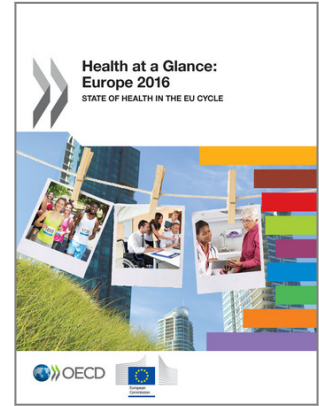


OECD *Multilingual Summaries*

Health at a Glance: Europe 2016

State of Health in the EU Cycle

Summary in Finnish



Read the full book on: [10.1787/9789264265592-en](https://doi.org/10.1787/9789264265592-en)

Health at a Glance: Europe 2016

State of Health in the EU Cycle

Suomenkielinen tiivistelmä

Tehostetaan sairauksien ennaltaehkäisyä ja parannetaan hoidon laatua väestön terveydentilan kohentamiseksi edelleen ja terveyserojen kaventamiseksi EU-maissa

Vuosina 1990–2014 elinajanodote pidentyi EU-maissa yli kuudella vuodella (74,2 vuodesta 80,9 vuoteen), mutta eroja on edelleen sekä yksittäisten maiden välillä että niiden sisällä. Länsieurooppalaiset, joiden elinajanodote on EU:n korkein, elävät keskimäärin kahdeksan vuotta pidempään kuin keski- ja itäeurooppalaiset, joiden elinajanodote on EU:n matalin. Maiden sisällä on edelleen myös suuria koulutus- ja tulotasosta riippuvia terveys- ja elinajanodote-eroja. Tämä johtuu suurelta osin eroista terveysvaaroille altistumisessa, mutta myös eroista korkeatasoisen hoidon saatavuudessa.

Vuonna 2013 yli 1,2 miljoonaa ihmistä kuoli EU-maissa sellaisiin sairauksiin ja vammoihin, jotka olisi mahdollisesti voitu välttää tehokkaammalla julkisella terveys- ja ennaltaehkäisy politiikalla tai oikea-aikaisemmalla ja tehokkaammalla terveydenhoidolla. Tarvitaan monenlaisia toimenpiteitä, jotta voidaan puuttua ympäristö- ja käytöslähtöisiin riskitekijöihin, jotka johtavat ennen aikaiseen kuolemaan sairauksien kautta. Näitä ovat muun muassa akuutti sydänlihastulehdus (sydänkohtaus), keuhkosyöpä, aivohalvaus, alkoholinkäyttöön liittyvät sairaudet ja muut mahdollisesti vältettävissä olevat sairaudet. Huomattavaa edistystä on saatu aikaan tupakoinnin vähentämisessä useimmissa EU-maissa toteuttamalla yhtä aikaa sekä julkisia tiedotuskampanjoita että lainsäädäntö- ja verotustoimia. Tästä huolimatta EU-maissa useampi kuin joka viides aikuinen tupakoi päivittäin. Myös alkoholin väärinkäyttöä ja liikalihavuutta on torjuttava entistä lujemmin, sillä ne ovat yhä suurempia kansanterveysongelmia monissa EU-maissa. Vuonna 2014 useampi kuin joka viides aikuinen EU:ssa joi runsaasti alkoholia vähintään kerran kuukaudessa. Lisäksi vuonna 2014 yksi kuudesta aikuisesta EU:ssa oli liikalihava (vuonna 2000 joka yhdeksäs).

Hoidon laatu on yleisesti ottaen parantunut useimmissa EU-maissa, mutta eroja on edelleen. Sydänkohtausten, aivohalvausten ja erityyppisten syöpien kaltaisten hengenvaarallisten tilojen hoitomuotojen tehostuminen näkyy korkeampina eloonjäämislukuina, mutta monissa maissa on edelleen varaa parantaa parhaiden käytäntöjen noudattamista akuutin ja pitkäkestoisen hoidon alalla.

Varmistetaan hoidon yleinen saatavuus terveyserojen kaventamiseksi

Väestön terveyttä voidaan kohentaa ja terveyseroja voidaan kaventaa jatkuvasti myös varmistamalla, että korkealaatuinen hoito on kaikkien saatavilla. Useimmissa EU-maissa kaikkien (tai lähes kaikkien) potilaiden terveydenhuoltokustannukset katetaan tiettyjen ydinpalvelujen osalta. Vuonna 2014 yli

10 prosenttia väestöstä jäi kuitenkin neljässä EU-maassa (Kreikka, Kypros, Bulgaria ja Romania) edelleen terveydenhuoltokustannukset kattavan järjestelmän ulkopuolelle säännöllisesti.

Sen varmistaminen, että koko väestö kuuluu julkisen (tai yksityisen) sairausvakuutuksen piiriin, on tärkeä muttei riittävä hoidon yleisen saatavuuden indikaattori. Myös se, mitkä palvelut kuuluvat sairausvakuutuksen piiriin ja missä määrin näiden palvelujen kustannuksiin osallistutaan, voi vaikuttaa suuresti siihen, miten suuri lasku potilaiden on maksettava suoraan ja ovatko hoidot taloudellisesti saatavissa. Useimmissa EU-maissa sen väestön osuus, joka ilmoittaa taloudellisista syistä täyttymättä jäävistä hoitotarpeista, on melko pieni. Tämä osuus laskee talouskriisiä edeltäneinä vuosina mutta on noussut vuodesta 2009 monissa maissa, erityisesti kaikkein pienituloisimpien kotitalouksien joukossa. Vuonna 2014 EU-maissa köyhä väestöosa ilmoitti taloudellisista syistä täyttymättömistä hoitotarpeista keskimäärin kymmenen kertaa todennäköisemmin kuin rikas väestönosa. Täyttymättömien hoitotarpeiden osuuden pienikin nousu saattaa johtaa huonompaan terveydentilaan väestönosassa, jota se koskee, ja suurentaa terveyseroja entisestään.

Terveydenhuollon tosiasiallisen saatavuuden varmistaminen edellyttää myös riittävän suurta lukumäärää ja valikoimaa terveydenhuoltopalvelujen tarjoajia eri puolilla maata. Vuodesta 2000 lääkäreiden lukumäärä henkeä kohden on noussut miltei kaikissa EU-maissa keskimäärin 20 prosenttia (tuhatta asukasta kohden lääkäreitä oli 2,9 vuonna 2000 ja 3,5 vuonna 2014). Erikoislääkäreiden lukumäärä on kuitenkin kasvanut yleislääkäreitä nopeammin, joten erikoislääkäreitä on nyt yli kaksi kutakin yleislääkärinä kohden kaikissa EU-maissa. Monissa maissa lääkärin palvelut ovat jakautuneet maantieteellisesti epätasaisesti tai tämä epäkohta vain kasvaa. Lääkäripalveluja on tarjolla maaseudulla tai syrjäisillä alueilla vähemmän kuin muilla alueilla. Monet EU-maat ovat viime vuosina pyrkineet parantamaan koko väestön pääsyä perusterveydenhuoltoon asuinpaikasta riippumatta, jotta voidaan kaventaa terveydenhuollon saatavuuseroja ja välttää tarpeettomat sairaalahoidot.

Lisätään terveydenhuoltojärjestelmien joustavuutta, tehokkuutta ja kestävyttä

Väestön ikääntyminen yhdistettynä tiukkaan talousarviokuriin edellyttää laajojen muutosten tekemistä EU-maiden terveydenhuoltojärjestelmiin, jotta voidaan edistää terveempänä ikääntymistä ja vastata kasvaviin ja muuttuviin terveydenhoitotarpeisiin yhdenmetyksellä ja potilaskeskeisemmällä tavalla. EU-maissa yli 65-vuotiaiden osuus on noussut keskimäärin alle 10 prosentista (vuonna 1960) lähes 20 prosenttiin (vuonna 2015), ja sen odotetaan nousevan edelleen lähes 30 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Tällä hetkellä suurin osa niistä noin 50 miljoonasta EU:n kansalaisesta, jotka kärsivät vähintään kahdesta kroonisesta sairaudesta, on yli 65-vuotiaita.

Vuonna 2015 terveydenhuoltomenojen osuus suhteessa BKT:hen oli 9,9 prosenttia koko EU:ssa, kun se vuonna 2005 oli 8,7 prosenttia. Lähivuosina terveydenhuoltomenojen osuus suhteessa BKT:hen nousee kaikissa maissa, mikä johtuu pääasiassa väestön ikääntymisestä ja uusien diagnoosi- ja hoitotekniikoiden käytön leviämisestä. Lisäksi EU-maiden paine vastata entistä suurempaan pitkäaikaisen hoidon tarpeeseen kasvaa.

Samalla kun EU-maat ryhtyvät toimiin tarttuakseen haasteisiin, palvelujen suunnittelua ja organisointia on tarpeen parantaa edelleen. EU-maiden terveydenhuoltojärjestelmiä on joustavoitettava niin, että ne kykenevät vastaamaan uusiin tarpeisiin mahdollisimman tehokkaasti. Terveydenhuoltojärjestelmien on myös säilyttävä julkisen talouden kannalta kestävinä. Uusien tehokkuusasetusten saavuttaminen sairaala-, lääke- ja hallintomenoissa sekä muissa menoerissä on ratkaisevan tärkeää, jotta kasvavaan kysyntään voidaan vastata rajallisilla resursseilla. Monet tarvittavista terveydenhuoltojärjestelmien parannuksista edellyttävät ainakin jossakin määrin alkuvaiheen investointeja. EU-maiden pohtiessa, miten mahdolliset ylimääräiset terveydenhuoltokustannukset jaetaan parhaiten, on tärkeää säilyttää hyvä tasapaino sellaisten investointien välillä, joita tehdään yhtäältä kansanterveyden kohentamiseksi ja sairauksien ennaltaehkäisemiseksi ja toisaalta terveydenhuoltopalvelujen saatavuuden, laadun ja tehokkuuden parantamiseksi.

Seurataan ja kohennetaan terveydentilaa EU:ssa

Raportissa *Health at a Glance: Europe 2016* esitetään tuoreimmat terveyttä ja terveydenhuoltojärjestelmiä koskevat kehityssuunnat EU:n 28 jäsenvaltiossa, viidessä ehdokasmaassa ja kolmessa Euroopan vapaakauppaliiton maassa. Raportti on tulosta aiempaa tiiviimmästä yhteistyöstä, jota

OECD ja Euroopan komissio tekevät maakohtaisen ja EU:n laajuisen tietämyksen lisäämiseksi terveystietämyksistä osana komission uutta aloitetta "Terveystila EU:ssa" (ks. <http://ec.europa.eu/health/state>).

This translation was undertaken by the European Commission.

Multilingual summaries are translated excerpts of OECD publications originally published in English and in French.

They are available free of charge on the OECD Online Bookshop www.oecd.org/bookshop

For more information, contact the OECD Rights and Translation unit,

Public Affairs and Communications Directorate at: rights@oecd.org or by fax: +33 (0)1 45 24 99 30.

OECD Rights and Translation unit (PAC)

2 rue André-Pascal, 75116

Paris, France

Visit our website www.oecd.org/rights



Read the complete English version on OECD iLibrary!

© OECD (2016), *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/9789264265592-en