisia näkemyksiä. Profiilissa ilmaistujen näkemysten ei pidä millään tavoin katsoa ilmentävän Euroopan unionin virallista kantaa.

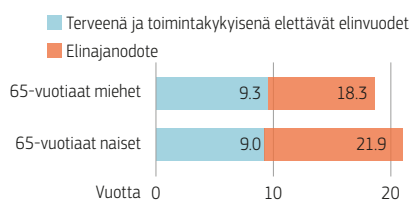
Tällä asiakirjalla ja asiakirjaan sisältyvillä tiedoilla ja kartoilla ei ole mitään vaikutusta minkään maa-alueen asemaan taikka itsemääräämisoikeuteen, kansainvälisten rajojen ja raja-alueiden linjauksiin eikä minkään maa-alueen, kaupungin tai muun alueen nimeen.

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

1 Pääkohdat

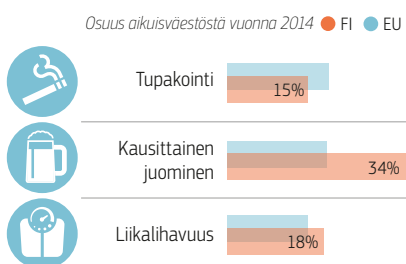
Suomen väestön elinajanodote on parantunut tasaisesti viime vuosikymmeninä, mutta väestö ei kuitenkaan vietä kaikkia odotettavissa olevia elinvuosiaan hyväkuntoisena, mikä kasvattaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta. Terveysjärjestelmä on monimutkainen ja hajautettu, mikä edellyttää mittavia uudistuksia terveydenhuollon saavutettavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi samanaikaisesti, kun järjestelmää tulisi tehostaa ja sen kustannuksia hillitä.

Terveydentila



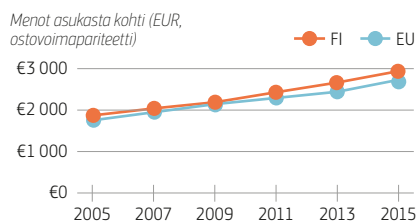
Syntymähetken elinajanodote ylsi Suomessa 81,6 vuoteen vuonna 2015, kun se vuonna 2000 oli 77,8 vuotta. Se ylittää nyt EU:n keskiarvon yhdellä vuodella. Elinajanodotteen parantuminen selittyy pääasiassa sillä, että sydän- ja verisuonitaudeista johtuvat kuolemat ovat tasaisesti vähentyneet. Kuitenkin 65-vuotiaiden ikäryhmässä miehet elävät vain noin puolet ja naiset vain noin 40 prosenttia jäljellä olevista elinvuosistaan toimintakykyisinä. Alzheimerin tauti ja muut dementia-tyyppiset taudit ovat Suomessa nykyään suurimpia syitä sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen tässä ikäryhmässä.

Riskitekijät



Vuonna 2014 aikuisista 15 prosenttia tupakoi Suomessa päivittäin – osuus on siis laskenut 23 prosentista vuonna 2000 ja alittaa selvästi EU:n nykyisen keskiarvon. Huolestuttavaa on sen sijaan se, että vuonna 2014 yli kolmannes (34 prosenttia) aikuisista ilmoitti käyttävänsä säännöllisesti runsaasti alkoholia – tämä määrä ylittää selvästi EU:n keskiarvon. Liikalihavien aikuisten määrä kasvoi: vuonna 2014 liikalihavien osuus oli 18 prosenttia, eli se ylittää EU:n keskiarvon.

Terveydenhuoltomenot

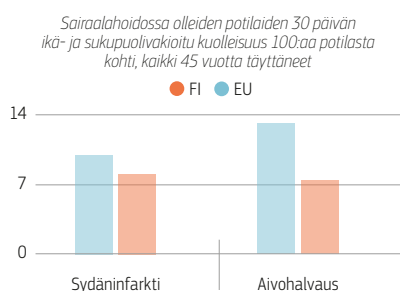


Terveydenhuoltomenot asukasta kohti ovat kasvaneet Suomessa viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana ja ovat hieman EU:n keskiarvon yläpuolella – terveydenhuoltomenot nousivat 2 981 euroon vuonna 2015. Tämä vastaa 9,6:tä prosenttia Suomen BKT:stä, eli osuus on hieman EU:n 9,9 prosentin keskiarvoa pienempi. Julkinen rahoitus kattaa Suomen terveydenhuoltomenoista 74 prosenttia, joka on vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin (79 prosenttia). Kotitaloudet maksavat itse suurimman osan jäljelle jäävistä menoista.

Terveysjärjestelmän toimintakyky

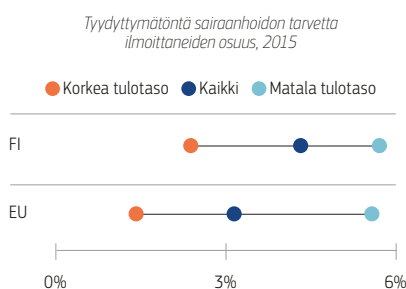
Vaikuttavuus

Terveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus on Suomessa EU:n keskiarvoa vähäisempää. Sydäninfarktin tai aivohalvauksen takia sairaalahoitoon joutuneiden potilaiden kuolemat ovat matalalla tasolla, mikä osoittaa akuuttisairaanhoidon hyvää laatua.



Saavutettavuus

Tyydyttymättömyyden hoidontarvetta on Suomessa enemmän kuin EU:ssa keskimäärin. Suurin osa tyydyttymättömästä hoidontarpeesta liittyy odotusaikoihin ja koskettaa erityisesti pienituloisia ja työttömiä, jotka eivät kuulu työterveyshuollon piiriin.



Muutosjoustavuus

Terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon menojen osuuden BKT:stä odotetaan kasvavan entisestään tulevina vuosina. Vaikka kymmenen viime vuoden aikana palveluja on siirretty sairaalasta avohoitoon, yksi suurimmista haasteista on kuitenkin parantaa koko väestön pääsyä perusterveydenhuollon palveluihin ja koordinoitua hoitoa entistä paremmin.



2 Suomen terveystilanne

Elinajanodote paranee ja on EU:n keskiarvoa korkeampi

Vastasyntyneen elinajanodote parani Suomessa lähes neljällä vuodella vuosien 2000 ja 2015 välisenä aikana ja ylsi 81,6 vuoteen (kuva 1). Luku ylittää EU:n keskiarvon yhdellä vuodella, mutta eroa parhaiten suoriutuviin maihin on edelleen yksi vuosi.

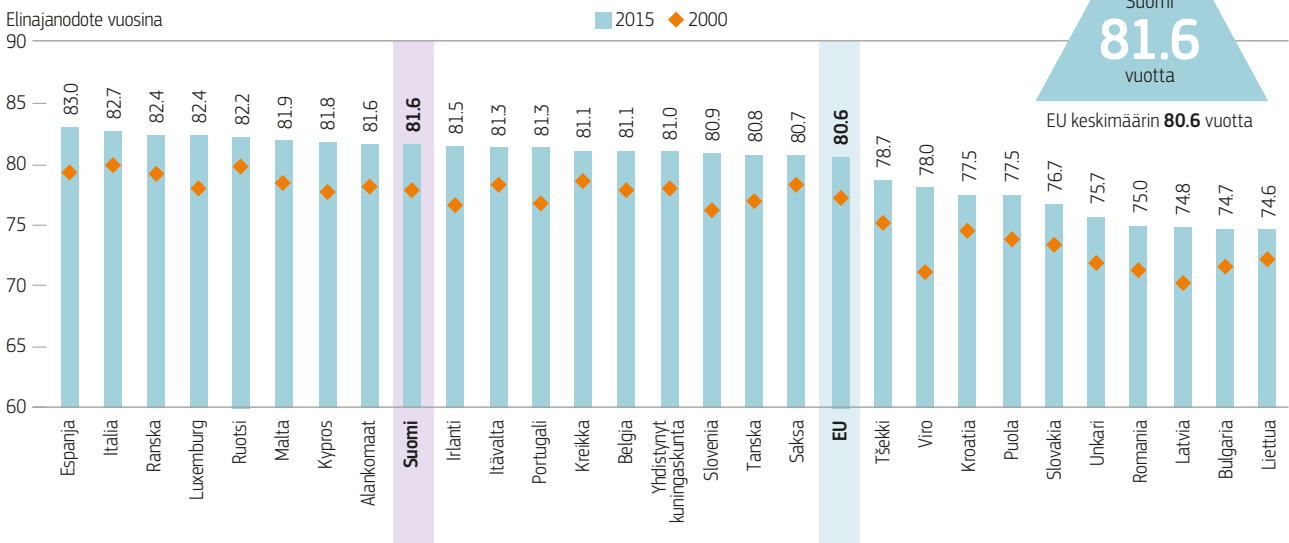
Sukupuolten välinen ero elinajanodotteessa on kuitenkin Suomessa hieman suurempi kuin EU:ssa keskimäärin – suomalaisten miesten elinikä on naisia lähes kuusi vuotta lyhyempi. Tämän lisäksi eri sosioekonomisten ryhmien väliset erot elinajanodotteessa ovat erityisesti miehillä suuremmat kuin muissa Pohjoismaissa. Korkeasteen koulutuksen suorittaneiden suomalaismiesten elinajanodote on yli kuusi vuotta korkeampi kuin miesten, joilla on enintään ylempään

perusasteen koulutus; tämä ero on hieman pienempi koulutetuimpien ja vähiten koulutettujen naisten välillä (melkein neljä vuotta). Tämä johtuu pääasiassa vähän koulutetun väestön korkeammista riskitekijätaasoista (ks. osa 3).

Elinajanodotteen paraneminen vuodesta 2000 johtuu valtaosin siitä, että kuolleisuus on laskenut yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä. Vuonna 2015 suomalaisten 65-vuotiaiden naisten elinajanodote ylsi 21,9 vuoteen (kun vuonna 2000 luku oli 19,5 vuotta) ja miesten elinajanodote 18,3 vuoteen (kun vuonna 2000 luku oli 15,5 vuotta). Suomalaiset 65-vuotiaat naiset ja miehet voivat odottaa elävänsä jäljellä olevista elinvuosistaan toimintakykyisinä noin yhdeksän vuotta.¹

1. Nämä tiedot perustuvat "terveiden elinvuosien" indikaattoriin, jolla mitataan niiden vuosien määrää, jotka tietynikäinen ihminen voi odottaa elävänsä toimintakykyisenä.

Kuvio 1. Suomen elinajanodote paranee ja kuuluu EU-maiden parhaimpaan kolmannekseen



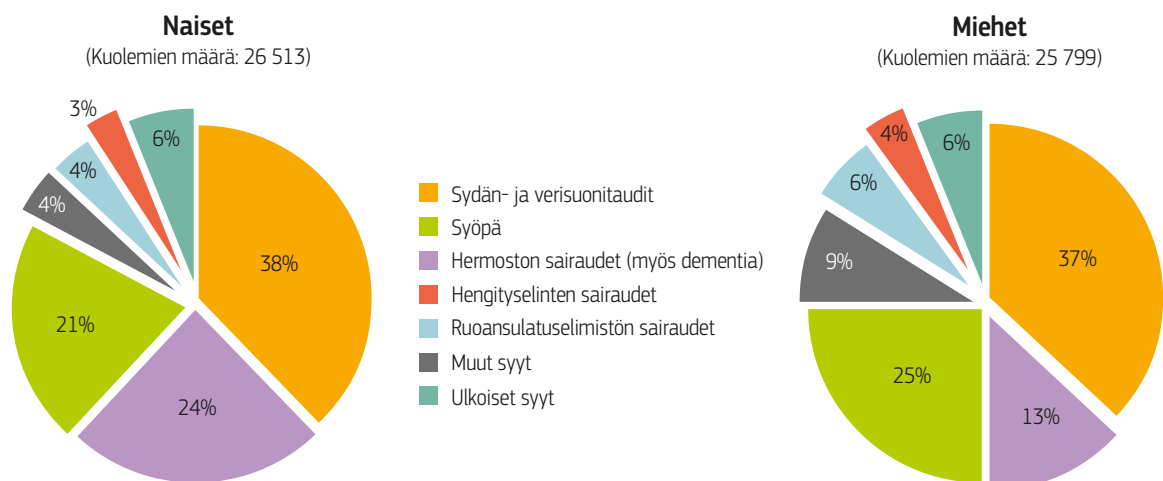
Lähde: Eurostatin tietokanta.

Sydän- ja verisuonitaudit ovat yleisin kuolinsyy, minkä jälkeen merkittävimpiä ovat syöpä ja hermoston sairaudet

Sydän- ja verisuonitaudit, syöpä ja hermoston sairaudet (mukaan lukien dementia) ovat naisten ja miesten yleisimmät kuolinsyyt Suomessa (kuvio 2). Vuonna 2014 lähes 20 000 ihmistä menehtyi sydän- ja verisuonitauteihin (tämä on kaikista naisten kuolemista 38 prosenttia ja kaikista miesten kuolemista 37 prosenttia) ja lähes 12 000 ihmistä kuoli syöpään. Naisilla hermoston sairaudet (mukaan lukien dementia) ovat nykyään syöpää merkittävämpi kuolinsyy. Suomalaisilla miehillä ulkoisia kuolinsyyt (kuten itsemurhia, onnettomuuksia ja muita väkivaltaisia kuolemia) esiintyy edelleen huomattavan paljon.

Kun tarkastellaan lähemmin eri kuolinsyyt, havaitaan, että suomalaisten kolme yleisintä kuolinsyytä ovat pysyneet samoina kuin vuonna 2000, mutta niiden keskinäinen järjestys on muuttunut (kuvio 3). Alzheimerin tautiin ja muihin demencioihin kuolevien määrä on yli kaksinkertaistunut vuodesta 2000, ja demenciat ovatkin nyt toiseksi yleisin kuolinsyy sepelvaltimotaudin jälkeen. Tämä kuvastaa väestön ikääntymistä, demencioiden aiempaa parempaa diagnosointia ja tehokkaiden hoitokeinojen puutetta sekä sitä, että Alzheimerin tauti ja muut demenciat luokitellaan nyt aiempaa täsmällisemmin pääasiallisiksi kuolinsyiksi.

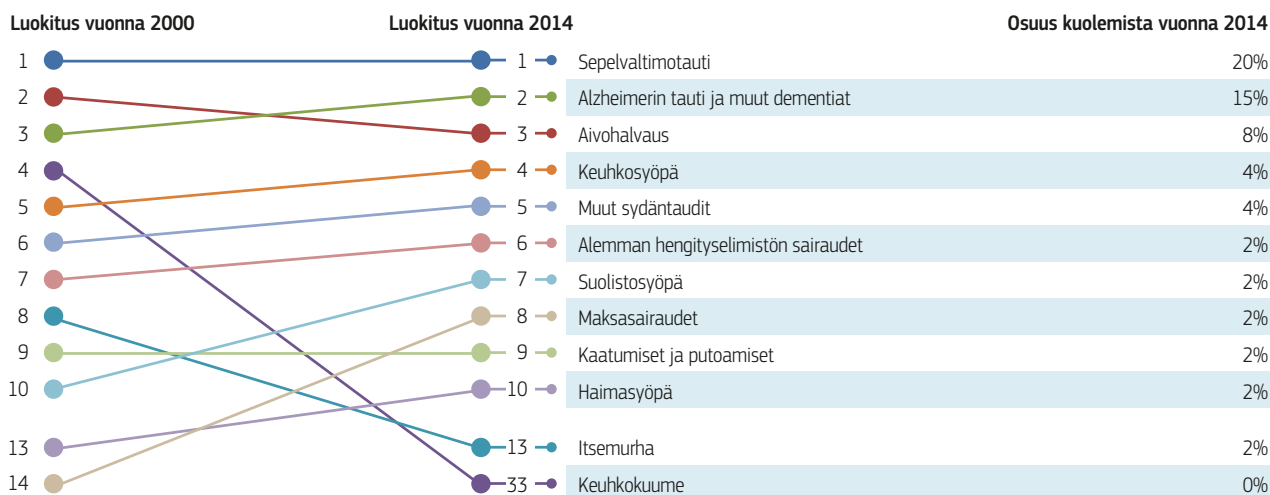
Kuvio 2. Sydän- ja verisuonitaudit, syöpä ja hermoston sairaudet ovat yleisimpiä kuolinsyitä Suomessa



Huom. Tiedot esitetään kansainvälisen tautiluokituksen pääluokkien mukaan. Dementia lisättiin hermoston sairauksien luokkaan, jotta se saatiin sisällytettyä samaan luokkaan Alzheimerin taudin (dementian yleisimmän muodon) kanssa.

Lähde: Eurostatin tietokanta (tiedot vuodelta 2014).

Kuvio 3. Sydäntaudit ovat yleisin kuolinsyy, minkä jälkeen merkittävimpiä kuolinsyitä ovat Alzheimerin tauti ja muut demeniat sekä aivohalvaus



Huom. Keuhkokuumeesta johtuvien kuolemien väheneminen johtuu suurelta osin WHO:n luokittelusääntöön tehdystä muutoksesta, joka vaikutti niin ikään muista syistä johtuvien kuolemien määrään. Monet kuolemat, jotka olisi aiemmin määritellyt keuhkokuumeen aiheuttamiksi, luokitellaan nyt Alzheimerin taudista ja muista demenatioista sekä sydän- ja verisuonitaudeista johtuviksi kuolemiksi.

Lähde: Eurostatin tietokanta.

Keuhkosityöpä on syöpäkuolemien yleisin syy, mutta muista syövästä, kuten suolistosyövästä ja haimasyövästä, johtuvien kuolemien määrä kasvoi, joskin näiden syöpien ikävakioidut kuolleisuusluvut ovat huomattavasti EU:n keskiarvoa matalammat. Tämän lisäksi maksasairauksista (maksakirroosi mukaan lukien) johtuva kuolleisuus kasvoi huomattavasti, mikä liittyy osittain alkoholin liikakäyttöön (ks osa 3).

Myönteistä on se, että itsemurhien määrä on vähentynyt merkittävästi vuodesta 2000, joskin ikävakioidut kuolleisuusluvut ovat yhä suuremmat kuin valtaosassa EU-maita.

Tuki- ja liikuntaelinten ongelmat, masennus ja muut krooniset sairaudet ovat suurimpia syitä huonoon terveyteen

Yleisimpien kuolinsyiden ohella tuki- ja liikuntaelinten ongelmat (mukaan lukien alaselkäkiput ja niskakivut) aiheuttavat enenevässä määrin toimintakykyisten elinvuosien (Disability-adjusted Life Years, DALY)² menetyksiä Suomessa. Vakava masennus ja itsemurhat vaikuttavat edelleen olennaisesti toimintakykyisten elinvuosien määrään, mutta niiden osuus on pienentynyt vuodesta 2000 (IHME, 2016).

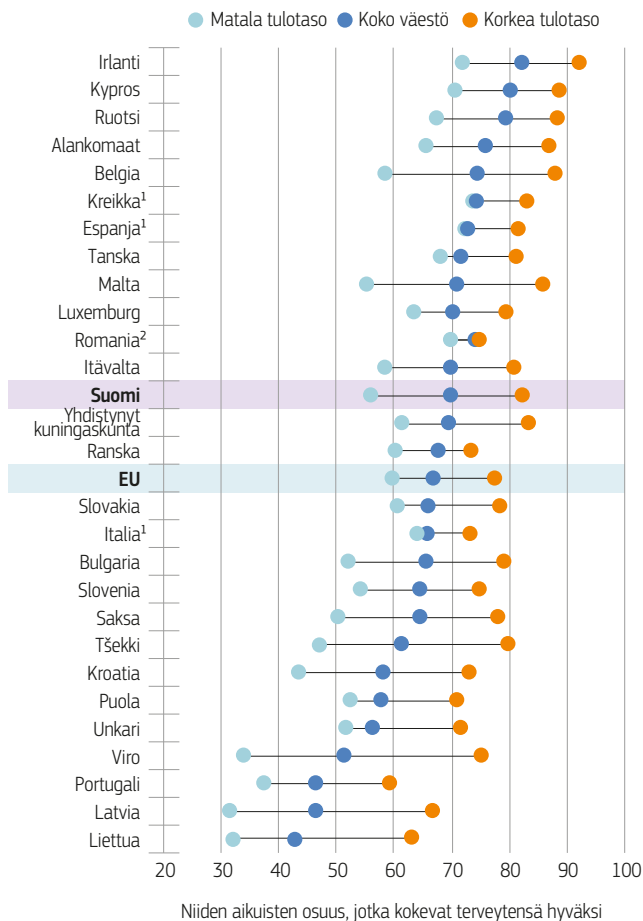
2. Toimintakykyinen elinvuosi (Disability-adjusted Life Year, DALY) on indikaattori, jolla arvioidaan tiettyjen sairauksien ja riskitekijöiden takia menetettyjen elinvuosien kokonaismäärää. Yksi toimintakykyinen elinvuosi vastaa yhtä menetettyä tervettä elinvuotta (IHME).

Eurooppalaiseen terveyshaastattelututkimukseen (European Health Interview Survey, EHIS) osallistuneiden henkilöiden itse ilmoittamien tietojen perusteella joka yhdeksäs suomalainen sairastaa astmaa, useampi kuin joka kymmenes suomalainen on kroonisesti masentunut ja lähes joka kahdestoista suomalainen sairastaa diabetesta. Näiden kroonisten sairauksien esiintyvyydessä on suuria eroja koulutustason mukaan. Henkilöt, joiden koulutustaso on kaikista matalin, sairastavat astmaa lähes kaksi kertaa todennäköisemmin ja ilmoittavat melkein kolme kertaa useammin sairastavansa diabetesta kuin korkeimmin koulutetut henkilöt³.

Valtaosa väestöstä kokee terveytensä hyväksi, mutta tuloryhmien välinen ero on suuri

Kaiken kaikkiaan 70 prosenttia Suomen väestöstä kokee terveytensä hyväksi – osuus on hieman EU:n keskiarvoa (67 prosenttia) suurempi. Luku on kuitenkin paljon suurempi kaikkein ylimmässä tuloviidenneksessä (82 prosenttia) kuin kaikkein alimmassa (56 prosenttia). Tämä ero on suurempi kuin Ruotsissa, Tanskassa ja koko EU:ssa (kuva 4).

Kuvio 4. Valtaosa Suomen väestöstä kokee terveytensä hyväksi, mutta tuloryhmien väliset erot ovat suuret



1. Koko väestön ja pienituloisen väestönosan osuudet ovat jotakuinkin samat.
2. Koko väestön ja suurituloisen väestönosan osuudet ovat jotakuinkin samat.

Lähde: Eurostatin tietokanta, tiedot perustuvat yhteisön tulo- ja elinolotilastoihin (vuodelta 2015).

3. Koulutustasoon liittyvä eriarvoisuus selittyy osin sillä, että vanhuksat ovat muita useammin matalasti koulutettuja; tämä yksin ei kuitenkaan selitä kaikkia sosioekonomisia eroja.

3 Riskitekijät

Epäterveelliset elintavat ovat Suomessa merkittävä kansanterveydellinen ongelma

Institute for Health Metrics and Evaluation -laitoksen (IHME) arvioiden perusteella yli neljännes (28 prosenttia) Suomen kokonaistautitaakasta (sairastavuusvakioituuna elinvuosina mitattuna) voitiin vuonna 2015 selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä – tällaisia ovat muiden muassa tupakointi, alkoholin käyttö, ravintoon liittyvät riskit ja liikkumattomuus, joista tärkeimpiä ovat ravintoon liittyvät riskit ja tupakointi (IHME, 2016).

Tupakointi vähenee edelleen, mutta humalahakuinen juominen on yhä huomattava kansanterveydellinen ongelma

Päivittäin tupakoivien aikuisten osuus on pienentynyt Suomessa voimakkaasti vuodesta 2000 (23 prosentista 15 prosenttiin vuonna 2014) ja on nyt kaikkien EU-maiden kolmanneksi pienin Ruotsin ja Luxemburgin jälkeen (kuva 5). Säännöllinen tupakointi 15-vuotiaiden nuorten ikäryhmässä väheni vielä sitäkin nopeammin (30 prosentista vuosina 2001–2002 aina 13 prosenttiin vuosina 2013–2014), mutta luku on yhä useita EU-maita korkeampi⁴. Nämä positiiviset tulokset on saavutettu verraten kattavalla tupakoinnin torjuntapolitiikalla (ks. osa 5.1).

Alkoholin kulutus kasvoi Suomessa jyrkästi vuoden 2004 jälkeen, jolloin hallitus päätti alentaa alkoholiverotusta Viron EU:hun liittymisen vanavedessä, mutta kulutus on sittemmin laskenut – huippu saavutettiin vuosina 2007–2008, jolloin 15 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä alkoholia kulutettiin yli 10 litraa, ja vuonna 2015 kulutus oli laskenut 8,5 litraan henkilöä kohti. Nuorilla ja aikuisilla alkoholin liikkakäyttö on niin ikään vähentynyt viime vuosina mutta on edelleen yleisempää kuin useimmissa muissa EU-maissa. Vuosina 2013–2014 noin 30 prosenttia 15-vuotiaista suomalaisnuorista (27 prosenttia tytöistä ja 32 prosenttia pojista) ilmoitti olleensa humalassa vähintään kaksi kertaa elämänsä aikana, mikä ylittää EU:n noin 25 prosentin keskiarvon (EU:n keskiarvo on tytöillä 24 prosenttia ja pojilla 27 prosenttia). Useampi kuin joka kolmas suomalaisaikuisen (34 prosenttia) ilmoitti vuonna 2014 käyttävänsä säännöllisesti suuria alkoholimääriä (ns. humalahakuinen juominen⁵) – määrä on EU-maista neljänneksi korkein. Humalahakuisesti juovien miesten osuus (48 prosenttia) on yli kaksi kertaa naisten osuutta (21 prosenttia) suurempi.

4. Suomessa vuonna 2017 toteutetun nuorten terveyttä ja elintapoja kartoittaneen tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että nuorten tupakointi on vähentynyt entisestään – 16–18-vuotiaista tytöistä ja pojista ainoastaan joka kymmenes (10 prosenttia) tupakoi päivittäin.

5. Humalahakuisella juomisella (binge drinking) tarkoitetaan vähintään kuuden alkoholijuoman nauttimista samalla kertaa ainakin kerran kuukaudessa viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Ehdotettu alkoholilain uudistaminen alkoholin myynnin vapauttamiseksi saattaisi kääntää haitallisen alkoholinkäytön vähentämisessä saavutetun viimeaikaisen edistyksen päinvastaiseen suuntaan (ks. osa 5.1).

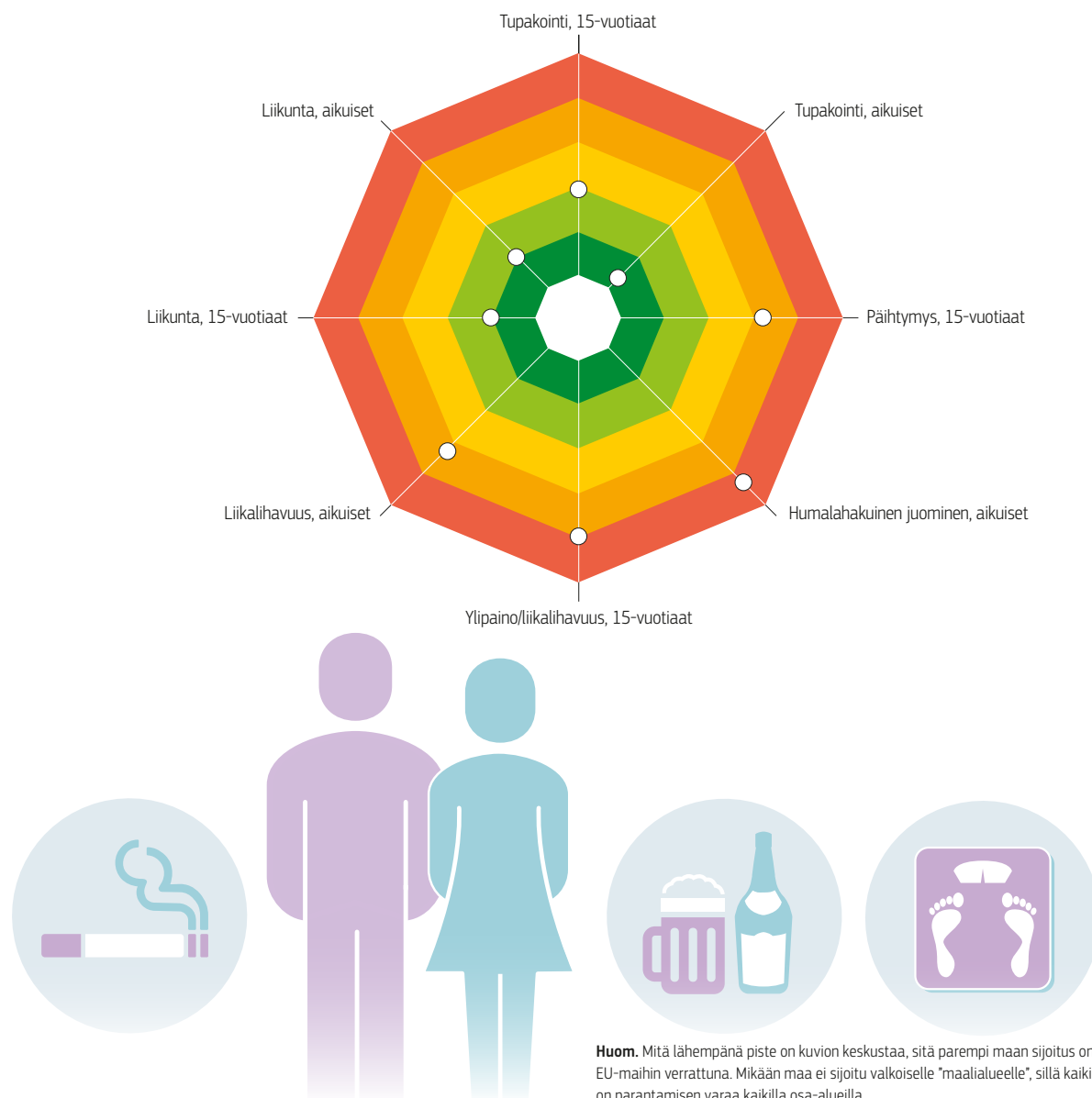
Ylipainon ja liikalihavuuden lisääntyminen aikuisilla ja nuorilla on kasvava ongelma

Väestön itse ilmoittamien tietojen (joissa liikalihavuus arvioidaan todellista vähäisemmäksi) perusteella lähes joka viides suomalaisaikuisen oli vuonna 2014 liikalihava (18 prosenttia) – Suomi sijoittuu näin ollen EU-maiden ylimpään viidennekseen⁶. Itse ilmoitetuista tiedoista ilmenee niin ikään, että 15-vuotiaista ylipainoisia taikka liikalihavia oli joka viides (20 prosenttia) vuosina 2013–2014 (osuus on kasvanut vuosista 2001–2002, jolloin ylipainoisia taikka liikalihavia oli 13 prosenttia) – Suomi sijoittuu nyt siis EU-maiden ylimpään viidennekseen.

Monet käyttäytymiseen liittyvät riskitekijät ovat huono-osaisissa väestöryhmissä muuta väestöä yleisempiä

Kuten muissa EU-maissa, Suomessa monet käyttäytymiseen liittyvät riskitekijät ovat paljon yleisempiä pienituloisten tai matalasti koulutettujen keskuudessa kuin muulla väestöllä. Poikkeuksena tästä on aikuisten humalahakuinen juominen, joka on hiukan yleisempää korkeasti koulutetuilla. Tupakointi on lähes kaksi kertaa yleisempää vähiten koulutetussa väestössä. Liikalihavia on vähiten koulutetussa väestössä yli 50 prosenttia enemmän kuin korkeimmin koulutetussa väestössä. Riskitekijöiden muuta väestöä korkeampi esiintyvyys huono-osaisissa väestöryhmissä vaikuttaa merkittävästi väestöryhmien välisiin terveyseroihin.

Kuvio 5. Alkoholin liikakäyttö sekä ylipaino ja liikalihavuus ovat Suomessa merkittäviä kansanterveydellisiä ongelmia



6. Liikalihavien määrää kartoittaneiden mittausten perusteella suomalaisista aikuisista liikalihavia oli lähes joka neljäs (24,8 prosenttia) vuonna 2011.

Huom. Mitä lähempänä piste on kuvion keskustaa, sitä parempi maan sijoitus on muihin EU-maihin verrattuna. Mikään maa ei sijoitu valkoiselle "maalialueelle", sillä kaikissa maissa on parantamisen varaa kaikilla osa-alueilla.

Lähde: OECD:n laskelmat, jotka perustuvat Eurostatin tietokantaan (vuonna 2014 taikka sen tienoilla tehtyihin eurooppalaisiin terveyshaastattelututkimuksiin), OECD:n terveystilastoihin ja vuosina 2013–2014 tehtyihin kouluikäisten lasten terveyskäyttämistutkimuksiin. (Kaaviomalli: Laboratorio MeS.)

4 Terveysjärjestelmä

Terveydenhuolto järjestetään pääosin paikallistasolla

Suomen terveysjärjestelmä on monimutkainen ja hajautettu, ja hoitoa annetaan kunnallisen terveydenhuollon, työterveyshuollon tai yksityisen terveydenhuollon toimipisteissä. Yli 300 kuntaa (paikallisviranomaista) vastaa peruspalveluiden, kuten koulutuksen ja sosiaali- ja terveyspalveluiden, tuottamisesta asukkailleen. Kunnat rahoittavat ja järjestävät (usein yhdessä) perusterveydenhuollon ja muodostavat 20 sairaanhoitopiiriä sairaalahoidon rahoittamiseksi ja tuottamiseksi. Kansallisella tasolla sosiaali- ja terveysministeriö on vastuussa terveydenhuollon uudistusten ja terveyspolitiikkojen kehittämisestä ja toteuttamisesta, ja se hyödyntää työskentelyssään laajasti asiantuntija- ja neuvoa-antavista elimistä koostuvaa verkostoa.

Terveydenhuollon rahoitus saadaan kunnilta, joilla on verotusoikeus, ja lakisääteisestä kansallisesta sairausvakuutusjärjestelmästä, jonka toiminnasta vataa eduskunnan alaisuudessa toimiva Kansaneläkelaitos. Kansallisesta sairausvakuutusjärjestelmästä rahoitetaan avohoitopotilaiden lääkkeet, terveydenhuoltoon liittyvät matkakulut sekä sairaus- ja äitiyspäivärahat. Tämän lisäksi järjestelmä käytännössä tukee työterveyshuoltoa, sillä Suomessa työnantajilla on velvollisuus järjestää ja tarjota työntekijöilleen terveyspalveluita ja noin puolet työnantajien terveydenhuoltokustannuksista katetaan kansallisesta sairausvakuutuksesta.

Kansallisesta sairausvakuutuksesta korvataan niin ikään osa yksityisen sektorin – pääasiassa avohoidossa – tuottamista palveluista. Tämä terveysjärjestelmän verraten ainutlaatuinen rakenne on yhtäältä saanut tunnustusta sen kyvystä mukautua hajallaan asuvan väestön tarpeisiin ja toisaalta saanut osakseen kritiikkiä eriarvoisuuden ja tehottomuuden synnyttämisestä (Couffinhal et al., 2016) (ks. osa 5.2).

Suomessa valmistellaan parhaillaan merkittävää uudistusta, jonka tarkoituksena on synnyttää aiempaa keskitetympi maakuntapohjainen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä, joka perustuisi yhden maksajan rahoitusjärjestelmään (ks. laatikko 1).

Terveysjärjestelmä perustuu monikanavaisen rahoituksen ja laajalti perittäviin käyttömaksuihin

Vuonna 2015 Suomen BKT:stä 9,4 prosenttia käytettiin terveyspalveluihin (osuus on kasvanut vuodesta 2005, jolloin terveyspalveluihin kului 8,0 prosenttia BKT:stä) – osuus on hieman EU:n 9,9 prosentin keskiarvoa pienempi. Asukasta kohti lasketut terveydenhuoltomenot olivat Suomessa 2 981 euroa vuonna 2015 (luku on korjattu ottamalla huomioon erot ostovoimassa), mikä tarkoittaa, että menotaso on hieman EU:n keskiarvoa korkeampi (kuva 6) mutta matalampi kuin Tanskassa ja Ruotsissa.

LAATIKKO 1. SUOMESSA EHDOTETAAN MITTAVIA UUDISTUKSIA

Tätä kirjoitettaessa (heinäkuu 2017) ehdotetuilla uudistuksilla on todettu tavoiteltavan oikeudenmukaisuuden, saavutettavuuden ja tehokkuuden parantamista sosiaali- ja terveyspalveluissa, ja samalla halutaan varmistaa tehokkuushyödyt ja hillitää kustannuksia. Yleisenä päämääränä on hillitää menojen kasvua kustannussäästöillä (Couffinhal et al., 2016).

Ehdotus sisältää seuraavat keskeiset muutokset:

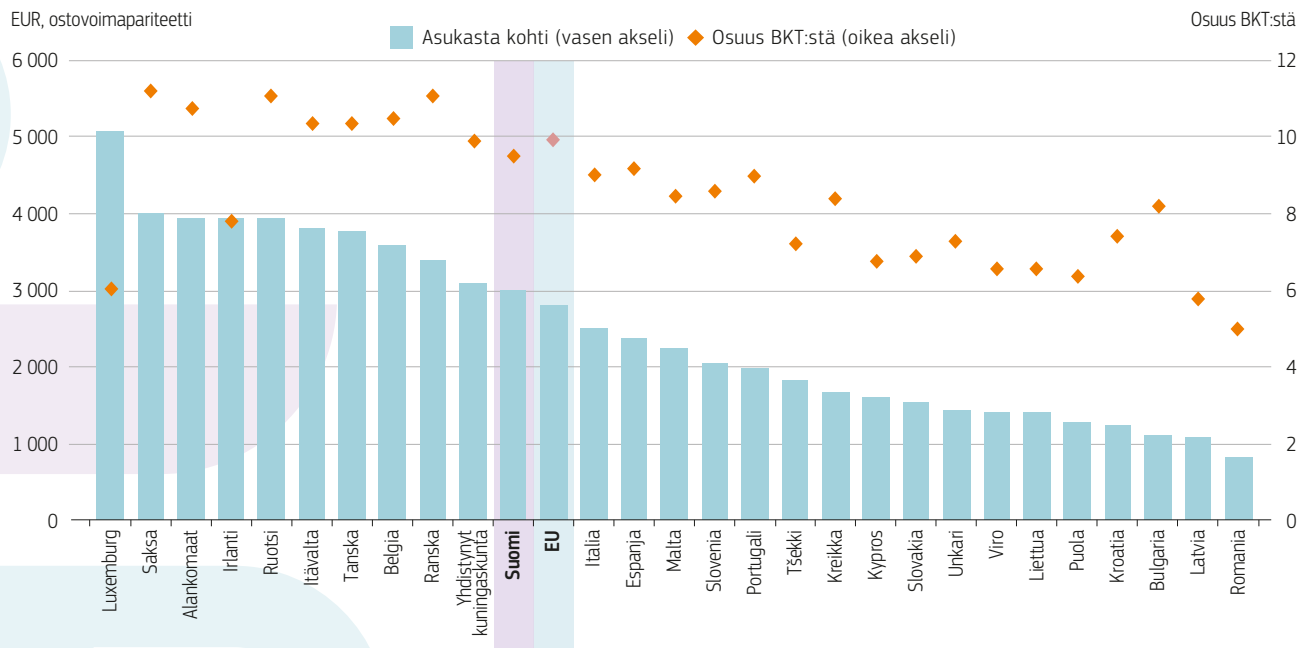
- **Hallinto:** Vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta siirretään kunnilta 18 aluehallinnolle (maakunnalle), jotka on määrä perustaa vuonna 2020
- **Rahoitus:** Monen maksajan rahoitusjärjestelmästä siirrytään yhden maksajan rahoitusjärjestelmään, joka rahoitetaan yleisellä verotuksella
- **Palvelujen tuottaminen:** Otetaan käyttöön tilaaja-tuottaja-toimintamalli ja tuottajien välinen kilpailu, laajennetaan valinnanvapautta, vahvistetaan palveluiden integrointia ja hoidon jatkuvuutta ja keskitetään päivystyspoliikkialuepalvelut ja tietyt erikoislääkäripalvelut

Terveydenhuoltomenoissa yksityisen rahoituksen osuus on korkeampi kuin muissa Pohjois- tai Länsi-Euroopan maissa (26 prosenttia kokonaismenoista). Yksityinen rahoitus perustuu pääosin palvelujen käyttäjiltä perittäviin maksuihin, ja yksityisen sairausvakuutuksen osuus on pieni (ks. kuva 10 osassa 5.2). Noin 74 prosenttia terveydenhuoltomenoista katetaan julkisista varoista: suunnilleen kolme viidesosaa näistä varoista kerätään veroilla, ja kansallinen sairausvakuutus kattaa jäljelle jäävän osuuden. Kunnilla on laajat valtuudet kerätä veroja, jakaa veroja ja asettaa käyttömaksuja (kansallisesti määriteltyyn enimmäismäärään saakka), ja valtio maksaa niille valittonapua. Kansallisen sairausvakuutusjärjestelmän budjetti koostuu pääasiassa pakollisista työntekijämaksuista, ja noin 30 prosenttia varoista saadaan valtion tulonsiirroista.

Järjestelmä kattaa valtaosan väestöstä, mutta palveluiden omavastuuosuudet ovat suuria

Kaikki maassa pysyvästi asuvat kuuluvat kansallisen sairausvakuutuksen piiriin, ja kunnalliset terveydenhuoltopalvelut ovat kuntien asukkaiden käytettävissä. Järjestelmä ei kata tiettyjä väestöryhmiä (laittomia maahanmuuttajia, matkailijoita, tilapäisiä vierailijoita EU:n ulkopuolisista maista), mutta näillä ryhmillä on oikeus saada välttämätöntä ensihoitoa.

Kuvio 6. Suomen terveydenhuoltomenot asukasta kohti ylittävät hieman EU:n keskiarvon



Lähteet: OECD:n terveystilastot; Eurostatin tietokanta; WHO:n Global Health Expenditure Database -tietokanta (GHED) (tiedot vuodelta 2015).

Työterveyshuoltojärjestelmä kattaa työssä olevat (noin kolmanneksen koko väestöstä), ja se antaa työntekijälle kansallista sairausvakuutusta täydentäviä lisäetuja. Kasvavalla väestönosalla (tällä hetkellä 15 prosentilla väestöstä) on niin ikään rinnakkainen, täydentävä ja/ tai ylimääräinen yksityinen sairausvakuutus, jonka ensisijaisena tarkoituksena on kattaa yksityisten palveluiden ja sellaiset avohoidon lääkkeiden kustannukset, jotka eivät kuulu kansallisen sairausvakuutuksen piiriin.

Ostavastuuosuuksina suoritettavia käyttömaksuja käytetään laajasti – maksuja sovelletaan valtaosaan kunnallisista terveydenhuoltopalveluista, myös perusterveydenhuollossa ja päivystyspoliklinikkapalveluissa. Terveyspalveluiden käyttömaksuihin sovelletaan 691 euron vuotuista käyttäjäkohtaista ylärajaa. Potilaat maksavat kunakin vuonna ensimmäiset 50 euroa heille määrättyjen lääkkeiden kustannuksista. Tämän vähennyskelpoisen summan ylittävistä lääkekuluista korvataan yleensä 40 prosenttia (tietyistä lääkkeistä voi saada 65 tai 100 prosentin suuruisen erityiskorvauksen), mutta käyttäjiltä perittäville maksuille on asetettu 605 euron vuotuinen yläraja. Tietyt palvelut ovat ilmaisia (esimerkiksi lasten perusterveydenhuolto ja hammashoito, neuvolakäynnit, työterveyspalvelut), ja lisäksi tietyistä sairauksista ja toimintarajoitteista kärsivät henkilöt on vapautettu maksuista.

Sairaalapaikkojen määrä on pienentynyt samalla kun laitteiden saatavuus on parantunut

Vuonna 2015 Suomessa oli 305 akuuttisairaanhoidon sairaalapaikkaa 100 000:ta asukasta kohti – luku on yksi EU:n alhaisimmista. Sairaalapaikkojen kokonaismäärää on vähennetty lähes 40 prosentilla vuodesta 2000 kustannusten hillitsemiseksi ja tehokkuuden parantamiseksi (ks. osa 5.3). Toisaalta sairaaloiden ja muiden terveydenhuollon toimipisteiden varustelutaso on korkeampi kuin useimmissa muissa EU-maissa ja diagnostiikka- ja hoitolaitteita (kuten muiden muassa magneettiresonanssikuvauksyksiköitä, PET-kuvauslaitteita, angiografia- ja sädehoitolaitteita) on asukasta kohti aiempaa enemmän.

Lääkärien ja sairaanhoitajien määrä on kasvanut vuodesta 2000

Lääkärien, sairaanhoitajien ja muiden terveydenhuollon työntekijöiden määrä on kasvanut vuodesta 2000 sekä absoluuttisesti että asukasta kohti mitattuna. Sairanhoitajien määrä suhteessa väestömäärään on Tanskan jälkeen EU:n toiseksi korkein ja selvästi EU:n keskiarvoa korkeampi (tuoreimmat tiedot ovat vuodelta 2014, jolloin maassa oli 14,6 sairaanhoitajaa 1 000:ta asukasta kohti, kun taas EU:n keskiarvo oli 8,3). Lääkärien määrä on sen sijaan EU:n keskiarvoa pienempi (vuonna 2014 Suomessa oli 3,2 lääkärinä ja EU:ssa keskimäärin 3,6 lääkärinä 1 000:ta asukasta kohti). Osalla sairaanhoitajista vastuualue on laajentunut huomattavasti uusien tehtävien, kuten potilastietojen hallinnoinnin, konsultaatioiden ja lääkemääräysten, myötä, mutta tosiasiaa sairaanhoitajia, joilla on tällainen laajennettu tehtäväkuva, on vielä melko vähän.

Työllisiin kuulumattomilla odotusajat ovat pitkiä ja koordinaatio on yleisesti ottaen puutteellista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä

Terveyskeskuksissa järjestettävässä perusterveydenhuollossa tarjotaan useita palveluita (mukaan lukien sairauksien ennaltaehkäisy ja avohoido, hammashoito ja neuvolapalvelut). Terveyskeskuksissa on myös usein yleislääkäreiden vastuulla olevia vuodeosastoja, joissa hoidetaan pääosin kroonisista sairauksista kärsiviä ja pitkäaikaishoitoa tarvitsevia potilaita.

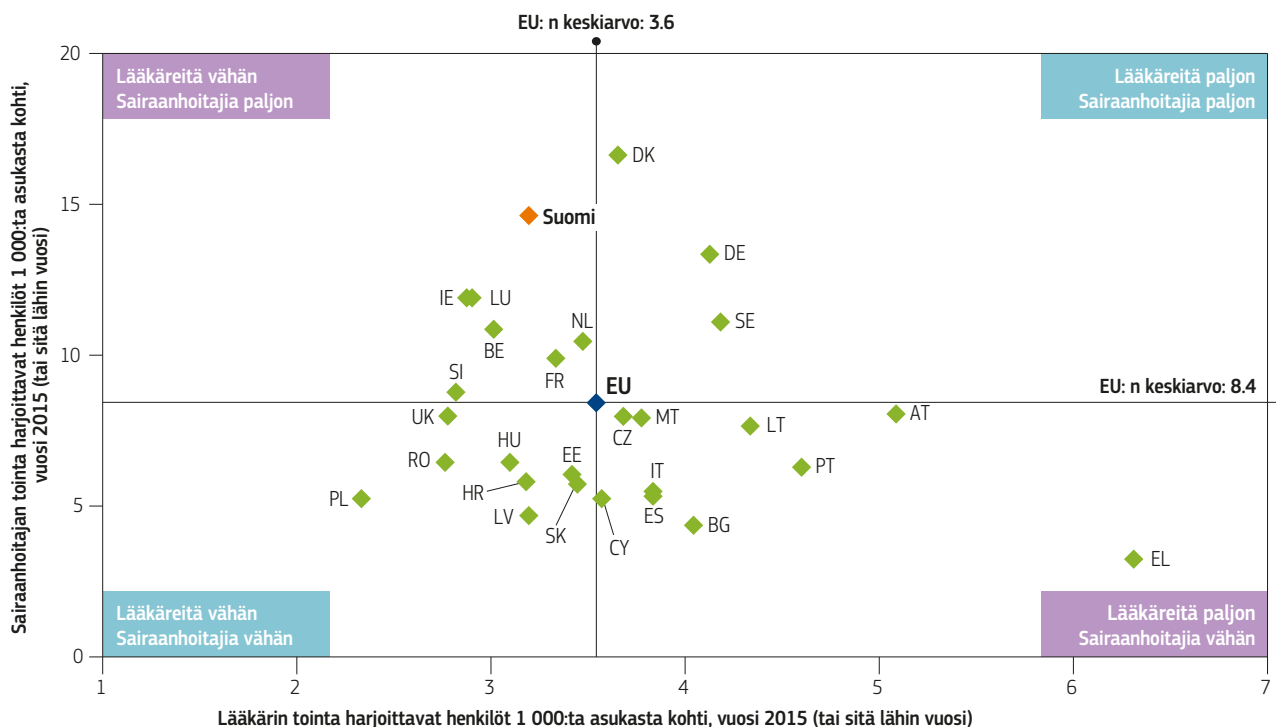
Erikoissairaanhoidon (mukaan lukien avohoidon erikoislääkäripalvelut, vuodeosastohoito ja päiväkirurgia) tarjotaan pääasiassa sairaaloissa, joita ylläpitävät kuntien omistuksessa olevat sairaanhoitopiirit. Pitkälle erikoistunutta hoitoa annetaan viidessä yliopistollisessa sairaalassa. Potilaat tarvitsevat lähteen erikoissairaanhoidon, ellei kyse ole hätätapauksesta. Suomessa on vain harvoja yksityisiä sairaaloita, mutta

avohoidon erikoislääkäripalveluiden yksityisiä tuottajia on sen sijaan paljon. Päivystyspoliklinikkapalveluita tarjotaan terveyskeskuksissa ja sairaaloissa vuorokauden ympäri viikon jokaisena päivänä, mutta parhaillaan toteutetaan muutoksia, joilla suuri osa päivystyspalveluista pyritään keskittämään 12 suureen sairaalaan.

Terveydenhuoltopalveluiden tarjoamisessa tunnistettuja ongelmia ovat muiden muassa työterveyshuollon ulkopuolella olevien työllisiin kuulumattomien pitkät odotusajat⁷, koordinaation puute perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä vaihtelut palvelutasossa ja palveluiden laadussa.

7. Huoli odotusajoista johti hoitotakuulainsäädännön hyväksymiseen vuonna 2005. Lainsäädännössä on määritelty ohjeelliset enimmäisodotusajat monille perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluille. Vuonna 2011 tätä lainsäädäntöä uudistettiin, ja se otettiin osaksi Suomen uutta terveydenhuoltolain (1326/2011), joka yhdisti kansanterveyslain (66/1972) ja erikoissairaanhoidon (1062/1989) yhdeksi säädökseksi.

Kuvio 7. Lääkärien määrä asukasta kohti on Suomessa EU:n keskiarvoa pienempi, mutta sairaanhoitajien määrä ylittää EU:n keskiarvon



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 määrä on noin 30 prosenttia todellista suurempi). Itävallan ja Kreikan tiedoissa sairaanhoitajien määrä on arvioitu todellista pienemmäksi, sillä niissä on huomioitu vain sairaaloissa työskentelevät sairaanhoitajat.

Lähde: Eurostatin tietokanta.

5 Terveysjärjestelmän toimintakyky

5.1 VAIKUTTAVUUS

Terveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus on alle EU:n keskiarvon

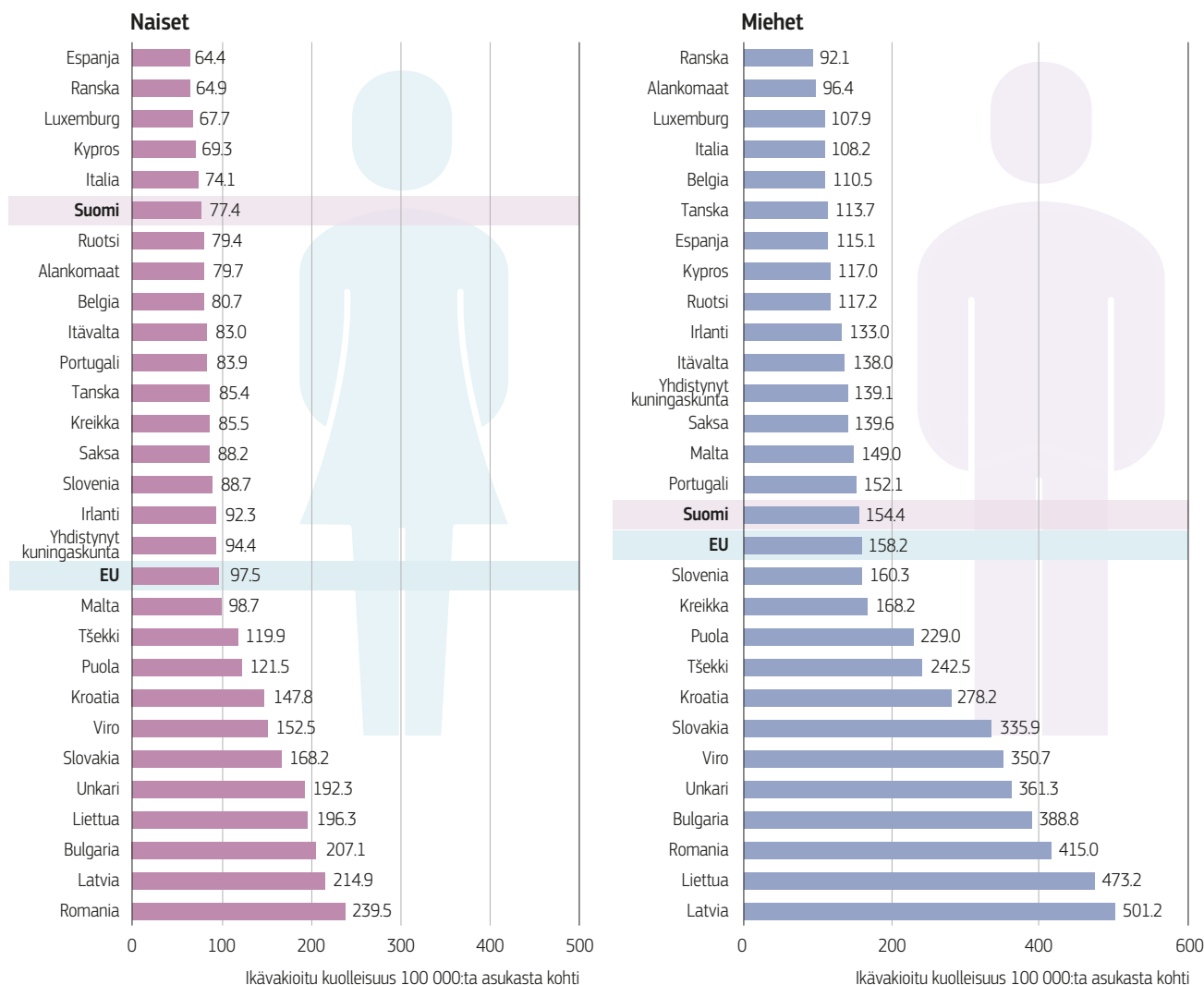
Vältettävissä oleva kuolleisuus on vähentynyt Suomessa vuodesta 2000 ja on nyt naisilla alemmalla tasolla kuin useimmissa muissa EU-maissa ja miehillä hiukan EU:n keskiarvon alapuolella (kuva 8)⁸. Miesten suurempi vältettävissä oleva kuolleisuus johtuu pääasiassa siitä, että iskeemisten sydänsairauksien aiheuttama kuolleisuus on miehillä suurta – näiden sairauksien katsotaan olevan vältettävissä terveydenhuollon keinoin, joskin niitä voidaan vähentää myös tehokkailla ennalta ehkäisevillä toimilla.

8. Vältettävissä olevalla kuolleisuudella tarkoitetaan ennenaikaisia kuolemia, jotka olisi voitu välttää oikea-aikaisella ja tehokkaalla terveydenhoidolla.

Sydäninfarktin ja aivohalvauksen takia sairaalahoitoon joutuneiden potilaiden kuolleisuus on EU-maiden alhaisimpia

Sydäninfarktin ja erityisesti aivohalvauksen takia akuuttisairaanhoidon tarvitsevien potilaiden hoito on Suomen sairaaloissa hyvin tehokasta. Kymmenen viime vuoden aikana näiden henkeä uhkaavien sairauksien takia sairaalaan otettujen henkilöiden kuolleisuutta on onnistuttu vähentämään merkittävästi. Iskeemisestä aivohalvauksesta käytettävissä olevien tietojen perusteella 30 päivän kuolleisuus on nyt EU-maiden alhaisin (kuva 9). Tämä on tulosta päivystyspoliikkapalveluiden prosessien virtaviivaistamisesta ja hoitojen parantamisesta (erityisesti siitä, että iskeemisiä aivohalvauksia hoidetaan entistä useammin liuotushoidolla).

Kuvio 8. Suomalaisen naisten vältettävissä oleva kuolleisuus on yksi EU:n alhaisimmista, mutta miesten kuolleisuus on lähempänä EU:n keskiarvoa



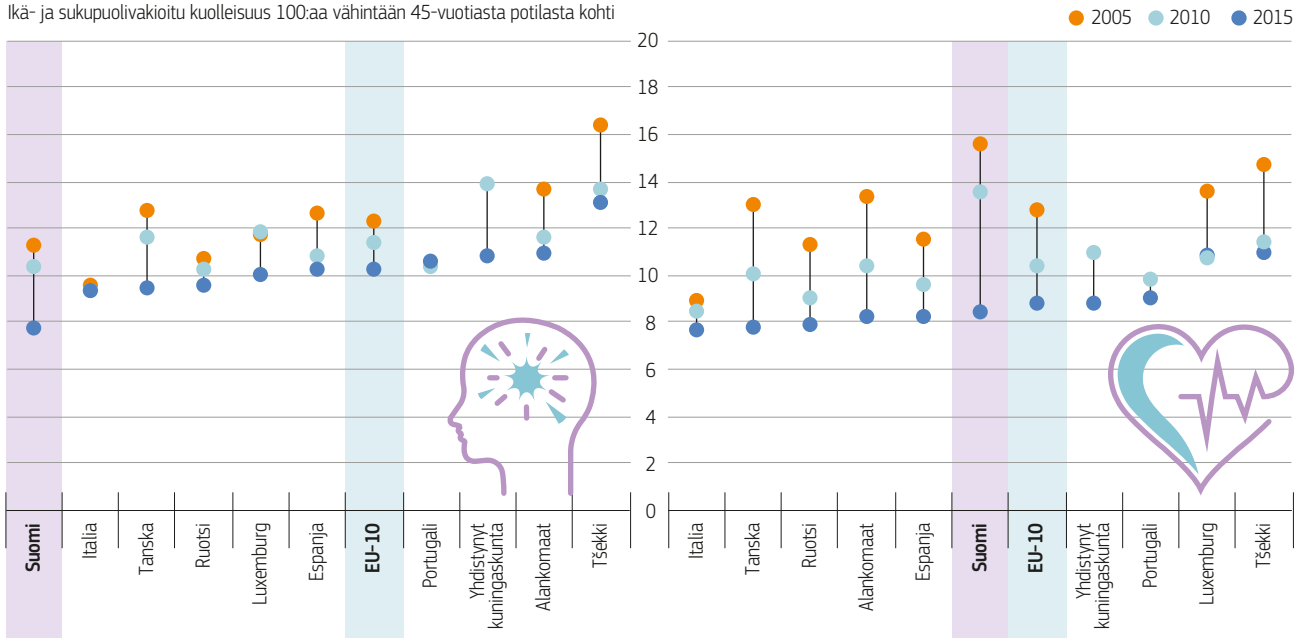
Lähde: Eurostatin tietokanta (tiedot vuodelta 2014).

Kuvio 9. Aivohalvauksen ja sydäninfarktin takia sairaalahoitoon joutuneiden potilaiden kuolleisuus väheni Suomessa huomattavasti

30 päivän kuolleisuus iskeemisen aivohalvauksen takia sairaalahoitoon joutuneilla potilailla

30 päivän kuolleisuus sydäninfarktin takia sairaalahoitoon joutuneilla potilailla

Ikä- ja sukupuoliavakioitu kuolleisuus 100:aa vähintään 45-vuotiasta potilasta kohti



Huom. Tämä indikaattori perustuu potilastason tietoihin. Luxemburgin luvut ovat kolmen vuoden keskiarvoja. EU:n keskiarvo on painottamaton.

Lähde: OECD:n terveystilastot vuodelta 2017.

Syövän hoito on yleisesti vaikuttavaa

Syövän hoito on Suomessa yleisesti hyvällä tasolla. Varhaisen diagnosoinnin ja vaikuttavien hoitojen takia eri syöpiä, kuten rintasyöpää, kohdunkaulan syöpää tai paksu- ja peräsuolen syöpää, sairastavien suomalaisten eloonjäämisaste on korkeampi kuin useimmissa muissa EU-maissa ja syöpätautien aiheuttama kokonaiskuolleisuus on EU:n alhaisimpia.

Suomessa otettiin käyttöön kansallisia syöpäseulontaohjelmia 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. 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 (OECD, 2013).

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

Ennalta ehkäisyllä tupakointia on vähennetty tehokkaasti

Kuten osassa 3 todettiin, tupakointi on vähentynyt Suomessa huomattavasti viimeksi kuluneiden 15 vuoden aikana, ja Suomi kuuluu nyt EU-maihin, joissa tupakointi on kaikkein vähäisintä. 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 (WHO, 2015).

Alkoholiin liittyvät ongelmat ja kuolemat ovat Suomessa paljon yleisempiä kuin useimmissa muissa Pohjois- ja EU-maissa. Vuoden 1994 alkoholilaki sisälsi useita säännöksiä, joiden tarkoituksena oli vähentää alkoholin käyttöä: laissa muun muassa rajoitettiin mainontaa, myönnettiin valtion omistamalle yhtiölle (Alkolle) monopoli tietyn alkoholiprosentin ylittävien alkoholijuomien vähittäismyyntiin ja rajoitettiin alkoholin myyntiaikoja niin vähittäiskaupassa kuin baareissa ja ravintoloissa. Näillä toimenpiteillä nuorten ja aikuisten alkoholin kokonaiskulutusta on onnistuttu jonkin verran alentamaan viime vuosina.

Vuonna 2016 hallitus kuitenkin ehdotti alkoholilain uudistamista alkoholin myyntiä koskevan säännöstelyn purkamiseksi – tämä tarkoittaisi alkoholijuomien mainonnan vapauttamista, vähittäismyyntiin alkoholijuomavalikoiman laajentamista ja vähittäismyyntiä aikaisempaa vapaammin eri myymälöissä ja tiloissa sekä alkoholin myyntiaikojen pidentämistä sekä vähittäiskaupassa että baareissa ja ravintoloissa.

Tämä ehdotettu alkoholin säännöstelypolitiikan purkaminen herättää vakavaa huolta siitä, että se voisi kääntää Suomessa alkoholin käytön vähentämisessä viime aikoina saavutetun edistyksen päinvastaiseksi⁹.

Myös laittomien huumausaineiden (esimerkiksi kannabiksen, ekstaasin ja amfetamiinien) käyttöä esiintyy Suomessa yleensä enemmän kuin useimmissa muissa EU-maissa. Laittomien huumausaineiden käyttöön puuttuminen ei kuitenkaan näytä olleen keskeisenä teimana kansanterveydestä käydyissä viimeaikaisissa keskusteluissa.

Suomessa on otettu käyttöön itsemurhien vähentämiseen tähtäviä ohjelmia

Masennusta ja muita mielenterveysongelmia esiintyy Suomessa edelleen verrattain paljon, ja itsemurhien määrä on perinteisesti ollut suuri. Suomessa on 1980-luvulta saakka toteutettu kansallisia itsemurhien ehkäisyohjelmia, joihin on kuulunut eri alojen välistä yhteistyötä ja joissa on ollut mukana monia eri sidosryhmiä. Ohjelmilla itsemurhien määrää on onnistuttu hiljalleen vähentämään. Erityisille riskiryhmille, kuten nuorille 15–29-vuotiaille miehille, on niin ikään järjestetty kohdennettuja ohjelmia niin sanotun Aikalisä! Elämä raiteilleen -hankkeen kautta. Hanke toteutettiin yli 100 kunnassa, ja siitä on saatu myönteisiä tuloksia (Patana, 2014).

9. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) arvioi, että mikäli ehdotus toteutettaisiin alkuperäisessä muodossaan, alkoholin kulutus kasvaisi 5–6 prosenttia ja alkoholiin liittyviä kuolemantapauksia olisi vuositasolla 150 nykyistä enemmän.

5.2 SAAVUTETTAVUUS

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

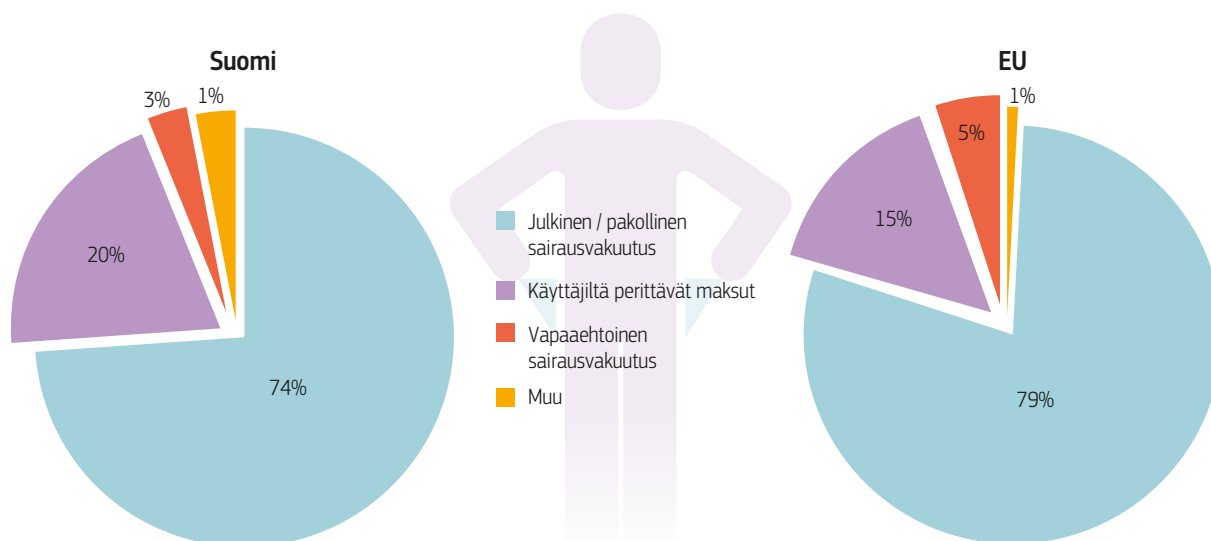
Kuten osassa 4 todetaan, kaikilla maassa pysyvästi asuvilla on oikeus sairausvakuutukseen, mutta palvelujen saatavuus on parempi henkilöillä, joilla on mahdollisuus käyttää työterveyshuollon palveluita ja joilla on yksityinen vakuutus. Suuri osa terveyspalveluiden ja terveydenhoitotuotteiden kustannuksista katetaan julkisista varoista, mutta asiakasmaksuja sovelletaan useimpiin palveluihin ja tuotteisiin, etenkin avohoidon lääkevalmisteisiin ja hammashoittoon.

Vuonna 2015 käyttäjiltä perittävät maksut kattoivat 20 prosenttia Suomen senhetkistä terveydenhuoltomenoista – osuus on suurempi kuin useimmissa muissa EU-maissa (kuva 10). Käyttäjiltä perittävät maksut olivat keskimäärin 718 euroa asukasta kohti. Vielä vuonna 2000 vastaava luku oli 417 euroa. Yli kolmannes näistä käyttäjiltä perittävistä maksuista kuluu lääkeostoihin, ja viidenneksellä ostetaan hammashoitopalveluita.

Suomessa on verrattain paljon tyydyttymätöntä sairaanhoidon tarvetta, mikä johtuu pääosin odotusajoista

Suomessa tyydyttymätöntä sairaanhoidon tarvetta ilmoittaneiden henkilöiden osuus väestöstä on korkeampi kuin EU:ssa keskimäärin. Vuonna 2015 yli 4 prosenttia suomalaisista ilmoitti, että heillä oli taloudellisista syistä, maantieteellisistä esteistä tai odotusajoista

Kuvio 10. Käyttäjiltä perittävien maksujen osuus terveydenhuoltomenoista on Suomessa suuri

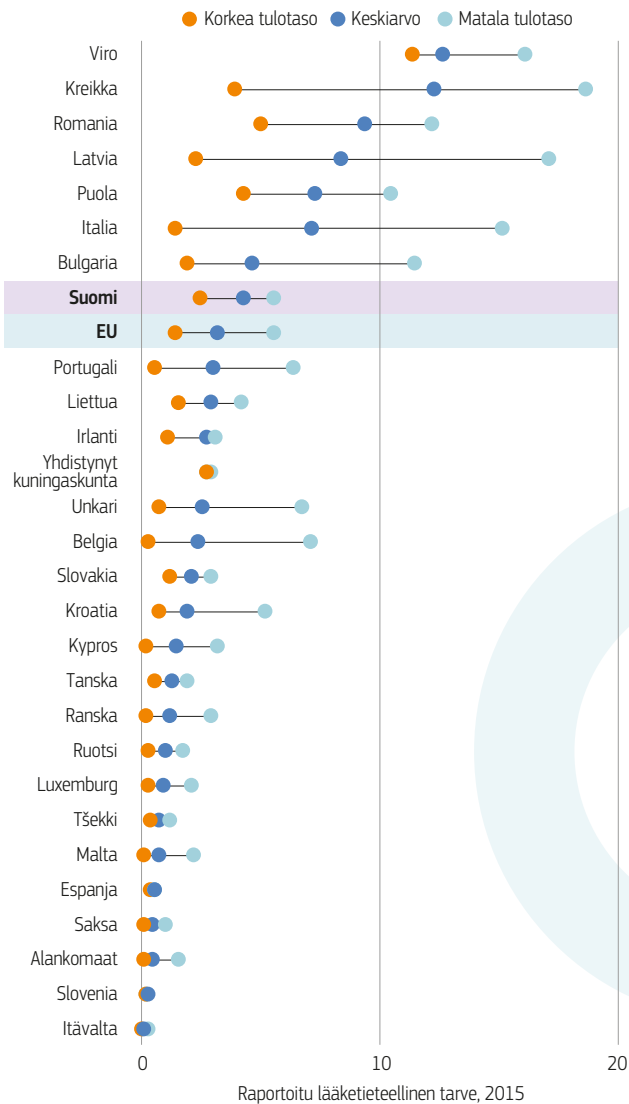


Lähteet: OECD:n terveystilastot; Eurostatin tietokanta (tiedot vuodelta 2015).

johtuvaa tyydyttämättömyyttä sairaanhoidon tarvetta. Vastaava luku koko EU:n alueella oli keskimäärin vain hieman yli 3 prosenttia (kuva 11). Ylivoimaisesti suurin syy suomalaisten ilmoittamaan tyydyttämättömyyden tarpeeseen olivat odotusajat. Pienituloisten keskuudessa tyydyttämättömyyttä sairaanhoidon tarvetta ilmoittaneiden osuus oli yli kaksi kertaa suurempi kuin suurituloisten keskuudessa.

Hammashoidossa tyydyttämättömyyttä tarvetta on vielä enemmän. EU-SILC-tutkimuksen mukaan yli 5 prosenttia suomalaisista ilmoitti vuonna 2015, että he eivät olleet käyneet tarkastuttamassa hampaitaan tarpeesta huolimatta (EU:n keskiarvo oli 4,5 prosenttia). Suurin osa tästä tyydyttämättömyydestä tarpeesta liittyi niin ikään pitkiin odotusaikoihin.

Kuvio 11. Monet pienituloiset ilmoittavat Suomessa pääosin odotusajoista johtuvaa tyydyttämättömyyttä sairaanhoidon tarvetta



Huom. Tiedot koskevat tarvetta lääkärintarkastuksiin, jotka eivät olleet toteutuneet kustannusten, etäisyyksien tai odotusaikojen takia. Eri maiden tietojen vertailussa on oltava varovainen käytetyissä tutkimusmenetelmissä olleiden erojen takia.

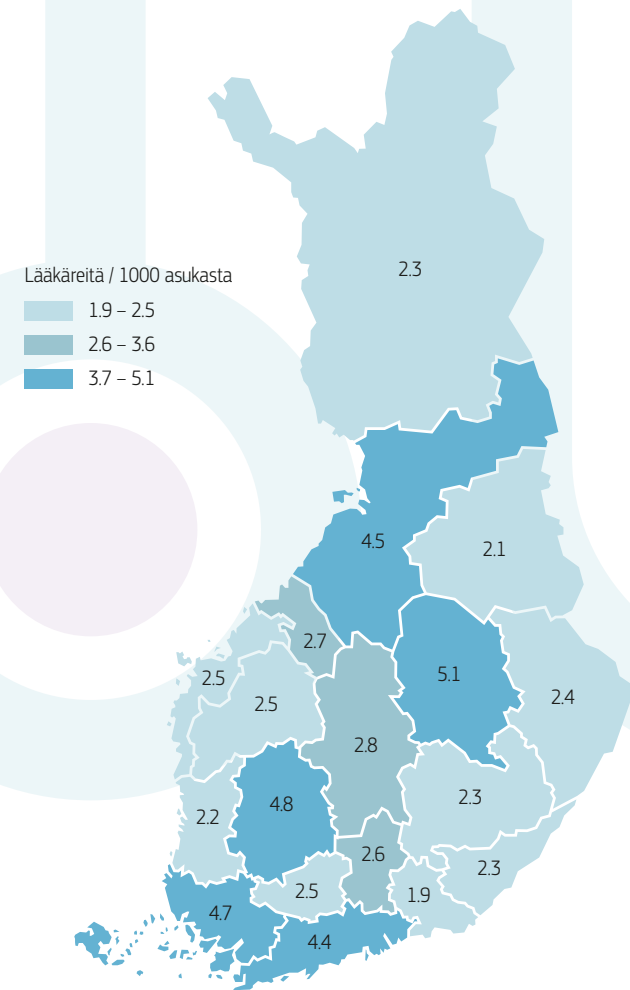
Lähde: Eurostatin tietokanta, tiedot perustuvat EU-SILC-tutkimukseen (vuodelta 2015).

Voimavarojen epätasainen jakautuminen ja työterveyshuoltojärjestelmä synnyttävät eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä

Suomen terveydenhuollon voimavarojen epätasainen jakautuminen vahvistaa eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä. Lääkäreitä on runsaasti Helsingissä ja muissa suurissa kaupungeissa, koska sairaalat ja erikoissairaanhoidon yksiköt sijaitsevat pääasiassa kaupunkialueilla, kun taas syrjäisillä ja harvaan asutuilla alueilla lääkäreitä on suhteellisesti vähemmän (kuvio 12). Tämä henkilöstövoimavarojen epätasainen jakautuminen vaikuttaa osaltaan siihen, että syrjäisillä alueilla asuvat joutuvat odottamaan hoitoon pääsyä pitkään.

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 palveluita. Sitä vastoin alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ja (työiän ylittäneet) ikääntyvät henkilöt käyttävät pääosin julkisia palveluita ja joutuvat siksi odottamaan pidempään palveluihin pääsyä.

Kuvio 12. Lääkäreiden lukumäärä suhteessa väestöön vaihtelee huomattavasti alueiden välillä



Lähde: Eurostatin tietokanta.

Ehdotettu sosiaali- ja terveyspalvelujen alueellinen järjestäminen (ks. osa 4) saattaa edesauttaa voimavarojen nykyistä tasaisempaa jakautumista alueiden kesken ja lyhentää odotusaikoja.

Tärkeä ratkaisua kaipaava ongelma liittyy siihen, että sairaanhoitopiirien ja kunnallisten perusterveydenhuollosta vastaavien viranomaisten välinen koordinointi on tällä hetkellä puutteellista, minkä takia perusterveydenhuollon voimavarojen kehitys on ollut hidasta 1990-luvulta alkaen.

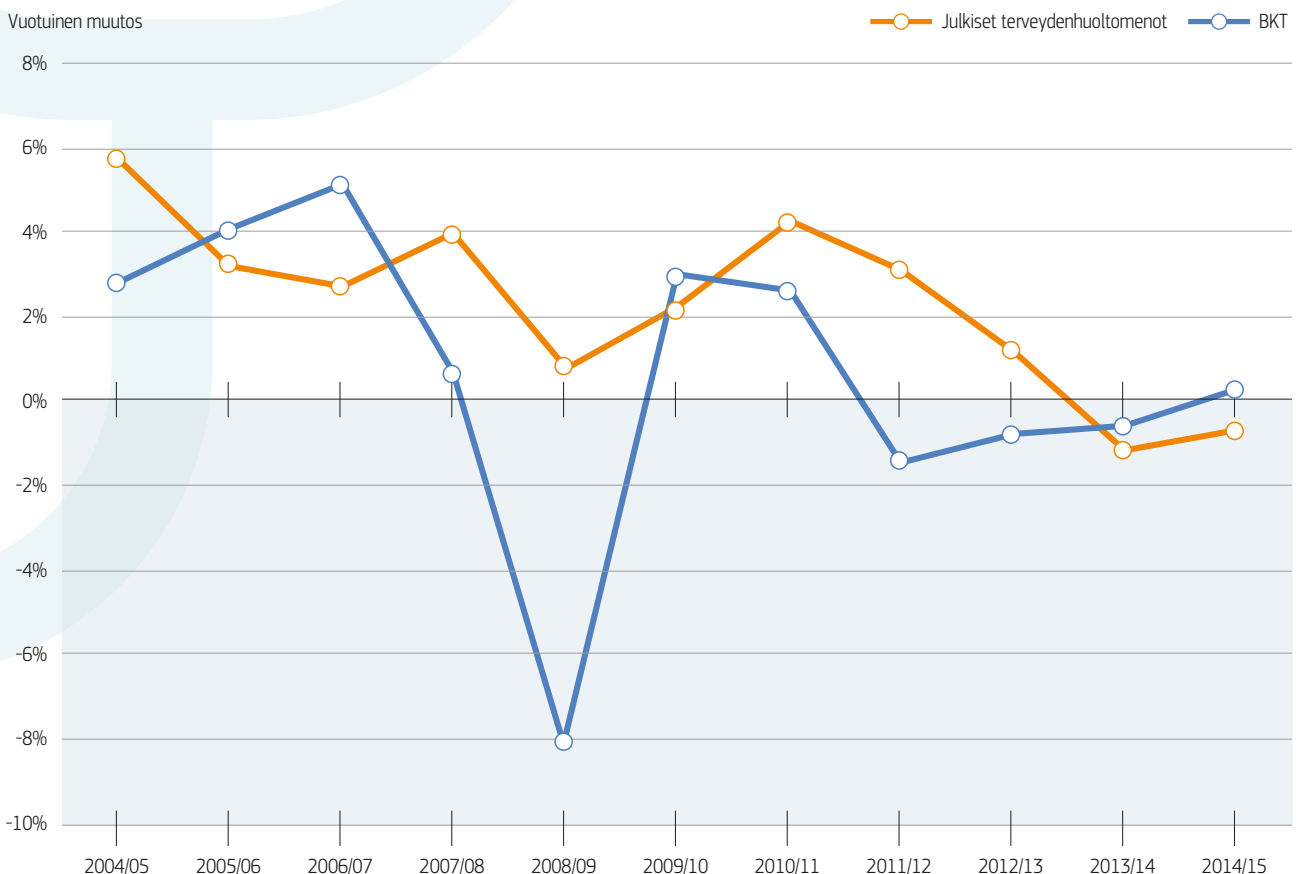
5.3 MUUTOSJOUSTAVUUS¹⁰

BKT:n hidas kasvu on hillinnyt julkisia terveydenhuoltomenoja

Julkiset terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet aiempaa hitaammin tai peräti pienentyneet Suomessa viime vuosina, kun talous on toipunut toisesta taantumasta (kuvi 13).

Julkisen velan kokonaismäärä osuutena BKT:stä on kasvanut Suomessa tasaisesti viimeksi kuluneiden 10 vuoden aikana ja ylsi 75 prosenttiin BKT:stä vuonna 2015. Tämä on lisännyt paineita hillitä terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon menoja budjettialijäämien supistamiseksi.

Kuvio 13. Julkiset terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet Suomessa viime vuosina selvästi aiempaa hitaammin samalla, kun talouskasvu on ollut jähmeää



Lähde: OECD:n terveystilastot vuodelta 2017.

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

Terveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon julkisten menojen osuuden BKT:stä ennustetaan tulevina vuosina kasvavan väestön ikääntymisen ja vaatimattoman talouskasvun takia (Euroopan komissio ja Euroopan talouspoliittinen komitea, 2015).

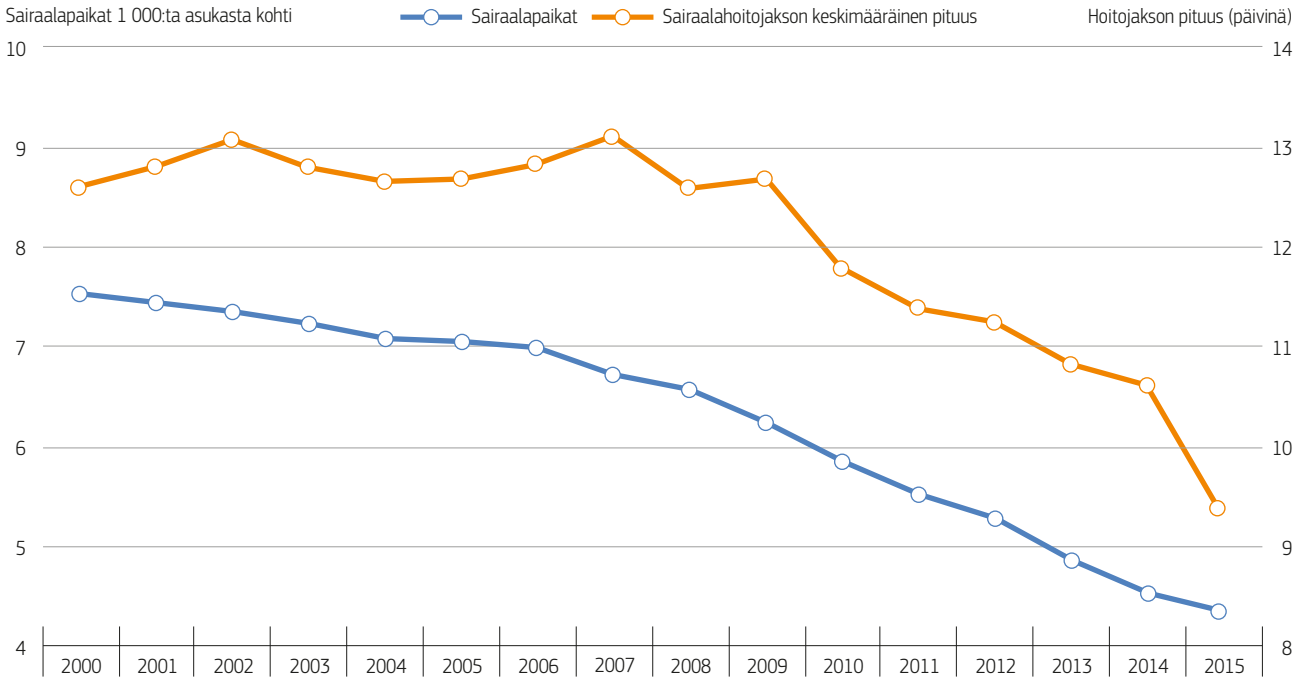
Sairaala-alan tuottavuus näyttää parantuneen vuodesta 2000

Sairaala-alan tuottavuus näyttää parantuneen Suomessa viimeksi kuluneiden 15 vuoden aikana. Sairaalaapaikkojen määrä asukasta kohti pieneni 40 prosenttia samalla, kun sairaalahoidon keskimääräinen pituus lyheni yli 25 prosenttia (kuva 14). Myös päiväkirurgisten toimenpiteiden määrä ja osuus kasvoivat monissa toimenpidetyypeissä, joskin tietyissä sairauksissa päiväkirurgian käyttöä voitaisiin ehkä vielä lisätä nykyisestä.

Lääkemenojen hillitsemiseksi toteutetut toimenpiteet ovat tuottaneet yleisesti hyviä tuloksia

Suomessa on toteutettu useita toimenpiteitä lääkemenojen kasvun hillitsemiseksi – tällaisia ovat muiden muassa hintavalvonta ja geneeristen lääkkeiden käytön edistäminen (laatikko 2 ja kuva 15). Toimenpiteiden ansiosta lääkemenojen osuus terveydenhuoltomenojen

Kuvio 14. Sairaala-alan kapasiteetti on pienentynyt Suomessa samalla, kun sairaalahoidon keskimääräinen pituus on lyhentynyt



Lähde: Eurostatin tietokanta.

LAATIKKO 2. SUOMESSA ON TOTEUTETTU USEITA TOIMENPITEITÄ LÄÄKEMENOJEN HILLITSEMISEKSI

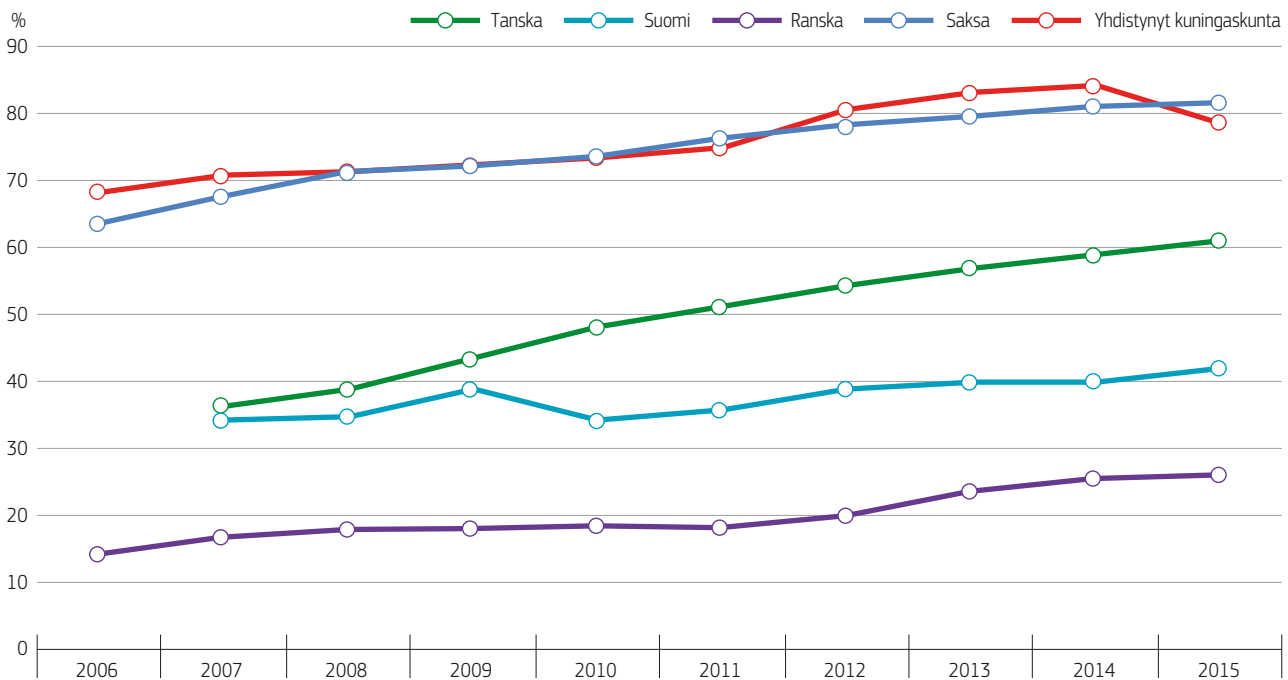
Suomessa lääkkeiden sairausvakuutuskorvaukseen mahdollistama hinta perustuu kliiniseen suorituskykyyn, taloudelliseen arviointiin, olemassa olevien hoitojen kustannuksiin ja monien muiden Euroopan maiden hintoihin. Kustannusten hillitsemiseksi Suomessa on myös jäädytetty ja leikattu hintoja. Vuonna 2009 otettiin käyttöön viitehintajärjestelmä, jonka myötä lääkekorvaukset ovat määräytyneet viitehinnan perusteella. Viitehinta tarkoittaa halvimman rinnakkaistuotteen hintaa, johon sisällytetään lisäksi pieni hintalisä.

Suomessa määritellään korvattavat lääkkeet, ja korvauspäätökset ovat voimassa viisi vuotta. Korvattavuuspäätöksiä tarkistetaan uudelleenarvioinnin perusteella. Lääkevalmistetta ei yleensä vedetä pois korvattavien lääkkeiden luettelosta eikä asianomaisen lääkkeen kustannusten jakautumisperiaatetta yleensä muuteta, mutta lääkkeen korvattavuutta voidaan tarkistaa, jos sen hoidollinen arvo muuttuu (Auraaen et al., 2016).

Suomessa on niin ikään otettu käyttöön useita toimenpiteitä, joilla pyritään vähentämään epätarkoituksenmukaisia lääkemääryksiä. Toimenpiteillä halutaan varmistaa, että lääkärin antamat lääkemäärykset ovat perusteltuja – tavoitteeseen pyritään laatimalla hoito-ohjeita ja seuraamalla lääkäreiden tapaa määrätä lääkkeitä sekä järjestämällä koulutus- ja tiedotuskampanjoita lääkkeiden määräämisestä ja käytöstä. Apteekkien tulee myydä potilaalle halvin tuote ja vaihtaa määrätty lääke geneeriseen lääkkeeseen, jos sellainen on olemassa.

Toimia on kohdistettu myös potilaisiin ja heidän ostokäyttäytymiseensä. Viitehintajärjestelmän käyttöönoton jälkeen potilaan on täytynyt maksaa viitehinnan ylittävä osuus lääkkeen hinnasta, mikäli hän on valinnut tuotteen, jonka vähittäismyyntihinta ylittää viitehinnan.

Kuvio 15. Geneeristen lääkkeiden markkinaosuus on kasvanut Suomessa, mutta on yhä useita muita EU-maita pienempi



Lähde: OECD:n terveystilastot vuodelta 2017.

kokonaismäärästä on pienentynyt huomattavasti (noin 16 prosentista vuonna 2000 aina 12,5 prosenttiin vuonna 2015). Lääkemenojen osuus on merkittävästi EU:n nykyistä 17 prosentin keskiarvoa pienempi. Lääkemenot asukasta kohti olivat Suomessa 377 euroa vuonna 2015, mikä on vähemmän kuin useimmissa muissa EU-maissa.

Haasteena on yhä perusterveydenhuollon ja hoidon koordinaation vahvistaminen

Yksi Suomen keskeisistä haasteista on vahvistaa perusterveydenhuollon saavutettavuutta ja tehokkuutta sekä edistää nykyistä parempaa koordinaatiota 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 erikoissairaanhoidon 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. Koordinointiongelmat liittyvät osittain siihen, että perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja pitkäaikaishoidon tuottajien vastuuvuolliisuudet eivät ole kytköksissä toisiinsa eikä useisiin rahoituslähteisiin perustuva rahoitusjärjestelmä luo riittäviä kannustimia hoidon koordinaation vahvistamiseen tuottajien kesken.

Hoidon koordinaation parantamiseksi Suomi on tehnyt merkittäviä investointeja sähköisiin terveydenhuoltopalveluihin. Suomessa on otettu käyttöön maanlaajuinen yhdenmukaistettu sähköinen

potilastietorekisteri eli kansallinen potilastietokanta (nimeltään KANTA). Järjestelmä kattaa kaikki julkiset ja yksityiset terveydenhuoltopalveluiden tuottajat. Tietojärjestelmä sisältää myös pakollisen sähköisen lääkemääräysjärjestelmän ja terveysportaalin, jonka kautta kansalaiset voivat tarkastella omia tietojaan. Koko väestön potilastiedot ovat olleet sähköisessä muodossa syyskuusta 2016 alkaen.

Ehdotetut uudistukset edellyttävät huolellista ohjausta, jotta voidaan varmistaa, että kaikki saavat laadukasta ja oikea-aikaista terveydenhoitoa

Kuten on jo todettu, Suomessa keskustellaan parhaillaan merkittävästä uudistuksesta, joiden tarkoituksena on järjestää maan sosiaali- ja terveyspalvelut uudelleen. Uudistusten myötä hallintorakenne muuttuisi olennaisesti ja potilaat saisivat valita palveluntuottajan nykyistä vapaammin julkisista tai yksityisistä tuottajista (ks. osa 4). Aluehallinnon uudistus on erityisen kunnianhimoinen ja edellyttää huolellista ohjausta, jotta odotetut eriarvoisuuden vähentämiseen ja koordinoinnin ja hoitoon pääsyn parantamiseen liittyvät hyödyt voivat toteutua. Monet sidosryhmät epäilevät hallituksen kykyä saavuttaa kunnianhimoiset tavoitteet, joihin se on ilmoittanut pyrkivänsä koko väestön hoitoon pääsyn parantamiseksi, järjestelmän tehostamiseksi ja kustannusten hillitsemiseksi.

Haasteena on myös se, miten vahvistetaan laadunvarmistusmekanismeja esimerkiksi eri alueiden ja tuottajien tarjoaman hoidon laadussa havaittujen erojen julkisella seurannalla ja raportoinnilla ja yleensä hyödyntämällä tällaisia tilastoja aiempaa johdonmukaisemmin laadukkaana hoidon edistämiseksi.

6 Keskeiset havainnot

- Elinajanodote on parantunut Suomessa selvästi viimeisten vuosikymmenten aikana. Kehitys kuvastaa kansanterveyttä edistävällä politiikalla ja terveydenhuoltojärjestelmän toimin saavutettuja myönteisiä vaikutuksia ehkäistävissä olevan ja terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevan kuolleisuuden vähentämisessä. Elinajanodotteessa on kuitenkin edelleen huomattavia eroja sukupuolen ja sosioekonomisen aseman mukaan: vuonna 2015 korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden suomalaismiesten elinajanodote oli yli kuusi vuotta korkeampi kuin miesten, jotka eivät olleet suorittaneet keskiasteen koulutusta.
- Suomessa on saavutettu huomattavaa edistystä tupakoinnin vähentämisessä, kun taas ylipainoisten määrä on kasvanut. Terveystilassa havaittavat erot johtuvat useimmiten siitä, että riskitekijöitä esiintyy muuta väestöä useammin vähän koulutetuilla ja pienituloisilla. Kansanterveyttä tukevan päätöksenteon olennainen haaste onkin löytää keinoja, joilla näitä vähäosaisia ryhmiä voitaisiin tehokkaasti auttaa.
- Alkoholin käyttö on yhä suuri kansanterveydellinen ongelma Suomessa, sillä yli kolmannes aikuisista kertoo käyttävänsä säännöllisesti runsaasti alkoholia. Ehdotettu alkoholin myynnin vapauttaminen herättää vakavaa huolta siitä, että alkoholiin liittyvät ongelmat voivat kärjistyä ja alkoholiin liittyvät kuolemat lisääntyä.
- Suomen terveydenhuoltomenot ovat asukasta kohti hieman EU:n keskiarvoa korkeammat mutta osuutena BKT:stä hieman keskiarvoa matalammat. Terveyspalveluista 74 prosenttia katetaan julkisista varoista, mikä on vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin (79 prosenttia). Kotitaloudet maksavat itse suurimman osan jäljelle jäävästä osuudesta. Terveyspalveluiden ja pitkäaikaishoidon julkisten menojen osuuden BKT:stä ennustetaan kasvavan tulevina vuosikymmeninä väestön ikääntymisen ja hitaan talouskasvun takia. Tämä kasvattaa tarvetta tehostaa terveydenhuolto- ja pitkäaikaishoidon tuottamista entisestään, jotta nämä palvelut pysyisivät kohtuuhintaisina.
- Suomen keskeisenä haasteena on vahvistaa perusterveydenhuollon saavutettavuutta ja edistää nykyistä parempaa koordinaatiota perusterveydenhuollon tuottajien ja sairaaloiden välillä. Koko väestön nykyistä nopeampi ja tehokkaampi pääsy perusterveydenhuollon palveluihin vähentäisi osaltaan tarpeettomia erikoislääkärin- tai päivystyspoliklinikkakäyntejä kroonisista sairauksista kärsivillä potilailla, joiden määrä on kasvussa. Sairaanhoidajien vastuualuetta on laajennettu perusterveydenhuollon saavutettavuuden parantamiseksi, mutta toistaiseksi näissä uusissa tehtävissä toimivia sairaanhoitajia on suhteellisen vähän.
- Erityisenä huolenaiheena on se, että työterveyshuolto, jonka työnantajat rahoittavat osittain suoraan ja jossa yksityiset tuottajat vastaavat perusterveydenhuollon tuottamisesta, vahvistaa eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä. Työterveyshuolto pääasiassa nopeuttaa ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien hoitoon pääsyä, sillä he voivat valita palveluntuottajansa muita suuremmasta tuottajajoukosta, kun taas alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ja (työiän ylittäneet) vanhuksat joutuvat odottamaan palveluihin pääsyä pidempään. Työterveyshuollon ylikapasiteetti herättää huolta järjestelmän oikeudenmukaisuudesta sekä järjestelmän resurssien jakautumisen tehokkuudesta.
- Nykyinen hallitus on ehdottanut sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen, rahoitusmekanismien ja alueellisen hallintorakenteen merkittävää uudistamista. Etenkin aluehallinnon uudistus ja valinnanvapausuudistus ovat kunnianhimoisia ja edellyttävät huolellista ohjausta, jotta voidaan varmistaa, että nämä uudistukset eivät vaikuta negatiivisesti terveydenhuolto- ja terveyspalveluiden tuottantoon. Näiden uudistusten toteuttamiselle ehdotettuja määräaikoja on lykätty uudistuksiin liittyvien muutosten monimutkaisuuden takia.



Keskeiset lähteet

European Observatory on Health Systems and Policies, "Finland, Health Systems and Policy Monitor", saatavilla osoitteessa <http://www.hspm.org/countries/finland21082013/countrypage.aspx>.

OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Pariisi, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Viitteet

Auraaen, A. et al. (2016), "How OECD Health Systems Define the Range of Goods and Services To Be Financed Collectively", *OECD Health Working Papers*, No. 90, OECD Publishing, Pariisi, <http://dx.doi.org/10.1787/5jlnb59ll80x-en>.

Couffinhal, A. et al. (2016), "Kansainvälisen arviointipaneelin ennakoarviointi Suomen sote-uudistuksesta", *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:66*, Helsinki.

Euroopan komissio (talouden ja rahoituksen pääosasto) ja talouspoliittinen komitea (ad hoc -työryhmä) (2015), "The 2015 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013-2060)", *European Economy* 3, Bryssel, toukokuu.

IHME (2016), "Global Health Data Exchange", Institute for Health Metrics and Evaluation, saatavilla osoitteessa <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

OECD (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Pariisi, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.

Patana, P. (2014), "Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Finland", *OECD Health Working Papers*, No. 72, OECD Publishing, Pariisi, <http://dx.doi.org/10.1787/5jz1591p91vg-en>.

WHO (2015), *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2015 – Raising Taxes on Tobacco*, Geneve.

Maalyhenneluettelo

Alankomaat	NL	Itävalta	AT	Luxemburg	LU	Ruotsi	SE	Tšekki	CZ
Belgia	BE	Kreikka	EL	Malta	MT	Saksa	DE	Unkari	HU
Bulgaria	BG	Kroatia	HR	Portugali	PT	Slovakia	SK	Viro	EE
Espanja	ES	Kypros	CY	Puola	PL	Slovenia	SI	Yhdistynyt kuningaskunta	UK
Irlanti	IE	Latvia	LV	Ranska	FR	Suomi	FI		
Italia	IT	Liettua	LT	Romania	RO	Tanska	DK		

State of Health in the EU

Maan terveysprofiili 2017

Maaprofiilit ovat olennainen osa Euroopan komission kaksivuotista toimintasykliä Terveystila EU:ssa. Maaprofiilit laaditaan Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) ja Euroopan terveysjärjestelmien ja -politiikkojen seurantakeskuksen (European Observatory on Health Systems and Policies) yhteistyönä.

Tiiviit ja yhteiskunnallisen päätöksenteon kannalta tarkoituksenmukaiset maaprofiilit perustuvat läpinäkyviin ja johdonmukaisiin menetelmiin ja sekä määrällisiin että laadullisiin aineistoihin. Maaprofileja mukautetaan joustavasti kunkin EU:n jäsenvaltion tilanteen mukaan. Tavoitteena on kehittää keinoja keskinäiseen oppimiseen ja vapaaehtoiseen ajatusten vaihtoon ja tukea tällä tavoin jäsenvaltioiden näyttöön perustuvaa yhteiskunnallista päätöksentekoa.

Maaprofileissa esitetään lyhyt yhteenveto seuraavista teemoista:

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

Tämä on joka toinen vuosi laadittavien maaprofilien ensimmäinen sarja, joka on julkaistu marraskuussa 2017. Komissio täydentää näiden maaprofilien keskeisiä havaintoja rinnakkaiskertomuksella.

Lisätietoja: https://ec.europa.eu/health/state/summary_fi

Suosittelava viittaustapa:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Suomi: Maan terveysprofiili 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285170-fi>

ISBN 9789264285170 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.