

# OECD *Multilingual Summaries*

## Health at a Glance 2013

Summary in Finnish



Read the full book on: [10.1787/health\\_glance-2013-en](http://10.1787/health_glance-2013-en)

## Terveyskatsaus 2013

### Suomenkielinen tiivistelmä

Vuoden 2013 terveystilanteissa tarkastellaan terveystilannetta, -palveluita ja -politiikkaa muokkaavia suuntauksia ja vaikutuksia OECD- ja BRIC-maissa. Vaikka indikaattorit, kuten esimerkiksi eliniänodote tai lapsikuolleisuus, antavat ymmärtää, että tilanne on yleisesti ottaen parantumassa, varallisuuden, koulutuksen ja muiden sosiaalisten indikaattoreiden epätasa-arvolla on yhä merkittävä vaikutus terveystilanteisiin ja terveyspalveluiden saatavuuteen. Nämä terveyteen liittyvät eriarvoisuudet voidaan selittää erilaisilla asumis- ja työskentelyolosuhteilla sekä tässä esitetyillä erilaisilla terveyteen liittyvillä elämäntapapatioilla (esim. tupakointi, haitallinen alkoholinkäyttö, vähäinen liikunta ja ylipaino).

Terveydenhuoltomenoissa on asukasta kohden huomattavia vaihteluita eri maiden välillä mitattuna prosenttiosuudella BKT:sta ja viimeaikaisilla suuntauksilla. OECD-maissa terveydenhuoltomenot asukasta kohden nousivat todellisuudessa 4,1 prosentilla vuosittain 2000–2009, mutta laskivat 0,2 prosenttiin vuosina 2009–2010 ja 2010–2011 monien erityisesti Euroopan maiden leikatessa terveydenhuoltomenojaan budjettivajetta ja valtionvelkaa vähentääkseen. Euroopan ulkopuolisten maiden terveydenhuoltomenot ovat jatkaneet kasvuaan erityisesti Kanadassa ja Yhdysvalloissa, joskin hitaammin.

Vaikutus on ollut erilainen eri menoalueilla: lääkkeiden ja ennaltaehkäisyyn kustannukset putosivat 1,7 prosentilla, kun taas sairaalamenot nousivat 1,0 prosenttia.

---

### *Eliniänodote kasvaa OECD-maissa, mutta myös kroonisten sairauksien rasite kasvaa.*

- Vuonna 2011 OECD-maiden keskimääräinen eliniänodote ylitti 80 vuotta, mikä merkitsee kymmenen vuoden kasvua vuoteen 1970 verrattuna. Sveitsissä, Japanissa ja Italiassa syntyneet henkilöt voivat odottaa elävänsä pisimpään OECD-maissa.
- Naiset voivat OECD-maissa odottaa elävänsä 5,5 vuotta kauemmin kuin miehet. Henkilöt, joiden koulutustaso on korkein, voivat odottaa elävänsä 6 vuotta kauemmin kuin henkilöt, joiden koulutustaso on alhaisin.
- Krooniset sairaudet, kuten diabetes ja dementia ovat yhä yleisempiä. Vuonna 2011 lähes 7 prosentilla 20–79-vuotiaista henkilöistä eli yli 85 miljoonalla ihmisellä oli diabetes.

---

### *Useimmissa maita on enemmän lääkäreitä asukasta kohti, mutta kaksi kertaa enemmän erikoislääkäreitä kuin yleislääkäreitä.*

- Vuodesta 2000 lähtien lääkäreiden sekä absoluuttinen luku että lääkäreiden määrä asukasta kohden on kasvanut suurimassa osassa OECD-maita vain muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta.

Lääkäreiden määrä asukasta kohden ei käytännöllisesti katsoen kasvanut lainkaan Virossa ja Ranskassa. Israelissa lääkäreiden määrä asukasta kohden laski.

- Vuonna 2011 OECD-maissa oli keskimäärin kaksi erikoislääkärinä jokaista yleislääkärinä kohden. Yleislääkäreiden määrän hidaskasvu tai vähentyminen aiheuttaa huolta kokoväestön ensihoidon saatavuuden kannalta.

---

***Lyhyemmät sairaalajakset ja rinnakkaislääkkeiden lisääntyvä käyttö auttavat kustannusten hallinnassa, mutta suuret vaihtelut hoitokäytännöissä viittaavat liikkakäyttöön.***

---

- OECD-maissa sairaalajakson pituus lyheni vuoden 2000 9,2 päivästä 8,0 päivään vuonna 2011.
- Rinnakkaislääkkeiden markkinaosuus on kasvanut monissa maissa merkittävästi viimeisen vuosikymmenen aikana. Rinnakkaislääkkeet kattavat kuitenkin vain 25 prosenttia markkinoista Luxemburgissa, Italiassa, Irlannissa, Sveitsissä, Japanissa ja Ranskassa verrattuna Saksan ja Yhdistyneen kuningaskunnan 75 prosenttiin.
- Käytössä olevien diagnoosien ja kirurgisten toimenpiteiden suuria vaihteluita ei voida selittää erilaisilla kliinisillä tarpeilla. Meksikossa ja Turkissa esimerkiksi yli 45 prosenttia synnytyksistä tapahtui keisarileikkauksella; Islannissa ja Hollannissa luku oli kolminkertainen, mikä viittaa toimenpiteen mahdolliseen liikkakäyttöön.

---

***Ensi- ja akuuttihoitojen laatu on parantunut useimmissa maissa, mutta parantamisen varaa on vielä***

---

- Hengenvaarallisten sairauksien, kuten sydänkohtausten, aivoinfarktin ja syövän hoitojen edistyminen on johtanut korkeampiin eloonjäämisprosentteihin suurimassa osassa OECD-maita. Sydänkohtausten sairaalahoidon jälkeiset kuolleisuusluvut tippuivat keskimäärin 30 % ja aivoinfarktin lähes 25 % vuosina 2011–2011. Usean syöpätyypin, mukaan lukien kohdunkaulan, rintaja paksusuolen syövän, eloonjäämisprosentit ovat myös parantuneet.
- Ensihoidon laatu on parantunut useissa maissa, kuten kroonisten sairauksien, esim. astman ja diabeteksen, vältettävissä olevien sairaalahoitojen vähentyminen osoittaa. Kaikilla mailla on silti varaa parantaa ensihoitoa näihin sairauksiin liittyvien sairaalahoitojen vähentämiseksi edelleen.

---

***Lähes kaikki OECD-maat ovat saavuttaneet terveydenhuollon yleisen kattavuuden, mutta kattavuusaste ja laajuus vaihtelee***

---

- Kaikissa OECD-maissa terveydenhuollon kattavuus on universaali (tai lähes universaali) tärkeimpien terveyspalvelujen ja -tavaroiden osalta, lukuun ottamatta Meksikoa ja Yhdysvaltoja. Meksikossa tehtyjen vuoden 2004 uudistusten seurauksena terveydenhuollon piiriin kuuluvan väestön määrä on kasvanut nopeasti, ja luku on nyt lähes 90 %. Yhdysvalloissa, jossa 15 % väestöstä ei vielä kuulunut sairausvakuutukseen piiriin vuonna 2011, terveydenhuoltouudistus laajentaa sairausvakuutuksen kattavuutta vuoden 2014 tammikuusta lähtien.
- Joissakin maissa käteiskulujen rasite muodostaa esteitä terveydenhuollon saatavuudelle. Potilas maksaa suoraan keskimäärin 20 % terveydenhuollon kuluista; luku vaihtelee Hollannin ja Ranskan 10 prosentista Chilen, Korean ja Meksikon 35 prosenttiin.
- Vuonna 2011 keskimäärin 19 % terveydenhuoltoon liittyvistä käteiskuluista OECD-maissa koski hammashuoltoa ja 12 % silmälaseja, kuulolaitteita ja muita hoitolaitteita.
- Alhaisen tulotason ryhmiin kuuluvat henkilöt ilmoittavat todennäköisemmin terveyden- ja hammashuollon täyttämättömistä tarpeista kuin korkeamman tulotason ryhmiin kuuluvat henkilöt. He myös kääntyvät vähemmän todennäköisesti erikoislääkärin tai hammaslääkärin puoleen.

---

**Väestön ikääntyminen lisää  
pitkäaikaishoidon kysyntää ja asettaa  
paineita julkisille menoille epävirallisista  
hoitajista huolimatta.**

---

- Vuonna 2011 yli 65-vuotiaiden eliniänodote jatkoi kasvuaan OECD-maissa lähes 21 vuodella naisten ja 18 vuodella miesten kohdalla. Monet näistä lisävuosista ovat kuitenkin jonkun kroonisen sairauden varjostamia.
- Yli 15 % OECD-maiden yli 50-vuotiaista ja sitä vanhemmista henkilöistä toimivat heistä riippuvaisen sukulaisen tai ystävän omaishoitajina. Suurin osa epävirallisista hoitajista on naisia.
- 2005–2011 pitkäaikaishoidon julkiset menot kasvoivat OECD-maissa vuosittain 4,8 prosentilla, mikä ylittää terveydenhuoltokustannusten kasvun.

© OECD

**Tämä yhteenveto ei ole virallinen OECD-käännös.**

Tämän yhteenvedon kopioiminen on sallittua sillä edellytyksellä, että OECD:n tekijänoikeudet ja alkuperäisen julkaisun nimi mainitaan.

**Monikieliset yhteenvedot ovat käännettyjä otteita OECD:n julkaisuista, jotka on julkaistu alun perin englanniksi ja ranskaksi.**

**Julkaisu on saatavilla maksutta OECD:n verkkokirjastossa osoitteessa [www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop)**

Lisätietoja antaa: OECD Rights and Translation unit, Public Affairs and Communications Directorate  
Sähköposti: [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org) faksinumero: +33 (0)1 45 24 99 30.

OECD Rights and Translation unit (PAC)

2 rue André-Pascal, 75116

Paris, France

Vieraile osaston verkkosivuilla osoitteessa [www.oecd.org/rights](http://www.oecd.org/rights)



**Read the complete English version on OECD iLibrary!**

© OECD (2013), *Health at a Glance 2013*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/health\_glance-2013-en