

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:21

*Sosiaaliturvan suunta*

---

2004



## Tiivistelmä

Sosiaaliturvan suunta 2004. Helsinki 2004. 200 s. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu, ISSN 1236-2050, 2004:21) ISBN 952-00-1588-4

### *Työllisyysasteen kasvu sosiaaliturvan kehittämisen edellytys*

Suurten ikäluokkien lähestyminen eläkeikää merkitsee sopeutumista työikäisen väestön vähenemiseen. Työikäisen väestön määrä alkaa supistua vuodesta 2010 alkaen. 20-59-vuotias väestö alkaa vähetä jo tätä aikaisemmin. Samanaikaisesti kasvaa niiden ikäluokkien koko, joissa työllisyysasteet ovat perinteisesti olleet alhaiset.

Väestön ikääntyminen alkaa vaikuttaa koko voimakkuudellaan elatussuhteen kehittymiseen 2010- ja 2020-luvuilla. Elatussuhde kuvaa sitä, kuinka monen henkilön toimeentulo on riippuvainen yhden työllisen aikaansaamasta tuotoksesta. Hallituksen tavoitteena on lisätä työllisyyttä 100 000 henkilöllä vuoteen 2007 ja nostaa työllisyysaste 75 prosenttiin vuoteen 2011 mennessä. Jos hallituksen työllisyystavoite toteutuu, elatussuhde vahvistuu aina vuoteen 2011 asti, jonka jälkeen se alkaa hitaasti heiketä. Väestön ikääntymisestä huolimatta elatussuhde olisi vuonna 2030 kuitenkin samalla tasolla kuin vuonna 2000.

Sosiaaliturvan kehittämismahdollisuudet riippuvat merkittävästi talouden kasvusta. Ikääntyvä väestö on haaste talouskasvun ylläpitämiselle. Mikäli eri ikäryhmien työllisyysasteita ei pystytä nostamaan, työikäisen väestön ikärakenteen muutos pienentää talouskasvua jo lähitulevaisuudessa. Hallituksen työllisyystavoitteen toteutuminen muuttaisi tilannetta oleellisesti. Tällöin väestön ikääntyminen ei enää samalla tavoin hidastaisi taloudellista kasvua. Yhteiskunnan varallisuuden kehittymisen lisäksi tällä olisi tuntuva vaikutus yhteiskunnan kykyyn tuottaa hyvinvointipalveluita kansalaisille. Sosiaalimenot rahoitetaan lähinnä veroilla ja sosiaalivakuutusmaksuilla. Hyvä työllisyyskehitys takaisi verotulojen suotuisan kehityksen. Samalla hyvä työllisyyskehitys vähentäisi työttömyys- ja eläkemenoja, mikä vapauttaisi voimavaroja sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen.

Työllisyystavoitteen saavuttaminen ei ole helppoa. Tavoitteessa onnistuminen edellyttää toimia, jotka koskettavat kaikkia ikäryhmiä. Talous- ja hyvinvointipolitiikan keinovalikoiman tulee olla mahdollisimman kattava.

### *Sosiaali- ja terveyspalvelut vuoden 2005 talousarvioesityksen painopiste*

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hallinnon osuus valtion talousarvioesityksessä on noin 9,9 miljardia euroa. Määrä on noin viisi prosenttia kuluvan vuoden talousarviota suurempi. Talousarvioesityksessä painotetaan perheiden aseman sekä ikääntyneiden toimeentu-

lon parantamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä. Suurimmat määrärahojen lisäykset aiheutuvat kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon parantamiseksi ohjattavasta lisärahoituksesta, sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuuden varmistamisesta, sairausvakuutukseen ehdotetuista uudistuksista ja kasvaneista sairausvakuutusmenoista sekä kansaneläkkeiden ja siihen sidottujen etuuksien tasokorotuksesta.

Kuntatalous heikkeni selvästi vuonna 2003. Kunnallistalouden rahoitustilanteen arvioidaan pysyvän kireänä vielä vuonna 2004. Kuntien toimintamenojen vuosikasvun arvioidaan olevan noin 4 prosenttia. Menojen kasvu johtuu lähinnä palkkamenojen ja henkilökunnan määrän kasvusta sekä kuntien eläkemaksun ja työnantajan työttömyysvakuutusmaksun noususta. Väestön ikärakenteen muutoksesta johtuva palvelujen kysynnän kasvu lisää osaltaan kuntien menoja. Myös muuttoliike lisää menoja kasvukunnissa ja vaikeuttaa palvelurakenteen ylläpitoa muuttotappiokunnissa. Kuntatalouden rahoitustasapainon arvioidaan paranevan selvästi vuodesta 2005 alkaen verotulojen ja valtionosuuksien lisääntymisessä ja menojen kasvun pysyessä maltillisena.

#### *Sosiaalimenot lievässä kasvussa*

Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen kääntyi pitkään jatkuneen laskun jälkeen lievään nousuun 2000-luvun alussa. Tämä johtui sosiaalimenojen kasvun lisäksi bruttokansantuotteen kasvun hidastumisesta. Sosiaalimenoja on viime vuosina kasvattanut vanhuuteen sekä sairauteen ja terveyteen liittyvien menojen kasvu. Nämä menot muodostavat yhdessä yli puolet sosiaalimenoista.

Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen on Suomessa EU:n keskitasoa (EU15). Sosiaalimenojen suuruuden lisäksi EU-maiden välillä on eroja myös menorakenteessa. Suomessa palvelumenojen osuus kokonaismenoista on pienempi kuin Ruotsissa ja Tanskassa, mutta suurempi kuin EU:ssa keskimäärin. Sosiaalimenojen kansainvälistä vertailua hankaloittaa se, että rahana maksettavien etuuksien sijasta monissa maissa myönnetään varsin huomattavia sosiaalisia verovähennyksiä. Eräissä maissa huomattava osa rahana maksettavista toimeentuloturvaetuuksista on myös verotonta tuloa. Vastaavia ongelmia liittyy myös veroastevertailuihin.

#### *Väestön lihominen ja lisääntynyt alkoholin käyttö suurimmat uhat kansanterveydelle*

Suomalaisten terveydentila on kehittynyt pääosin myönteisesti kaikissa ikäluokissa ja molemmilla sukupuolilla. Nuorten terveystilanteen muuttuminen on valtaosin muuttunut toivottuun suuntaan, työikäisten työkyky on melko hyvä ja ikääntyneiden toimintakyky on entistä parempi. Kuolleisuus ja sairastavuus sekä iäkkäiden toimintakyky näyttää olevan vahvasti yhteydessä henkilön sosioekonomiseen asemaan ja elintapoihin.

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat kuitenkin edelleen suuret ja erot näyttävät jopa kasvavan. Tupakka ja alkoholi selittävät puolet väestöryhmien välisistä eroista. Myönteisen kehityksen suurimmat uhat ovatkin väestön selvä lihominen ja alkoholikulutuksen li-

sääntyminen. Erityisen huolestuttavaa on nuorten ylipainoisuuden nopea lisääntyminen sekä alkoholin kulutuksen selvä kasvu alkoholiverotuksen alenemisen seurauksena. Vaarana on, että alkoholikuolemat lisääntyvät edelleen ja kasvattavat entisestään väestöryhmien välisiä kuolleisuuseroja. Tutkitusti tehokkaimmat keinot vaikuttaa alkoholinkulutukseen ja sen aiheuttamiin haittoihin ovat alkoholimarkkinoiden sääntely ja alkoholivero.

Jotta kansanterveys kehittyisi myönteiseen suuntaan on ensiarvoisen tärkeätä saada ihmiset tiedostamaan omien valintojensa ja elintapojensa vaikutus terveydentilaansa. Perusta terveeseen aikuisikään ja toimintakykyiseen vanhuuteen luodaan jo lapsuudessa ja nuoruusvuosina. Monien sairauksien synty voidaan ehkäistä muuttamalla elintapoja terveellisempään suuntaan. Ennaltaehkäisevään toimintaan ja terveysvalistukseen panostaminen ovat halpoja keinoja, joilla voidaan saada merkittäviä terveydenhuollon säästöjä tulevana vuosina.

Mikäli väestöryhmien terveyseroja halutaan kaventaa, tarvitaan valistuksen lisäksi ihmisten elinoloja tasaavaa yhteiskuntapolitiikkaa. Viimeiset tutkimustulokset viittaavat kuitenkin siihen, että terveyspalvelut kohdistuvat eriarvoisesti. Terveyserojen kaventaminen on otettava nykyistä selvemmäksi painopistealueeksi.

#### *Työolot kehittyneet myönteisesti*

Työolot ovat viime vuosina kehittyneet myönteisesti. Tutkimusten mukaan 82 prosenttia on joko erittäin tai melko tyytyväisiä työhönsä. Vuosien 1997-2003 aikana 54-64-vuotiaiden työllisyysaste nousi noin 14 prosenttiyksikköä. Samaan aikaan koko väestön (15-64-vuotiaat) työllisyysaste kasvoi noin 4 prosenttiyksikköä. Ikääntyvien työllisyysasteiden kohoaminen on seurausta väestön jatkamisesta työelämässä entistä pitempään. Suuret ikäluokat ovat pysyneet työelämässä ja säilyttäneet työpaikkansa paremmin kuin edeltäneet ikäluokat.

Rakenteellinen työttömyys väheni nopeasti vuosina 1997-2001. Vuoden 2001 jälkeen vaikeasti työllistyvien määrä on juuttunut runsaaseen 170 000 henkilöön. Vaikein osajoukko on pitkäaikaistyöttömät. Heistä noin 60 prosenttia on yli 50-vuotiaita. Käytännössä vain pieni osa heistä onnistuu sijoittumaan avoimille työmarkkinoille ilman erityistuenpiteitä. Nuorilla työttömyys venyy harvoin pitkäaikaiseksi, vaikka vuosittain yli 120 000 nuorta on jonkin aikaa työttömänä.

Usko kykyyn jatkaa työssään näyttää hiipuvan iän kasvaessa. Kysymys ei kuitenkaan ole vain terveyden heikkenemisestä, vaan laajemmasta kokonaisuudesta. Osaamisen varmistaminen, työolosuhteet ja töiden järjestäminen sekä yksilölliset elämäntilanteet vaikuttavat kykyyn jatkaa työssä. Yhtä selittävää tekijää ei ole. Tutkimusten ja erilaisten barometrimittausten mukaan työssä ollaan ja halutaan jatkaa pidempään, mikäli työolosuhteisiin voidaan järkevällä tavalla vaikuttaa. Työ edellyttää enenevässä määrin yhteistyötä. Työkyky ja osaaminen eivät ole pelkästään yksilön oma, vaan koko työyhteisön asia.

*Pitkällisen syrjäytymiskiirteen katkaisu edellyttää voimavaroja ja sitoutumista*

Sekä yhteiskunnallinen kehitys että yksilölliset tekijät vaikuttavat syrjäytymisen yleisyyteen. Kyse on erilaisten haittojen kasautumisesta ja niiden välisestä vuorovaikutuksesta, minkä seurauksena yksilö jää osattomaksi yhteisestä hyvästä. Syrjäytyneisyysilmiön monimutkaisuuden vuoksi tarkkaa tietoa syrjäytyneiden määrän kehityksestä ei ole. Syrjäytymisen riskejä tarkasteltaessa usealla riskiulottuvuudella ei ole havaittavissa myönteistä kehitystä viime vuosien aikana. Työttömyyden ja toimeentulo-ongelmien pitkäaikaistumisen vuoksi syrjäytymiskierrettä on entistä vaikeampi katkaista. Henkiset ongelmat työelämästä poisjäämisen syynä ovat yleistyneet. Kuilu työelämän vaatimusten ja syrjäytyneiden työkyvyn välillä on kasvanut. Syrjäytymiskiirteen katkaisemiseksi tarvitaan pitkäjänteistä sitoutumista moniongelmaisten henkilöiden tukemiseen. Ongelmien pitkittyessä henkilön omat voimavarat tilanteen korjaamiseksi ehtyvät. Henkilön omaa vastuuta korostavan avohoitomallin soveltaminen vaikeasti syrjäytyneiden auttamiseen ei useinkaan tuota toivottua tulosta.

*Terveydenhuoltomenot kansainvälisesti alhaisella tasolla*

Terveydenhuoltomenojen bruttokansantuoteosuus kääntyi nousuun vuonna 2001 usean vuoden laskusuunnan jälkeen. Syynä tähän oli menojen lisäyksen ohella bruttokansantuotteen kasvuvauhdin selvä hidastuminen. Viime vuosien kasvusta huolimatta terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotteeseen on edelleen pienempi kuin 1990-luvun alussa. Terveydenhuoltomenot ovat kuitenkin kasvaneet reaalisesti vuodesta 1995 alkaen. Lisäksi terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet muita julkisia menoja nopeammin. Erityisesti lääkemenojen kasvu on ollut nopeaa, viime vuosikymmenen alusta lääkemenot ovat kasvaneet reaalisesti noin 5 prosenttia vuodessa

Terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotteeseen on selvästi EU-maiden keskiarvoa pienempi. Myös asukasta kohti lasketut terveydenhuoltomenot ovat EU-maiden pienimpiä. Menojen pienuutta voidaan tulkita kahdella tavalla. Positiivisen näkemyksen mukaan Suomessa on keskimääräistä tehokkaampi järjestelmä, koska kattavat ja laadukkaat palvelut saadaan tuotettua pienellä panoksella. Tätä tulkintaa voidaan perustella sillä, että tutkimusten mukaan suomalaiset ovat EU-kansalaisista kaikista tyytyväisimpiä terveyspalveluihin. Myös vertailtaessa terveydenhuollon avulla vältettävissä olevaa kuolleisuutta, kuuluu Suomi EU-maiden alhaisimpien joukkoon.

Kriittisemmän näkemyksen mukaan on perusteltua arvioida sitä, onko Suomessa viime vuosina käytetty riittävästi rahaa terveydenhuoltoon. Tätä näkemystä tukevat erikoissairaanhoidon pitkät jonotusajat Suomessa muihin Euroopan maihin verrattuna.

*Sosiaali- ja terveystalvelujen tarve kasvaa*

Sosiaali- ja terveystalvelujen tarpeen arvioidaan kasvavan 2020- ja 2030-luvuilla, kun hyvin iäkkäiden ihmisten määrä lisääntyy voimakkaasti. Eri tutkimusten mukaan näyttää

selvältä, että vanhusväestön palvelujen tarve kasvaa kuitenkin hitaammin ja vähemmän suoraviivaisesti kuin vanhusten lukumäärä. Väestön terveydentilan kohentuminen jatkuu myös tulevaisuudessa, ja vanhukset pystyvät selviytymään itsenäisesti entistä pidempään.

Menokehitykseen voidaan vaikuttaa merkittävästi uusien teknologioiden nopealla hyödyntämisellä sekä palvelu- ja tuotantorakenteen uudistuksilla. Terveyspalveluissa tarjonta luo myös kysyntää. Tuleviin kustannuksiin vaikutetaan olennaisesti tarjontapuolen ratkaisuilla. Kansainvälisten vertailujen perusteella terveyspalvelujen kysyntä on tähän mennessä lisääntynyt koulutustason nousun ja yleisen elintason parantumisen myötä. Yleisen elintason ja terveydenhuoltomenojen välillä esiintyy kuitenkin merkittävää vaihtelua, mikä selittyy suurelta osin palvelujen järjestämistavoilla

Vuoteen 2010 mennessä sosiaali- ja terveyspalveluista jää noin neljännes nykyhenkilöstöstä eli 55 000 ihmistä eläkkeelle. Väestön ikääntyessä ja jäädessä eläkkeelle uusia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia on houkuteltava alalle nuorista aikaisempaa pienemmistä ikäluokista. Samaan aikaan kasvavat asiakasmäärät lisäävät pienentyneen työvoiman työmäärää. Osaavan työvoiman saanti voikin olla ongelmallista tulevaisuudessa ja pula työntekijöistä voi johtaa palkkatason nopeaan nousuun. Osaavan ja motivoituneen henkilöstön saamisen turvaaminen saavutetaan koulutuksen kehittämisen lisäksi parantamalla työoloja, mitoittamalla henkilöstö tarvetta vastaavaksi ja tukemalla henkilöstöryhmien joustavaa työnjakoa.

#### *Uusia tuotanto- ja rahoitusmalleja palvelujen tuottamiseen*

Kuntasektorin asema sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajana on muuttumassa. Yksityisten palveluntuottajien osuus on kasvamassa. Yksityiset palveluntuottajat eli järjestöt ja yritykset tuottavat nykyään viidesosan sosiaali- ja terveyspalveluista. Sosiaalipalveluissa järjestöillä on suurempi osuus, kun taas suurin osa yksityisistä terveyspalveluista on yritysten tuottamia.

Julkisen vallan vastuu palvelutuotannon järjestämisestä säilyy myös tulevaisuudessa. Palveluja voidaan järjestää yksityisten yritysten tai voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen kautta. Selkiyttämällä palvelujen tuottamista ja tilaamista on mahdollista lisätä palvelutuotannon tehokkuutta. Jos valmisteilla oleva EUn palveludirektiivi toteutuisi komission ehdottamassa muodossa, sosiaali- ja terveyspalvelut avautuisivat entistä laajemmin ulkomaisille kilpailijoille. Toteutuessaan direktiivi pakottaisi yksityisen ja julkisen palvelutuotannon entistä selkeämpään eriyttämiseen.

Suomalainen terveydenhuollon rahoitusratkaisu on yhdistelmä kuntien ja valtion rahoitusta, asiakasmaksuja sekä sairausvakuutuksen tukemaa yksityistä terveyspalvelusektoria. Lainsäädännössä ei määritellä palvelujen järjestämistapaa, laajuutta tai sisältöä, vaan näiden arvioiminen ja toteutus on jätetty kuntien tehtäväksi. Julkiseen rahoitukseen perustuvissa terveydenhuoltojärjestelmissä on terveydenhuoltomenojen kehitys pystytty pitämään

paremmin hallinnassa kuin vakuutusperusteisissa järjestelmissä. Suomessa menokehitystä ovat lisäksi hillinneet maltilliset keskitetyt tulosopimukset, jotka ovat pidätelleet alan työvoimakustannusten nousua.

*Köyhyysaste edelleen alhainen – pitkäaikaistyöttömien toimeentulo ongelmana*

Pienituloisen väestön osuutta mittaava köyhyysaste on Suomessa useimpiin muihin EU-maihin verrattuna edelleen alhainen. Köyhyysaste on kuitenkin viime vuosina kasvanut. Pienituloisuuden yleisyys vaihtelee elämänvaiheen mukaan. Pienituloisuus on yleisintä nuorilla alle 30-vuotiailla. Huomattava osa heistä on opiskelijoita ja pienituloisuus ei tällöin ole kovin pysyvää. Pienituloisuus on keskimääräistä yleisempää myös yksin asuvilla 30-64-vuotiailla ja yksinhuoltajilla.

Pelkkää kansaneläkettä saavien eläkeläisten osuus on supistunut jatkuvasti. Yhä useamman eläkkeensaajan toimeentulo perustuu pääasiassa työeläkkeeseen. Työttömistä noin puolet saa työmarkkinatukea. Pitkäaikaistyöttömien toimeentulo on edelleen toimeentuloturvajärjestelmän keskeinen kipupiste. Lähes puolet toimeentulotukea saavista kotitalouksista saa myös työmarkkinatukea tai peruspäivärahaa. Eläkeläisten perustoimeentulo on paremmin turvattu ja toimeentulotukea he tarvitsevat harvemmin.

Vuoden 2005 alusta asteittain voimaan tulevien yksityisen ja julkisten alojen eläkeuudistusten ansiosta sekä työeläkemenon että eläkemaksujen kasvun ennakoidaan jäävän selvästi pienemmäksi kuin nykylainsäädännön mukaan olisi tapahtunut. Tehtyjen eläkeuudistusten riittävydestä on kuitenkin erilaisia näkemyksiä. Uudistus sairausvakuutuksen rahoituksen tasapainottamiseksi on tarkoitus toteuttaa vuoden 2006 alussa. Siinä sairausvakuutus jaettaisiin työtulo- ja sairaanhoitovakuutukseen.

Taloudelliset kannusteet työn vastaanottoon ovat parantuneet etuuskien korvaustasojen alentuessa. Maiden välisissä vertailuissa on vaikea löytää suoraa yhteyttä työttömien toimeentuloturvan tason ja työttömyysasteen välillä.

*Lapsiperheiden tuki kääntynyt nousuun*

Syntyneiden lasten määrä on viime vuosina alentunut, koska synnyttävät ikäluokat ovat edeltäjiään pienempiä. Kokonaishedelmällisyys on kuitenkin pysynyt suhteellisen tasaisena. Lasten osuus väestöstä pienenee tulevaisuudessa edelleen.

Perherakenteet ovat muuttuneet ja avopariperheiden määrä on kasvanut. Avio- ja avoerojen lisääntyessä myös yksinhuoltajaperheiden määrä on kasvanut. Perheen perustaminen ja lasten hankkiminen on myöhentynyt. Yhä useammat naiset jäävät myös lapsettomiksi. Tällä hetkellä keski-ikäisistä naisista 15 prosenttia on lapsettomia. Tulevaisuudessa määrän arvioidaan nousevan 20 prosenttiin. Lapsettomuus on yleisintä korkeasti koulutetuilla naisilla.

Yhteiskunnan tuki lapsiperheille on nykyisin pienempi kuin kymmenen vuotta sitten. Tilanteen korjaamiseksi korotettiin vuoden 2004 alussa lapsilisää ja osittaista hoitorahaa. Vuonna 2005 korotetaan lasten kotihoidon tukea, yksityisen hoidon tukea sekä vanhempainpäivärahan vähimmäistasoa.

Lapsiperheille suunnattuja tulonsiirtoja ei ole sidottu indeksiin. Tämä on näkynyt varsinkin lapsilisän ja kotihoidon tuen ostovoiman heikkenemisenä. Niihin ei tehty korotuksia yli kymmeneen vuoteen. Nyt tehtävistä korotuksista huolimatta niiden taso on edelleen alempi kuin 90-luvun alkupuolella.

Työllisyyden myönteinen kehitys ja verotuksen keveneminen ovat parantaneet lapsiperheiden taloudellista asemaa. Lapsiperheiden toimeentulon kehitys on kuitenkin jäänyt jälkeen muun väestön toimeentulon kehityksestä. Erityisesti yksinhuoltajien toimeentulo on parantunut muita väestöryhmiä hitaammin. Köyhyysrajan alapuolella olevien lapsiperheiden määrä ei ole vähentynyt. Varsinkin monilapsisten perheiden köyhyys on lisääntynyt.

1990-luvulla äitiys- ja lastenneuvoloiden voimavaroja supistettiin. Neuvolakäynnit vähenivät etenkin määräraikaistarkastusten ja kotikäyntien osalta. Neuvolatyössä painottuu yhä enemmän vanhemmuuden tukeminen sekä lapsen ja koko perheen psykososiaalisen hyvinvoinnin edistäminen. Myös kouluterveydenhuollon käynnit ovat vähentyneet. Kouluterveydenhuollon palvelujen järjestämisessä ja toimintatavoissa on suuria kuntakohtaisia eroja.

Lasten hoitojärjestelyt vaihtelevat huomattavasti lasten iän mukaan. Lasten kotihoidon tuen käyttö alle 3-vuotiaiden lasten hoitamiseksi on melko suosittua. Alle yksivuotiaat hoidetaan lähes yksinomaan kotona. Kaksivuotiaista lapsista 44 prosenttia on päivähoidossa. Yli kolmevuotiaista lapsista yli 60 prosenttia on päivähoidossa. Päiväkodeissa huolenaiheeksi on noussut henkilömitoituksen riittävyys. Päiväkodeissa lapsiryhmät ovat usein suuria ja henkilöstön määrän suhteessa lasten määrään vaihtelee. Levottomuutta lisää sekä henkilöstön että lasten vaihtuvuus.

Päivähoidon tarve vähenee edelleen syntyvyyden alenemisen seurauksena. Väestöennusteiden mukaan vuonna 2010 päivähoitoikäisiä lapsia on noin 13 000 vähemmän kuin tällä hetkellä.

#### *Sukupuolten tasa-arvo edistyy*

Hallituksen tasa-arvotavoitteita toteutetaan hallituksen tasa-arvo-ohjelmalla, johon sisältyy sekä kaikille ministeriöille yhteisiä toimenpiteitä että ministeriöiden omia hallinnonalakohtaisia toimenpiteitä.

Työelämään osallistumisessa ei naisten ja miesten välillä ole juurikaan eroja, perheellistymiseen liittyviä ikävuosia lukuun ottamatta. Sen sijaan työmarkkinoilla naiset ja miehet sijoittuvat eri sektoreille ja eri aloille. Naiset työskentelevät miehiä useammin julkisella



sektorilla ja hoivatehtävissä, miehet naisia useammin yksityisellä sektorilla sekä teollisissa ammateissa. Naisten ja miesten keskimääräinen palkkaero on pysynyt ennallaan, mutta ero määräaikaisissa palvelussuhteissa on kasvanut. Isien vanhempainvapaiden käyttö on lisääntynyt hieman.

15-59-vuotiaat naiset ovat suorittaneet perusasteen jälkeisen tutkinnon samanikäisiä miehiä useammin kaikissa ikäluokissa. Kuten työmarkkinat myös monet koulutusalat ovat sukupuolen mukaan eriytyneitä.

Naisten osallistuminen päätöksentekoon on lisääntynyt. Tästä huolimatta naiset ovat taloudellisessa päätöksenteossa edelleen heikosti edustettuina. Naisiin kohdistuvassa väkivallassa on havaittavissa ristiriitainen kehityssuunta: perheväkivalta näyttäisi olevan vähemmän, mutta naisiin kohdistuva työpaikkaväkivalta on kasvanut voimakkaasti.

**Asiasanat:** Sosiaaliturva, elatussuhde, kansanterveys, työkyky, syrjäytyminen, terveydenhuolto, sosiaalipalvelut, toimeentuloturva, lapset, tasa-arvo

## Sammandrag

Trender inom den sociala tryggheten 2004. Helsingfors 2004. 200 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050, 2004:21) ISBN 952-00-1588-4

*Ökad sysselsättningsgrad en förutsättning för att den sociala tryggheten skall utvecklas*

Att de stora åldersklasserna närmar sig pensionsåldern innebär en anpassning till minskad befolkning i arbetsför ålder. Antalet personer i arbetsför ålder börjar gå ner från och med år 2010. Folkmängden i åldern 20-59 år kommer att börja sjunka redan tidigare. Samtidigt ökar storleken på de åldersklasser som av tradition har haft låg sysselsättningsgrad.

Att befolkningen åldras börjar med full kraft inverka på hur försörjningsförhållandet utvecklas på 2010- och 2020-talen. Försörjningsförhållandet beskriver antalet personer vars utkomst är beroende av den avkastning som en sysselsatt person åstadkommer. Regeringen har som mål att öka sysselsättningen med 100 000 personer fram till år 2007 och att höja sysselsättningsgraden till 75 procent före år 2011. Om regeringens sysselsättningsmål nås, stärks försörjningsförhållandet ända fram till år 2011. Därefter börjar det långsamt försvagas. Trots att befolkningen åldras skulle försörjningsförhållandet år 2030 ändå hålla samma nivå som år 2000.

Möjligheterna att utveckla den sociala tryggheten är i betydande grad beroende av att ekonomin växer. Den åldrande befolkningen är en utmaning när det gäller att upprätthålla den ekonomiska tillväxten. Om man inte förmår höja sysselsättningsgraden för olika åldersgrupper, kommer den ändrade åldersstrukturen hos den del av befolkningen som är i arbetsför ålder att minska den ekonomiska tillväxten redan i en nära framtid. Om regeringens sysselsättningsmål nås förändras situationen väsentligt. Den ekonomiska tillväxten skulle då inte längre bromsas upp på samma sätt av förändringen av åldersstrukturen. Förutom att samhällets förmögenhet utvecklas har detta en kännbar effekt på samhällets förmåga att producera välfärdstjänster för medborgarna. De sociala utgifterna finansieras närmast med skatter och socialförsäkringspremier. Om sysselsättningsutvecklingen är god garanterar den att skatteinkomsterna utvecklas gynnsamt. Samtidigt minskar en god sysselsättningsutveckling arbetslöshets- och pensionsutgifterna, vilket frigör resurser för utveckling av social- och hälsovårdstjänster.

Att uppnå sysselsättningsmålet är inte lätt. För att detta skall lyckas krävs åtgärder som rör alla åldersgrupper. Den ekonomiska politiken och välfärdspolitiken måste ha ett så brett sortiment av metoder som möjligt.

*Social- och hälsovårdstjänsterna utgör tyngdpunkten i budgetpropositionen för år 2005*

Social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde har en andel på omkring 9,9 miljarder euro i statens budgetproposition. Beloppet är cirka fem procent större än i budgeten för år 2004. I budgetpropositionen understryks att familjernas ställning och de äldres utkomst skall förbättras samt att social-, hälso- och sjukvården skall utvecklas. För de största ökningarna i anslagen står den tilläggsfinansiering som skall styras till kommunerna för förbättring av social-, hälso- och sjukvården, säkerställning av tillgången på social- och hälsovårdstjänster, reformer som föreslagits för sjukförsäkringen, ökade sjukförsäkringsutgifter samt nivåförhöjning av folkpensionerna och förmåner som är knutna till dem.

Den kommunala ekonomin försvagades klart år 2003. För den kommunala ekonomin väntas finansieringssituationen vara fortsatt stram år 2004. Ökningen av kommunernas verksamhetsutgifter beräknas uppgå till omkring fyra procent på årsbasis. Att utgifterna växer beror närmast på att löneutgifterna och antalet anställda ökar samt på att kommunernas pensionspremie och arbetsgivarnas arbetslöshetsförsäkringspremie stiger. Den ökade efterfrågan på tjänster till följd av befolkningens ändrade åldersstruktur höjer för sin del kommunernas utgifter. Även flyttningsrörelsen ökar utgifterna i tillväxtkommunerna, samtidigt som den gör det svårare att upprätthålla servicestrukturen i kommuner med utflyttningsöverskott. Finansieringsbalansen för den kommunala ekonomin väntas bli klart bättre med början år 2005, då skatteinkomsterna och statsandelarna stiger och utgiftsökningen förblir måttfull.

*De sociala utgifterna stiger en aning*

De sociala utgifterna i relation till bruttonationalprodukten började efter en långvarig nedgång stiga en aning i början av 2000-talet. Detta berodde inte bara på att de sociala utgifterna växte utan också på att ökningen av bruttonationalprodukten blev långsammare. Under de senaste åren har de sociala utgifterna stigit därför att de utgifter som hör samman med ålderdom, sjukdom och hälsa har ökat. De här utgifterna utgör tillsammans över hälften av de sociala utgifterna.

De sociala utgifterna i relation till bruttonationalprodukten ligger i Finland på en medelnivå för EU (EU15). Mellan länderna inom EU finns det skillnader inte bara i hur höga de sociala utgifterna är utan också i utgiftsstrukturen. I Finland är serviceutgifternas andel av de totala utgifterna lägre än i Sverige och Danmark, men högre än i EU i genomsnitt. En internationell jämförelse av de sociala utgifterna försvåras av att många länder beviljar synnerligen betydande sociala skatteavdrag i stället för att betala ut förmåner i pengar. I vissa länder är en avsevärd del av de utkomstskyddsförmåner som betalas ut i pengar också skattefri inkomst. Motsvarande problem gäller även för jämförelser av skattegraden.

*Att befolkningen blir fetare och använder allt mera alkohol är de största hoten mot folkhälsan*

Finländarnas hälsotillstånd har i huvudsak utvecklats positivt för alla åldersklasser och för båda könen. Ungdomarnas hälsobeteende har till största delen ändrats i önskad riktning, människorna i arbetsför ålder har relativt god arbetsförmåga, och de äldres funktionsförmåga är bättre än förr. Dödlighet och sjukfrekvens samt åldringarnas funktionsförmåga verkar ha ett starkt samband med personernas socioekonomiska ställning och livsföring.

De hälsomässiga skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper är i alla fall fortfarande stora, och skillnaderna verkar till och med växa. Tobak och alkohol förklarar hälften av dessa skillnader mellan befolkningsgrupperna. De största hoten för en positiv utveckling är att befolkningen tydligt blir fetare och att alkoholkonsumtionen ökar. Extra bekymmersamt är att de unga snabbt blir allt mera överviktiga och att alkoholförbrukningen klart ökar som en följd av den sänkta alkoholbeskattningen. Risken är att dödsfall orsakade av alkohol ökar ytterligare och att skillnaderna i dödlighet mellan olika befolkningsgrupper blir ännu större. Undersökningar har visat att reglering av alkoholmarknaden samt alkoholskatten är de effektivaste metoderna att inverka på alkoholkonsumtionen och de skador den medför.

För att folkhälsan skall utvecklas i positiv riktning är det av största vikt att få människorna att inse hur de egna valen och levnadsvanorna inverkar på det egna hälsotillståndet. Grunden för en frisk vuxen ålder och för en ålderdom med bibehållen funktionsförmåga lägger man redan i barndomen och under ungdomsåren. Man kan förhindra många sjukdomar genom att ändra sin livsstil i en mera hälsosam riktning. Att satsa på förebyggande verksamhet och hälsouppllysning är billiga metoder som kan ge betydande besparingar inom hälso- och sjukvården under kommande år.

Om man vill minska skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper behövs inte bara uppllysning utan också en socialpolitik som homogeniserar människornas levnadsförhållanden. De senaste undersökningsresultaten tyder i alla fall på att hälsovårdstjänsterna är ojämnt inriktade. Att minska de hälsomässiga skillnaderna måste göras till ett tydligare tyngdpunktsområde än vad nu är fallet.

*Arbetsförhållandena har utvecklats positivt*

Arbetsförhållandena har utvecklats positivt under de senaste åren. Undersökningar har visat att 82 procent är antingen synnerligen eller ganska nöjda med sitt arbete. Under åren 1997-2003 steg 54-64-åringarnas sysselsättningsgrad med omkring 14 procentenheter. Under samma tid ökade sysselsättningsgraden för hela befolkningen (15-64-åringar) med omkring 4 procentenheter. Att sysselsättningsgraden för äldre personer har blivit högre är en följd av att människorna fortsätter i arbetslivet längre än tidigare. De stora

åldersklasserna har stannat kvar i arbetslivet och behållit sina arbetsplatser bättre än tidigare åldersklasser.

Den strukturella arbetslösheten minskade snabbt under åren 1997-2001. Efter år 2001 har antalet personer som är svåra att sysselsätta hållit sig stadigt vid drygt 170 000 personer. Den svåraste gruppen är de långtidsarbetslösa. Av dem är 60 procent över 50 år gamla. I praktiken lyckas endast en liten del av dem utan särskilda åtgärder placera sig på den öppna arbetsmarknaden. För ungdomarna blir arbetslösheten sällan långvarig, också om över 120 000 unga varje år är arbetslösa någon tid.

Tron på att man kan fortsätta i sitt arbete tycks minska med stigande ålder. Det handlar i alla fall inte endast om svagare hälsa, utan om en mera omfattande helhet. Bekräftat kunnande, arbetsförhållanden och organisering av arbetet samt individuella livssituationer inverkar på förmågan att fortsätta i arbetet. Någon enskild faktor som förklarar allt finns inte. Enligt undersökningar och mätningar med olika barometrar stannar man kvar i arbetet och vill fortsätta längre om man på ett förnuftigt sätt kan inverka på arbetsförhållandena. Arbetet förutsätter samarbete i allt högre grad. Arbetsförmågan och kunnandet är inte endast något som gäller individen själv utan en angelägenhet för alla i arbetsgemenskapen.

#### *Resurser och engagemang krävs för att bryta en ond cirkel av utslagning*

Både samhällsutvecklingen och individuella faktorer inverkar på hur allmänt utslagning förekommer. Det handlar om hur olika nackdelar hopar sig och om växelverkan mellan dem, vilket får som följd att individen inte får del av det gemensamma goda. Eftersom utslagningsfenomenet är så invecklat finns det ingen exakt information om hur antalet utslagna har utvecklats. När risken för utslagning granskas kan för de flesta riskdimensioner ingen positiv utveckling iaktas under de senaste åren. Då arbetslösheten och utkomstproblemen blivit långvariga är det ännu svårare än tidigare att bryta den onda cirkeln. Psykiska problem som orsak till att man lämnar arbetslivet har blivit allmännare än förr. Klyftan mellan arbetslivets krav och de utslagnas arbetsförmåga har vuxit. För att bryta den onda cirkeln av utslagning behövs långsiktigt engagemang för att stöda personer med många olika problem. När problemen drar ut på tiden blir personens egna resurser för att rätta till situationen uttömda. Om man för att hjälpa svårt utslagna tillämpar den öppenvårdsmo- dell som betonar personens eget ansvar leder det sällan till önskat resultat.

#### *Utgifterna för hälso- och sjukvård låga i ett internationellt perspektiv*

Den andel som utgifterna för hälso- och sjukvård utgör av bruttonationalprodukten började stiga år 2001 efter en sjunkande trend som pågått i flera år. Orsaken till det var inte endast att utgifterna ökade utan också att ökningstakten för bruttonationalprodukten blev klart långsammare. Trots ökningen de senaste åren är hälso- och sjukvårdsutgifterna i relation till bruttonationalprodukten fortfarande mindre än i början av 1990-talet.

Utgifterna för hälso- och sjukvården har i alla fall stigit reellt från och med år 1995. Dessutom har utgifterna för hälso- och sjukvård ökat snabbare än övriga offentliga utgifter. I synnerhet har läkemedelsutgifterna stigit snabbt, för från början av senaste decennium har läkemedelsutgifterna reellt ökat med omkring fem procent om året.

Hälso- och sjukvårdsutgifterna i relation till bruttonationalprodukten är klart lägre än genomsnittet för EU-länderna. Även uträknade per invånare tillhör hälso- och sjukvårdsutgifterna i Finland de lägsta inom EU. Att utgifterna är små kan tolkas på två sätt. Enligt det positiva synsättet har Finland ett system som är effektivare än genomsnittet, eftersom omfattande och högklassiga tjänster produceras med en liten insats. Denna tolkning kan motiveras med att undersökningar har visat att finländarna i jämförelse med alla EU-medborgare är mest tillfreds med hälsovårdstjänsterna. Också när man jämför den dödlighet som går att undvika med hjälp av hälso- och sjukvård hör Finland till dem som har de lägsta siffrorna bland alla länder inom EU.

Enligt det mera kritiska synsättet är det befogat att fråga sig om Finland under de senaste åren har använt tillräckligt med pengar för hälso- och sjukvården. Denna åsikt stöds av att vårdköerna till specialiserad sjukvård är långa i Finland i jämförelse med situationen i övriga länder i Europa.

#### *Behovet av social- och hälsovårdstjänster ökar*

Behovet av social- och hälsovårdstjänster väntas öka under 2020- och 2030-talen, när antalet gamla människor kraftigt ökar. Enligt olika undersökningar verkar det vara klart att den ålderstigna befolkningens behov av tjänster ändå växer långsammare och mindre rätlinjigt än antalet åldringar. Förbättringen av befolkningens hälsotillstånd kommer att fortsätta också i framtiden, och åldringarna kan klara sig självständigt längre än tidigare.

Utgiftsutvecklingen kan påverkas betydligt genom att man snabbt tillgodogör sig ny teknologi samt genom att tjänste- och produktionsstrukturen reformeras. I fråga om hälsovårdstjänster skapar utbud också efterfrågan. Kommande kostnader påverkas väsentligt av lösningar på utbudssidan. På basis av internationella jämförelser har efterfrågan på hälsovårdstjänster hittills ökat med högre utbildningsnivå och med förbättrad allmän levnadsstandard. Mellan den allmänna levnadsstandarden och hälso- och sjukvårdsutgifterna förekommer i alla fall betydande variationer, vilket till stor del förklaras av hur tjänsterna är ordnade.

Före år 2020 kommer omkring en fjärdedel av den nuvarande personalen, det vill säga 55 000 personer, att gå i pension från tjänster inom social- och hälsovården. När befolkningen åldras och går i pension måste nytt yrkesfolk för social-, hälso- och sjukvården lockas till branschen från de unga åldersklasserna, som är mindre än tidigare. Samtidigt ökar det allt större antalet kunder mängden arbete för den krypta arbetskraften. I framtiden kan det bli problematiskt att få kunnig arbetskraft, och bristen

på arbetstagare kan leda till att lönenivån stiger i snabb takt. Att man får kunnig och motiverad personal tryggas inte endast genom att utbildningen utvecklas utan också genom att arbetsförhållandena förbättras, genom att personalen dimensioneras så att den motsvarar behovet och genom att flexibel arbetsfördelning mellan personalgrupperna ges stöd.

#### *Nya produktions- och finansieringsmodeller för tjänsterna*

Kommunsektorns ställning som producent av social- och hälsovårdstjänster håller på att ändras. De privata serviceproducenternas andel har ökat. Privata serviceproducenter, det vill säga organisationer och företag, producerar i dag en femtedel av social- och hälsovårdstjänsterna. Inom de sociala tjänsterna har organisationerna en större andel, medan största delen av de privata hälsovårdstjänsterna produceras av företag.

Samhällets ansvar för att ordna produktionen av tjänster kommer att bestå också i framtiden. Produktionen av tjänster kan ordnas via privata företag eller via samfund som inte eftersträvar vinst. En klarare definition av produktionen och beställningen av tjänster möjliggör en förhöjd effektivitet. Ifall EU:s tjänstedirektiv, som är under beredning, förverkligas i enlighet med kommissionens förslag skulle social- och hälsovårdstjänsterna i högre grad än tidigare öppnas för utländsk konkurrens. Om direktivet omsätts i praktiken kommer det att tvinga den privata och den offentliga serviceproduktionen till en klarare differentiering än förr.

Finansieringslösningen för den finska hälso- och sjukvården är en kombination av kommunal och statlig finansiering, av kundavgifter samt av den privata hälsovårdssektor som får stöd genom sjuförsäkringen. I lagstiftningen definieras inte på vilket sätt tjänsterna skall produceras, inte heller omfattningen eller innehållet, utan kommunerna har fått i uppgift att bedöma och ordna dem. I hälso- och sjukvårdssystem som grundar sig på offentlig finansiering har utvecklingen av hälso- och sjukvårdsutgifterna bättre kunnat hållas i styr än i system som bygger på försäkringar. Utvecklingen av utgifterna har i Finland dessutom dämpats av återhållsamma centrala inkomstavgifter, som har bromsat höjningen av arbetskraftskostnaderna i branschen.

#### *Fattigdomsgraden fortfarande låg – utkomsten för de långtidsarbetslösa är ett problem*

Fattigdomsgraden, som mäter låginkomsttagarnas andel av befolkningen, är fortfarande låg i Finland i jämförelse med de flesta andra EU-länderna. Fattigdomsgraden har i alla fall ökat under de senaste åren. Hur allmänt det är med låga inkomster varierar enligt skede i livet. Vanligast är det att unga, under 30 år gamla personer har låga inkomster. En betydande del av dem är studerande, och då är situationen med låga inkomster inte särskilt bestående. Det är också allmänare än genomsnittligt att ensamboende personer som är 30-64 år gamla samt att ensamförsörjare är låginkomsttagare.

Andelen pensionärer som lyfter enbart folkpension har krympt kontinuerligt. För allt fler pensionstagare grundar sig utkomsten främst på arbetspension. Av de arbetslösa får ungefär hälften arbetsmarknadsstöd. De långtidsarbetslösas utkomst är fortfarande en central smärtpunkt för utkomstskyddssystemet. Av de privata hushåll som fick utkomststöd fick nästan hälften också arbetsmarknadsstöd eller grunddagpenning. Pensionärernas basutkomst är bättre tryggad, och de behöver mera sällan utkomststöd.

Tack vare de pensionsreformer som gäller de privata och de offentliga sektorerna och som stegvis kommer att träda i kraft från början av år 2005 förutspås ökningen av såväl arbetspensionsutgiften som pensionspremierna bli klart mindre än den skulle ha blivit enligt den nuvarande lagstiftningen. Huruvida de fastslagna pensionsreformerna är tillräckliga råder det i alla fall olika åsikter. Det är meningen att en reform för att balansera finansieringen av sjukförsäkringen skall genomföras i början av år 2006. Enligt den skall sjukförsäkringen delas upp i en arbetsinkomst- och en sjukvårdsförsäkring.

De ekonomiska incitamenten att ta emot arbete har blivit bättre när ersättningsnivåerna för olika förmåner har sjunkit. I jämförelser mellan länderna är det svårt att hitta något direkt samband mellan nivån på de arbetslösas utkomstskydd och arbetslöshetsgraden.

#### *Stödet för barnfamiljerna har vänt uppåt*

Under de senaste åren har antalet födda barn gått ner, eftersom de barnafödande åldersklasserna är mindre än tidigare. Den totala fertiliteten har i alla fall hållit sig relativt stabil. Barnens andel av befolkningen kommer ytterligare att minska i framtiden.

Familjestrukturen har förändrats och antalet sambofamiljer har ökat. Med större antal skilsmässor och separerade sambopar har också antalet ensamförsörjarfamiljer stigit. Man har börjat grunda familj och skaffa barn allt senare. Allt fler kvinnor förblir också barnlösa. För närvarande är 15 procent av kvinnorna i medelåldern barnlösa. I framtiden väntas siffran stiga till 20 procent. Barnlösheten är vanligast bland högt utbildade kvinnor.

Samhällets stöd till barnfamiljerna är i dag mindre än för tio år sedan. För att rätta till situationen höjdes barnbidraget och den partiella vårdpenningen i början av år 2004. År 2005 höjs stödet för hemvård av barn, stödet för privat vård av barn samt miniminivån på föräldradagpenningen. De inkomstöverföringar som är riktade till barnfamiljerna är inte bundna till index. Detta har märkts i synnerhet i form av försvagad köpkraft för barnbidraget och för stödet för hemvård av barn. De har inte höjts på över tio år. Trots att de nu blir större kommer de fortfarande att ligga på en lägre nivå än i början av 1990-talet.



Att sysselsättningen utvecklats positivt och att beskattningen lättat har förbättrat barnfamiljernas ekonomiska ställning. Utvecklingen av barnfamiljernas utkomst har i alla fall blivit efter den övriga befolkningens utkomstutveckling. I synnerhet ensamförsörjarnas utkomst har förbättrats långsammare än andra befolkningsgruppers försörjning. Antalet barnfamiljer som befinner sig under fattigdomsgränsen har inte minskat. I synnerhet bland familjer med många barn har fattigdomen ökat.

På 1990-talet fick rådgivningsbyråerna för mödra- och barnavård minskade resurser. Rådgivningsbesöken minskade, i synnerhet i fråga om visstidsundersökningar och hembesök. I rådgivningsarbetet betonas allt mera att föräldraskapet skall stödas och att barnets och hela familjens psykosociala välmående skall främjas. Också inom skolhälsovården har antalet besök minskat. När det gäller hur skolhälsovårdstjänsterna ordnas och hur de fungerar förekommer stora skillnader mellan olika kommuner.

Hur vården av barn ordnas varierar betydligt efter barnens ålder. För skötsel av barn under tre år är det relativt populärt att utnyttja stödet för hemvård av barn. Barn som är under ett år gamla vårdas nästan uteslutande hemma. Av tvååringarna är 44 procent i dagvård, och av barn över tre år är mer än 60 procent i dagvård. En tillräcklig dimensionering av personalen har orsakat bekymmer på daghemmen. Barngrupperna på daghemmen är ofta stora, och personalens storlek i relation till antalet barn varierar. Omsättningen både på anställda och barn skapar ökad oro.

Behovet av dagvård kommer att minska ytterligare som en följd av den sjunkande nativiteten. Enligt befolkningsprognoserna kommer det år 2010 att finnas omkring 13 000 färre barn i dagvårdsålder än för närvarande.

#### *Jämställdheten mellan könen blir bättre*

Regeringens jämställdhetsmål försöker man uppnå genom regeringens jämställdhetsprogram, som innehåller såväl åtgärder som är gemensamma för alla ministerier som separata ministeriers åtgärder för enskilda förvaltningsområden.

Det förekommer knappt några skillnader i hur kvinnorna och männen deltar i arbetslivet, med undantag för de åldersklasser för vilka familjebildningen är aktuell. Däremot placeras sig kvinnorna och männen i olika sektorer och olika branscher på arbetsmarknaden. Kvinnorna arbetar oftare än männen inom den offentliga sektorn och i omsorgsuppgifter, medan männen oftare än kvinnorna finns inom den privata sektorn och i industriella yrken. Den genomsnittliga löneskillnaden mellan kvinnor och män har varit oförändrad, men inom tjänsteförhållanden för viss tid har skillnaden ökat. Fäderna har i större omfattning börjat utnyttja föräldraledigheterna.

Kvinnor i åldern 15-59 år har i alla åldersklasser oftare än männen i samma ålder avlagt någon examen efter grundskolenivån. På samma sätt som arbetsmarknaden är också utbildningsområdena uppdelade enligt de studerandes kön.

Det har blivit vanligare att kvinnor deltar i beslutsfattandet. Trots det är kvinnorna fortfarande svagt representerade när ekonomiska beslut fattas. I fråga om våld mot kvinnor kan en motsägelsefull utvecklingstrend iakttas: familjevåldet förefaller minska, medan våld mot kvinnor på arbetsplatserna har ökat kraftigt.

**Stickord:** Social trygghet, utkomst, folkhälsa, arbetsförmåga, utslagning, hälso- och sjukvård, sociala tjänster, utkomstskydd, barn, jämställdhet

## Esipuhe

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut Sosiaaliturvan suunta –julkaisua vuodesta 1996 lähtien. Julkaisu on sisältänyt vuosittain vaihtuvia erityisteemoja, mutta pääosin tarkastelu on rakentunut sosiaalimenoluokituksen mukaiselle jaottelulle. Tämä rakenne koettiin vuosittain ilmestyvässä julkaisussa turhan raskaaksi. Vuoden 2003 julkaisussa rakennetta uudistettiin siten, että julkaisu perustui osittain sosiaali- ja terveysministeriön strategisten linjausten mukaiseen tarkasteluun.

Sosiaaliturvan Suunta 2004 –julkaisun rakenne perustuu sosiaali- ja terveysministeriön strategiaan linjauksiin sekä hallituksen strategia-asiakirjaan kirjattuihin sosiaali- ja terveyspoliittisiin tavoitteisiin. Kunkin luvun alussa on esitetty hallituksen strategia-asiakirjassa 2004 mainitut sosiaalipoliittiset vaikuttavuustavoitteet. Julkaisun yhtenä tarkoituksena on mahdollisuuksien mukaan arvioida vaikuttavuustavoitteiden toteutumista erilaisten tilastojen ja indikaattorien valossa.

Mahdollisuudet arvioida vaikuttavuustavoitteiden toteutumista ovat hyvin vaihtelevia. Eräillä toimintalohkoilla tietojen tuotanto on pitkälle kehittyntä. Toisilla lohkoilla tietohuollossa on vielä runsaasti kehitettävää. Tilastot valmistuvat myös viiveellä, joten juuri nykyhetkeä koskevia tietoja on harvoin saatavilla. Tilastojen ja indikaattorien tulkinnassa on lisäksi muistettava ne monimutkaiset vaikutussuhteet, jotka ovat muutosten takana. Havaittaviin muutoksiin vaikuttavat monet tekijät. Erityisesti sosiaaliturvaa koskevien tarkastelujen yhteydessä on pidettävä mielessä se pitkä aikajänne, jolla eri toimenpiteet tehoavat. Esimerkiksi eläkevakuutukseen tehtävät muutokset vaikuttavat täydellä teholla vasta vuosien kuluttua. Tehtyjen päätösten lopullisia vaikutuksia joudutaan tällöin arvioimaan erilaisten laskentamallien avulla ja tekemällä erilaisia oletuksia. Näihin sisältyy runsaasti epävarmuutta.

Myös itse vaikuttavuustavoitteet ovat luonteeltaan varsin kirjavia. Osa tavoitteista on selkeitä ja niitä asetettaessa on jo alun perin kiinnitetty huomiota ilmiön mitattavuuteen. Erityisesti tämä koskee vaikuttavuustavoitteita, jotka ovat täsmentyneet jo käynnistyneiden ohjelmien ja hankkeiden valmistelun yhteydessä. Osa vaikuttavuustavoitteista on taas luonteeltaan yleisempiä. Indikaattorit tarjoavat lähinnä tietopohjaa asiasta käytävälle keskustelulle.

Mahdollisuudet sosiaaliturvan ylläpitoon ja kehittämiseen myös tulevaisuudessa riippuvat oleellisesti työllisyyskehityksestä. Työllisyys muodostaa tämän julkaisun kokoavan teeman. Jokaisella strategisella tavoitteella on luonnollisesti omat painopisteensä. Yhdessä ne kuitenkin muodostavat laajemman kokonaisuuden, jonka keskiössä on väestön hyvinvoinnin parantaminen työllisyysasteen nostamisen avulla. Koska työllisyysasteen korottaminen koskettaa kaikkia väestöryhmiä, edellyttää se mahdollisimman kattavaa toimenpidevalikoimaa. Näkökulman on samalla oltava riittävän laaja. Työnteon taloudellisista

kannusteista huolehtiminen ei riitä, jos työelämän vetovoimaa ei saada lisättyä. Myös aikajänteen on oltava riittävän pitkä. Tulevaisuudessa työmarkkinoille siirtyvien nuorten terveys ja toimintakyky riippuvat pitkälti lapsiperheiden hyvinvoinnista tänään. Terve ja työkykyinen väestö on taas korkean työllisyysasteen edellytys. Ainakin lyhyellä aikavälillä työllisyyden ja muiden tavoitteiden välillä voi olla myös jännitteitä.

Osastopäällikkö,  
ylijohtaja

Kari Välimäki

## Sosiaaliturvan suunta 2004 –asiantuntijat

### *Kirjoittajat*

- Neuvotteleva virkamies Marja-Liisa Anttalainen, luvut 7.2 ja 7.3
- Erikoistutkija Kari Gröhn, luku 3
- Finanssisihteeri Tiina Heino, luku 2
- Erikoistutkija Ilari Keso, luvut 1.3 ja 5.2
- Erikoistutkija Veli Laine, luku 5.1
- Apulaisosastopäällikkö Rolf Myhrman, luvut 1.1 ja 1.4
- Neuvotteleva virkamies Juho Saari, luku 1.5
- Finanssisihteeri Arto Salmela, luku 1.2
- Ylitarkastaja Markus Seppelin, luku 4
- Erikoistutkija Riitta Säntti, luku 6
- Erikoistutkija Jouni Varanka, luvut 7.1 ja 7.4–7.9

Sosiaaliturvaa ja taloutta koskevista kehitysarvioista vastasi erikoistutkija *Pekka Sirén*. Julkaisun laadintaan sen eri vaiheissa osallistuivat lisäksi finanssisihteeri *Taimi Saloheimo* ja ylitarkastaja *Anna Väinälä*.

Raportin laatimista johti apulaisosastopäällikkö *Rolf Myhrman*. Toimitustyöstä vastasi erikoistutkija *Ilari Keso*. Laskentasihteeri *Päivi Ahtialansaari* laati kuviot. Julkaisun ulkoasun suunnitteli ja toteutti julkaisus sihteeri *Heli Ulmanen*.



## Sisältö

<b>I Sosiaaliturva ja muuttuva toimintaympäristö .....</b>	<b>25</b>
1.1 Ikärakenne, työllisyys ja talouskasvu .....	26
1.2 Vuoden 2005 valtion talousarvio ja kuntatalous .....	32
1.3 Sosiaalimenot ja niiden rahoitusmahdollisuudet .....	36
1.4 Tuottavuus, työllisyys ja työkyky.....	45
1.5 Sosiaali- ja terveysministeriön strategiset tavoitteet ja ohjelmat.....	48
<b>II Terveiden ja toimintakyvyn edistäminen.....</b>	<b>51</b>
2.1 Terveys 2015– kansanterveysohjelma.....	51
2.2 Alkoholiohjelma 2004-2007.....	68
2.3 Huumausainepoliittinen toimenpideohjelma 2004-2007.....	74
<b>III Työelämän vetovoiman lisääminen .....</b>	<b>79</b>
3.1 Työelämän moniulotteinen muutos .....	80
3.2 Eteneminen kohti korkeaa työllisyyttä .....	83
3.3 Työolot ja työkyky.....	86
<b>IV Syrjäytymisen ehkäisy ja hoito .....</b>	<b>93</b>
4.1 Moniongelmaisuuden luonteesta .....	93
4.2 Syrjäytymistä kuvaavat indikaattorit ja syrjäytymisen kehitys .....	94
4.3 Köyhyyden ja syrjäytymisen vastainen kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2003 – 2005.....	101
<b>V Toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva .....</b>	<b>103</b>
5.1 Toimivat palvelut.....	103
5.1.1 Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistavoitteet.....	103
5.1.2 Terveystuoltomenojen kehitys.....	105
5.1.3 Sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ja laatu.....	107
5.1.4 Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve tulevaisuudessa .....	113
5.1.5 Henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen .....	115
5.1.6 Uudet hoitokäytännöt ja teknologinen kehitys .....	116
5.1.7 Terveystuoltomisen rahoitus .....	117
5.1.8 Sairausvakuutus ja sen uudistaminen .....	121
5.1.9 Julkisten ja yksityisten palvelujen suhde.....	123
5.2 Kohtuullinen toimeentuloturva.....	124
5.2.1 Eläkejärjestelmän rahoituksen turvaaminen.....	125
5.2.2 Riittävä vähimmäisturva ja kohtuullinen ansioturva .....	129
<b>VI Lapsiperheiden hyvinvointi.....</b>	<b>147</b>
6.1 Perheen perustaminen ja perheellistyminen .....	147
6.2 Lapsista aiheutuvien kustannusten tasaaminen .....	151
6.3 Vanhemmuuden tukeminen .....	157
6.4 Lasten kasvu- ja kehitysympäristö .....	162

<b>VII Sukupuolten tasa-arvon edistäminen .....</b>	<b>167</b>
7.1 Koulutus ja sukupuoli .....	168
7.2 Naiset ja miehet työmarkkinoilla.....	170
7.3 Naisten ja miesten palkkaerot.....	173
7.4 Määräaikaiset työsuhteet .....	175
7.5 Naisyrittäjät .....	177
7.6 Naisten osuus poliittisessa ja taloudellisessa päätöksenteossa .....	178
7.7 Naisiin kohdistuva väkivalta ja prostituutio .....	182
7.8 Tasa-arvopolitiikan arviointi miesnäkökulmasta.....	185
7.9 Tasa-arvon valtavirtaistaminen valtionhallinnossa .....	189
<b>Lähteet.....</b>	<b>191</b>
<b>Loppuviitteet.....</b>	<b>195</b>

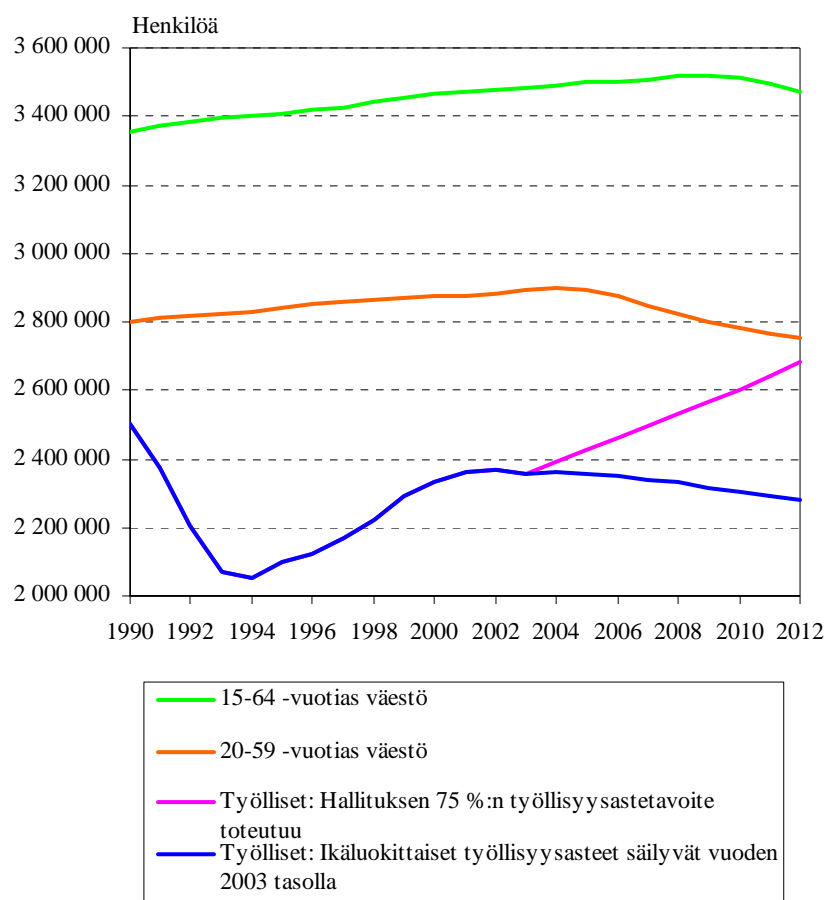


## I Sosiaaliturva ja muuttuva toimintaympäristö

Suurten ikäluokkien lähestyminen eläkeikää merkitsee sopeutumista työikäisen väestön vähenemiseen. Työikäisen väestön määrä alkaa supistua vuodesta 2010 alkaen. 20-59-vuotias väestö alkaa vähetä jo tätä aikaisemmin. Samanaikaisesti kasvaa niiden ikäluokkien koko, joissa työllisyysasteet ovat perinteisesti olleet alhaiset. Vuonna 2010 on 60-64-vuotiaita puolet enemmän kuin vuonna 2003.

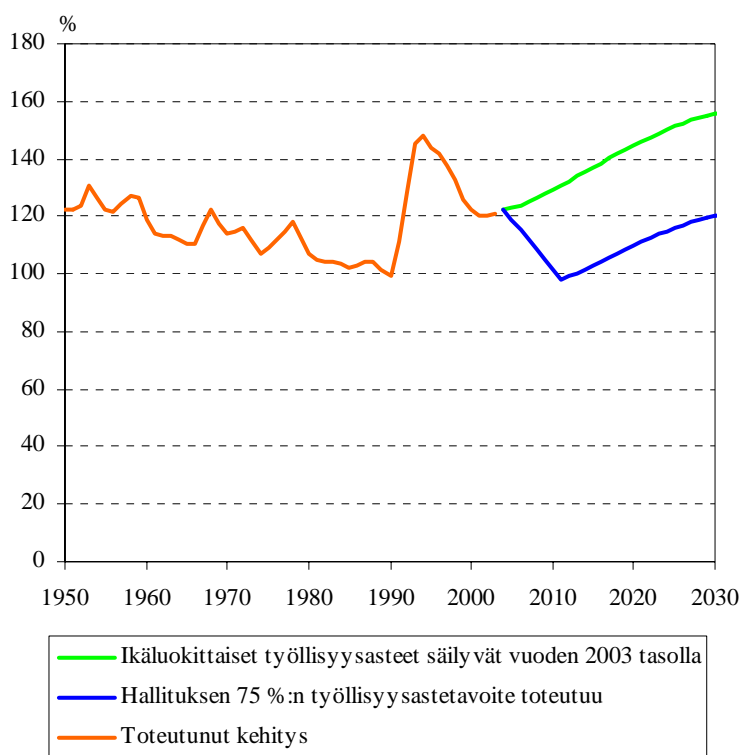
Hallituksen tavoitteena on lisätä työllisyyttä 100 000 henkilöllä vuoteen 2007 ja nostaa työllisyysaste 75 prosenttiin vuoteen 2011 mennessä. Tämä merkitsee 30 000-40 000 työllisen lisäystä vuosittain, yhteensä 300 000 henkilöllä verrattuna vuoteen 2003 (kuvio 1).

Kuvio 1. Työikäinen väestö ja työlliset vuosina 1990-2003 sekä kehitysarvio eri oletuksilla vuoteen 2012



Elatussuhde lasketaan jakamalla ei-työllisten lukumäärä työllisten lukumäärällä. Elatussuhde kuvaa sitä, kuinka monen henkilön toimeentulo on riippuvainen yhden työllisen aikaansaamasta tuotoksesta. Elatussuhde riippuu sekä väestön ikärakenteesta että työikäisen väestön työllisyydestä. Väestön ikääntyminen alkaa vaikuttaa koko voimakkuudellaan elatussuhteen kehittymiseen 2010- ja 2020-luvuilla. Jos hallituksen työllisyystavoite toteutuu, elatussuhde vahvistuu aina vuoteen 2011 asti, jonka jälkeen se alkaa hitaasti heiketä. Väestön ikääntymisestä huolimatta elatussuhde olisi vuonna 2030 kuitenkin samalla tasolla kuin vuonna 2000. Jos ikäluokittaiset työllisyysasteet taas jäävät vuoden 2003 tasolle, elatussuhde muodostuu heikommaksi kuin syvän taloudellisen laman vallitessa 1990-luvun alkupuoliskolla. (Kuvio 2)

Kuvio 2. Elatussuhde vuosina 1950-2003 sekä kehitysarvio vuoteen 2030, %



## 1.1 Ikärakenne, työllisyys ja talouskasvu

Sosiaaliturvan kehittämismahdollisuudet riippuvat merkittävästi taloudellisesta kasvusta. Talouden kasvaessa ripeästi hyvinvointipalvelujen ja toimeentuloturvaetuuksien rahoitus ei muodostu samanlaiseksi ongelmaksi kuin talouskasvun ollessa hidasta. Suotuisa talouskehitys merkitsee myös parempaa työllisyyttä ja rahana maksettavien toimeentuloturvaetuuksien saajamäärien supistumista. Tämän luo enemmän tilaa hyvinvointipalvelujen

kehittämiselle. Samalla toimeentuloturvaetuuksien kohtuullinen taso on helpompi turvata, kun saajien lukumäärä on pienempi.<sup>1</sup>

Ikääntyvä väestö muodostaa talouskasvun ylläpitämiselle haasteen. Ikärakenteen muutoksen vaikutusta voidaan havainnollistaa taulukon 1 hajotelman (dekomponointi) avulla. Hajotelmassa asukasta kohti lasketun bruttokansantuotteen kasvuun vaikuttavat työn tuottavuus, työkäisen väestön osuus koko väestöstä sekä työllisten osuus työkäisestä väestöstä. Ikärakenteen vaikutusta talouskasvuun on tarkasteltu kahdella vaihtoehdolla. Ensimmäisessä vaihtoehdossa ikäluokittaiset työllisyysasteet säilyvät vuoden 2003 tasolla. Toisessa vaihtoehdossa työllisyysaste kohoaa vuoteen 2012 mennessä asteittain 75 prosenttiin hallituksen työllisyystavoitteen mukaisesti. Työn tuottavuuden kasvun oletetaan vuosina 2004–2020 olevan kummassakin vaihtoehdossa 1,8 prosenttia vuodessa.<sup>2</sup> Samoin väestön ikärakenteen (15-64-vuotiaat/koko väestö) oletetaan molemmissa vaihtoehdoissa kehittyvän samalla tavoin.

Taulukko 1. Asukasta kohti lasketun bruttokansantuotteen kasvu 1992-2020, %  
Hajotelma eri tekijöiden mukaan

	Ikäluokittaiset työllisyysasteet pysyvät vuoden 2003 tasolla						
	1992-95	1995-98	1998-01	2001-04	2004-07	2007-11	2011-20
Muutos keskimäärin vuodessa, %							
Työn tuottavuus	4,5	2,6	1,4	1,6	1,8	1,8	1,8
Työkäisen väestön osuus	-0,2	0,0	0,1	-0,1	0,0	-0,2	-0,8
Työllisyysaste	-4,9	1,7	1,9	0,2	-0,5	-0,7	-0,2
Yhteensä: BKT/asukas	-0,8	4,3	3,4	1,7	1,3	0,9	0,9
	Työllisyysaste kohoaa 75 prosenttiin vuoteen 2012 mennessä						
	1992-95	1995-98	1998-01	2001-04	2004-07	2007-11	2011-20
Muutos keskimäärin vuodessa, %							
Työn tuottavuus	4,5	2,6	1,4	1,6	1,8	1,8	1,8
Työkäisen väestön osuus	-0,2	0,0	0,1	-0,1	0,0	-0,2	-0,8
Työllisyysaste	-4,9	1,7	1,9	0,2	1,1	1,6	0,3
Yhteensä: BKT/asukas	-0,8	4,3	3,4	1,7	2,9	3,2	1,3

Työkäisen väestön osuus = 15-64-vuotias väestö/koko väestö

Työllisyysaste = 15-64-vuotiaat työlliset/15-64-vuotiaat

Työn tuottavuus = Tuotanto työllistä kohden

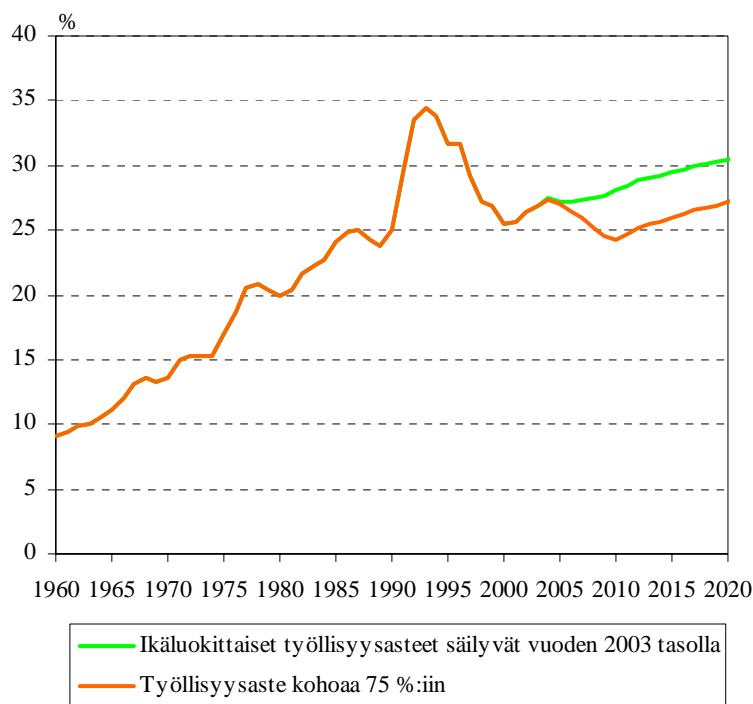
Työkäisen väestön osuuden supistuminen pienentää talouskasvua huomattavammin vasta tarkastelujakson lopulla vuosina 2011-2020 (-0,8 prosentilla vuodessa). Mikäli ikäryhmittäiset työllisyysasteet pysyvät ennallaan, työkäisen väestön ikärakenteen muutos pien-

tää talouskasvua kuitenkin jo aikaisemmin. Yhä suurempi osa työikäisistä kuuluu ikäluokkiin, joissa työllisyysaste on nykyisin alhainen. Tätä kautta työikäisen väestön vanheneminen laskisi työllisyysastetta. Tämä hidastaisi tuotannon kasvua 0,5 prosentilla ja 0,7 prosentilla ajanjaksoilla 2004-2007 ja 2007-2011. Jälkimmäisellä ajanjaksolla työikäisen väestön osuuden supistuminen hidastaa tuotannon kasvua vielä 0,2 prosentilla. Tuottavuuden kasvusta huolimatta jäisi talouskasvu vaatimattomaksi. Hallituksen työllisyystavoitteen toteutuminen muuttaisi tilannetta oleellisesti. Tällöin väestön ikääntyminen ei enää samalla tavoin hidastaisi taloudellista kasvua. Yhteiskunnan varallisuuden kehittymisen lisäksi tällä olisi tuntuva vaikutus yhteiskunnan kykyyn tuottaa hyvinvointipalveluita kansalaisille.

### *Työllisyys ja sosiaalimenot*

Vuonna 2003 sosiaalimenot olivat 27 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen. Jos ikäryhmittäiset työllisyysasteet jäävät vuoden 2003 tasolle, työllisyysaste alenee 65 prosenttiin vuonna 2010. Tämä kasvattaisi nykyilainsäädännön mukaista sosiaalimenojen BKT-suhdetta yhden prosenttiyksikön. Väestön vanhetessa edelleen sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen kohoaisi yli 30 prosenttiin vuoteen 2020 mennessä (kuvio 3).

Kuvio 3. Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen vuosina 1960-2003 sekä kehitysarviot eri oletuksilla vuoteen 2020, %

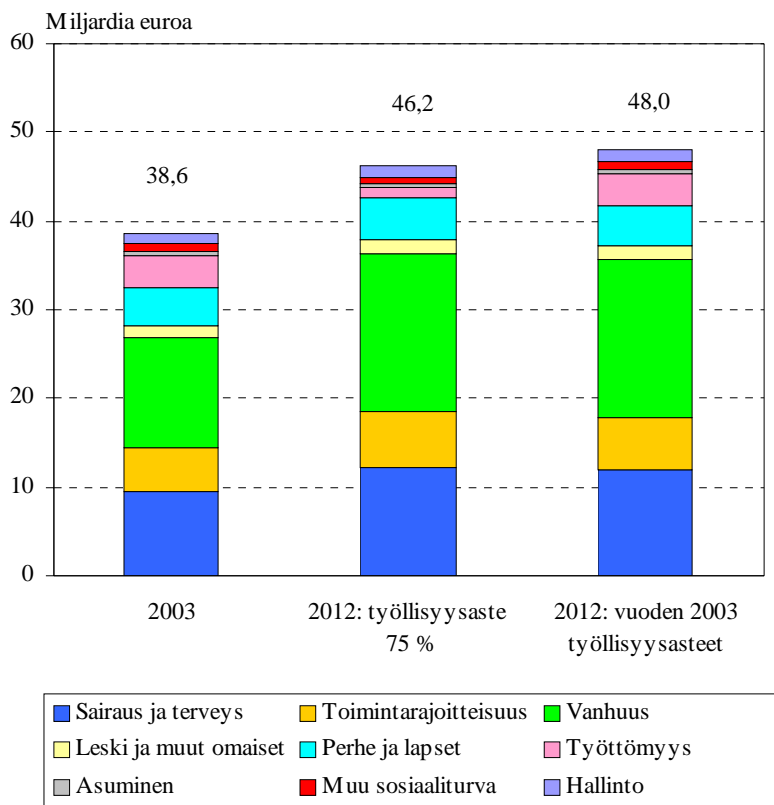


Mikäli Suomi onnistuisi kohottamaan työllisyysasteen 75 prosenttiin, sosiaalimenojen BKT-suhde alentuisi 24,3 prosenttiin vuonna 2010. Korkean työllisyyden vaihtoehdossa sosiaalimenojen BKT-suhde olisi siis liki 4 prosenttiyksikköä alhaisempi kuin matalan työllisyyden vaihtoehdossa. Sosiaalimenot rahoitetaan lähinnä veroilla ja sosiaalivakuutusmaksuilla. Korkean työllisyyden vaihtoehdossa veroaste voisi jo tämän takia olla pienempi kuin matalan työllisyyden vaihtoehdossa. Samalla hyvä työllisyyskehitys takaisi verotulojen suotuisan kehityksen alhaisemmalla veroasteella. Hyvä työllisyyskehitys siis vähentäisi sosiaalimenoja ja lisäisi samanaikaisesti verotuloja. Tämä synnyttäisi verohuojennusvaraa, jolla voitaisiin pienentää työn kireää verotusta Suomessa. Vaihtoehdoisesti julkisen talouden liikkumavaraa voidaan käyttää sosiaaliturvan kehittämiseen. Jos ikäryhmittäiset työllisyysasteet jäävät vuoden 2003 tasolle, sosiaalimenot ovat kaksi miljardia euroa suuremmat kuin korkean työllisyyden vaihtoehdossa (kuvio 4). Kummassakin vaihtoehdossa sosiaali- ja terveyspalvelujen määrä on oletettu samaksi. Työttömyys- ja eläkemenot sekä viimesijaisen toimeentulon turvaaminen selittävät korkeammat menot matalan työttömyyden vaihtoehdossa.

Edessämme on vain huonoja vaihtoehtoja, mikäli työllisyysasteet jäävät vuoden 2003 tasolle. Jotta julkisten hyvinvointipalveluiden saatavuus ja laatu voitaisiin säilyttää, veroastetta olisi korotettava. Verotuksen kiristäminen saattaisi kuitenkin heikentää työllisyyttä. Kansainvälisen verokilpailun kiristyminen voi pikemminkin lisätä paineita verotuksen keventämiseen.

Jos julkisten palveluiden tarjontaa joudutaan vähentämään, tingitään hyvinvointia ja taloudellista kasvua tukevista investoinneista, joita hyvinvointipalvelut luonnostaan ovat. Jos toimeentuloturvaetuksia joudutaan leikkaamaan, köyhyys lisääntyy, tuloerot kasvavat ja yhteiskunnan koheesio heikentyy.

Kuvio 4. Sosiaalimenot vuonna 2003 sekä kehitysarviot eri oletuksilla vuodelle 2012, miljardia euroa vuoden 2003 hinnoin

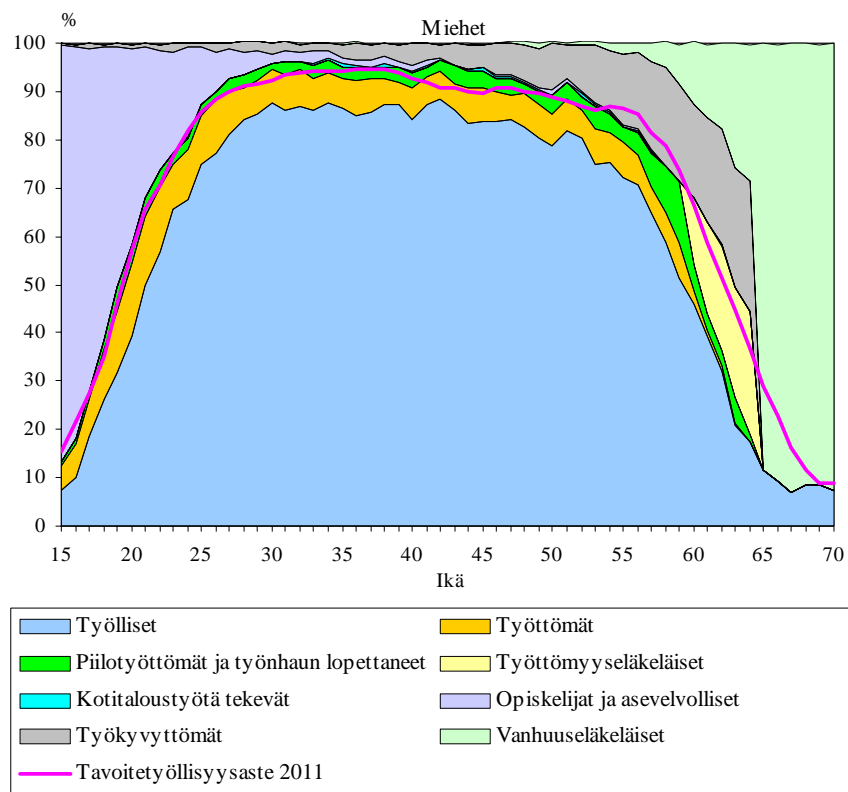


*Mitä työllisyystavoitteen saavuttaminen edellyttää?*

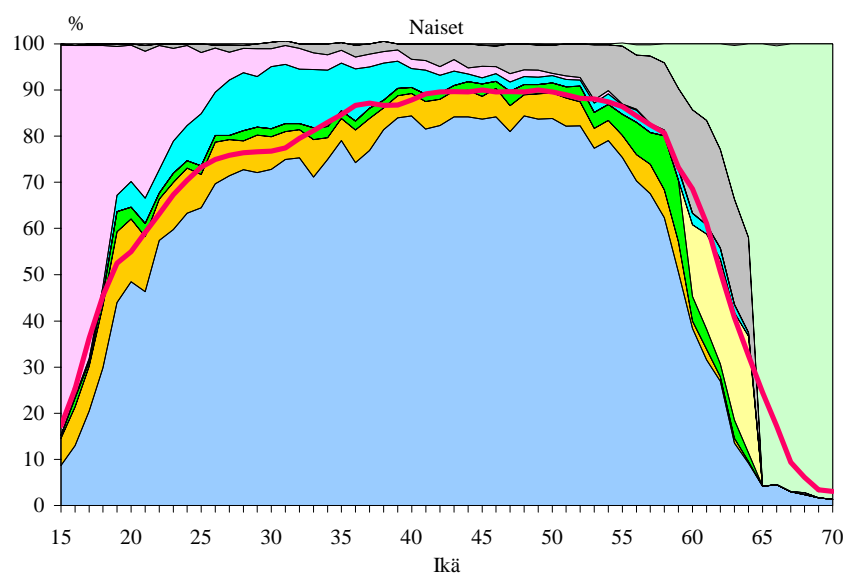
Kuvioissa 5 ja 6 on tarkasteltu miesten ja naisten ikäluokittaista työllisyyttä vuonna 2003 ja verrattu sitä hallituksen 75 prosentin työllisyysastetavoitteeseen. Työllisten lisäksi kuvioissa on esitetty myös muun väestön jakautuminen pääasiallisen toiminnan mukaan. Kuvioista tulee selvästi esiin työllisyystavoitteen haastavuus. Vuoteen 2003 verrattuna työllisyystavoitteen saavuttaminen edellyttäisi esimerkiksi lähes kaikkien työttömien, pii-lotyöttömien ja työnhaun lopettaneiden sekä työttömyyseläkkeensaajien työllistymistä vuoteen 2011 mennessä. Tämän täysimääräinen toteutuminen on epätodennäköistä.

Työllisyystavoitteen saavuttaminen edellyttää, että lähes kaikista ei-työllisten ryhmistä tapahtuu siirtymiä työllisiin. Tavoitteessa onnistuminen edellyttää toimia, jotka koskettavat kaikkia ikäryhmiä. Opiskelua on tehostettava ja opiskeluaikoja lyhennettävä. Mahdollisuuksia perhe- ja työelämän joustavaan yhteensovittamiseen on parannettava. Väestön työkyvystä on huolehdittava kaikissa ikäryhmissä. Ikääntyneiden työntekijöiden mahdollisuuksista ja taloudellisista kannusteista työnteon jatkamiseen on huolehdittava. Talous- ja hyvinvointipolitiikan keinovalikoiman tulee olla mahdollisimman laaja.

Kuvio 5. 15-70-vuotiaiden miesten jakautuminen pääasiallisen toiminnan mukaan vuonna 2003, %



Kuvio 6. 15-70-vuotiaiden naisten jakautuminen pääasiallisen toiminnan mukaan vuonna 2003, %



Lähde: Tilastokeskus, työvoimatutkimus

## 1.2 Vuoden 2005 valtion talousarvio ja kuntatalous

Kansainvälinen talouskasvu on vuonna 2004 varsin vahvaa, mutta alueellisesti epätasaisesti. Erityisen nopeaa kasvu on Kiinassa ja Intiassa sekä Yhdysvalloissa. Euroalueella kasvu sen sijaan jää vaatimattomaksi. Suomessa talouskasvu on ollut ripeämpää kuin euroalueella keskimäärin. Valtiovarainministeriö arvioi kokonaistuotannon kasvun Suomessa nopeutuvan kuluvana vuonna 2,9 prosenttiin ja olevan lähes yhtä nopeaa vuonna 2005. Työllisten osuus työikäisestä väestöstä supistuu kuluvana vuonna 67,0 prosenttiin, mutta osuuden odotetaan kasvavan hieman vuonna 2005. Koko julkisen talouden arvioidaan olevan 2,2 prosenttia ylijäämäinen vuonna 2005, mikä johtuu kokonaan työeläkelaitosten ylijäämästä. Valtiontalouden arvioidaan vuonna 2005 olevan lievästi alijäämäinen. Valtion ja kuntien yhteenlaskettu alijäämä kasvaa noin -1/2 prosenttiin bruttokansantuotteesta.

### *Vuoden 2005 valtion talousarvio*

Valtion vuoden 2005 talousarvioesityksen menojen loppusumma on noin 37,6 miljardia euroa. Menot yhteensä lisääntyvät 1,5 prosenttia vuoden 2004 varsinaisesta talousarviosta. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan osuus valtion talousarvioesityksessä on noin 9,9 miljardia euroa. Määrä on noin viisi prosenttia kuluvan vuoden talousarviota suurempi. Vuonna 2005 Suomen sosiaalimenojen arvioidaan olevan noin 41,8 miljardia euroa, josta valtion budjetin kautta rahoitetaan noin kolmannes. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan osuus valtion budjetin kautta rahoitettavista sosiaalimenoista on kaksi kolmannesta. Sosiaalimenoja rahoitetaan myös budjetin muiden pääluokkien kautta.

Talousarvioesityksessä painotetaan perheiden aseman sekä ikääntyneiden toimeentulon parantamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä. Suurimmat määrärahojen lisäykset aiheutuvat kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon parantamiseksi ohjattavasta lisärahoituksesta, sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuuden varmistamisesta, sairausvakuutukseen ehdotetuista uudistuksista ja kasvaneista sairausvakuutusmenoista sekä kansaneläkkeiden ja siihen sidottujen etuuksien tasokorotuksesta. Rintamaveteraanien ja sotainvalidien erityisuuksiin osoitetaan noin 21 miljoonaa euroa lisää. Toimeentuloturvamenojen indeksitarkistukset lisäävät menoja noin 47 miljoonaa euroa. Sairausvakuutuksen päivärahojen vähimmäismääriin tulee lisäystä 14,8 miljoonaa euroa. Suurin osa määrärahoista käytetään edelleen kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valti-onosuuteen, eläkkeisiin, lapsilisiin ja sairausvakuutukseen.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuuksiin on talousarvioesityksessä varattu 3 513 miljoonaa euroa. Lisäystä kuluvaan vuoteen on noin 194 miljoonaa euroa (5,8 prosenttia). Valtionosuuksien lisäyksestä runsaat 110 miljoonaa euroa liittyy Kansallisen terveydenhuollon hankkeen mukaiseen kuntien terveydenhuoltojärjestelmien kehittämiseen sekä Sosiaalialan kehittämishankkeen tarkoittamaan sosiaalipalvelujärjestelmän kehittämistyöhön. Tästä lisäyksestä 91,7 miljoonaa euroa on varattu valti-onosuusprosentin korottamiseen.



Sairausvakuutuksen päivärahan vähimmäismäärää korotetaan 3,75 eurolla päivältä ja se kohdistuu sairaus-, äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahaan sekä erityisäitiysrahaan. Muutos korottaa vastaavasti myös kuntoutusrahalain mukaista päivärahan vähimmäismäärää. Vähimmäispäiväraha on vuoden 2005 alusta 15,20 euroa päivältä eli noin 380 euroa kuussa. Korotukset kasvattavat valtion menoja yhteensä 14,8 miljoonaa euroa. Lisäksi 1.10.2005 lukien päivärahan määräytymisperusteita tarkistetaan ajallisesti lähekkäin olevien raskauksien sekä lyhyiden työsuhteiden osalta. Työnantajille aiheutuvia ns. perhekustannuksia tasataan aiempaa enemmän korottamalla maksettavaa vuosilomakustannusten korvausta 1.1.2005 lukien. Tarkistukset kasvattavat valtion menoja 4 miljoonaa euroa vuonna 2005. Lasten kotihoidon tuen yhdestä lapsesta maksettavaa hoitorahaa korotetaan 42 eurolla kuukaudessa ja yksityisen hoidon tuen hoitorahaa 19,60 eurolla kuukaudessa 1.1.2005 lukien. Korotuksen jälkeen lasten kotihoidon tuen hoitoraha on 294,28 euroa kuukaudessa ja yksityisen hoidon tuen hoitoraha 137,33 euroa kuukaudessa.

Eläkkeiden vähimmäistason turvaamiseksi kansaneläkkeisiin tehdään tasokorotus korottamalla kansaneläkkeitä 7 euroa kuukaudessa 1.3.2005 alkaen. Korotus korottaa myös muita kansaneläkkeen tasoon sidottuja etuuksia, kuten leskeneläkkeitä, ylimääräistä rintamalisää ja maahanmuuttajien erityistukea. Korotus lisää valtion menoja yhteensä 49 miljoonaa euroa.

Sairausvakuutusmenot kasvavat ensi vuonna arviolta 7 prosentilla, mikä aiheutuu pääasiassa sairauspäivärahamenojen ja lääkekorvausmenojen kasvusta. Sairausvakuutuskorvausten arvioidaan nousevan kaikkiaan 3,7 miljardiin euroon vuonna 2005. Yhteensä valtio ohjaa kansaneläke- ja sairausvakuutusrahastoon 3,2 miljardia euroa, josta 1,0 miljardia euroa rahoitetaan arvonnäköveron tuotosta.

Kainuun hallintokokeiluun kuuluvissa kunnissa poistetaan yksityisen sektorin, valtion liikelaitosten ja kuntatyönantajien sosiaaliturvamaksu vuosina 2005-2009. Lisäksi vuonna 2005 jatkuu edelleen Pohjois-Suomessa ja eräissä saaristokunnissa yksityisen sektorin ja valtion liikelaitosten työnantajan sosiaaliturvamaksun poisto. Syntyvän maksuvajeen kattamiseksi peritään muilta työnantajilta korotettua maksua. Korotus kohdennetaan kokonaisuudessaan kansaneläkemaksuun.

### *Kuntatalous*

Koko maan tasolla kuntatalous heikkeni selvästi vuonna 2003 edellisvuoteen verrattuna, jolloin kuntien rahoitustilanne oli hyvä. Erityisesti vuoden 2003 tilanteeseen vaikutti verotulojen heikko kehitys. Verotulojen väheneminen johtui kunnallisverotuksen vähennysten korotuksista sekä yhteisöveron jako-osuuden alentumisesta. Kunnallisverotuksen vähennysten korotuksista aiheutuneet kuntien verotuottomenetykset korvattiin kuitenkin korottamalla kuntien valtionosuuksia.

Vuosikate heikkeni vuonna 2003 kaikissa kuntaryhmissä, eniten kuitenkin 20 000-40 000 asukkaan kuntaryhmässä. Negatiivisen vuosikatteen kuntien määrä kasvoi edellisvuoden 42 kunnasta 75 kuntaan vuonna 2003. Kunnallistalouden rahoitustilanteen arvioidaan pysyvän kireänä vielä vuonna 2004. Vuosikate heikkenee ja jää nettoinvestointeja pienemmäksi. Kuntien toimintamenojen vuosikasvun arvioidaan olevan noin 4 prosenttia. Menojen kasvu johtuu lähinnä palkkamenojen ja henkilökunnan määrän kasvusta sekä kuntien eläkemaksun ja työnantajan työttömyysvakuutusmaksun noususta. Väestön ikärakenteen muutoksesta johtuva palvelujen kysynnän kasvu lisää osaltaan kuntien menoja. Myös muuttoliike lisää menoja kasvukunnissa ja vaikeuttaa palvelurakenteen ylläpitoa muuttotappiokunnissa.

Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunnan syyskuussa 2004 tekemässä kehitysarviossa kuntatalouden rahoitustasapainon arvioidaan paranevan vuodesta 2005 alkaen selvästi. Vuoteen 2007 mennessä vuosikate kasvaa investointeja suuremmaksi. Kuntien yhteenlasketun vuosikatteen arvioidaan nousevan 2,3 miljardiin euroon vuonna 2008. Talouden tasapainottuminen johtuu sekä verotulojen että valtionosuuksien lisäyksestä samalla kun menojen kasvun arvioidaan pysyvän maltillisena. Kuntien valtionosuudet lisääntyvät vuonna 2005 noin 260 miljoonaa euroa kun ne vuotta aikaisemmin kasvoivat lähes 500 miljoonaa euroa. Vuosina 2006-2007 valtionosuudet lisääntyvät noin 300 miljoonaa euroa vuodessa. Valtionosuusjärjestelmän piirissä olevat laskennalliset valtionosuudet tauserineen kasvavat vuodesta 2003 vuoteen 2008 mennessä yli 1 500 miljoonaa euroa. Lisäyksestä 472 miljoonaa euroa liittyy ansiotulojen verotuksen keventämisen kompensointiin kunnille ja 358 miljoonaa euroa kuntien ja valtion väliseen kustannustenjaon tarkistukseen. Pääosa lopusta valtionosuuksien kasvusta liittyy Kansallisen terveydenhuollon hankkeen ja Sosiaalialan kehittämishankkeeseen mukaiseen palvelujärjestelmän kehittämiseen.

Taulukko 2. Kuntien ja kuntayhtymien talouden tunnuslukuja, miljardia euroa käyvin hinnoin

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Toimintakate	-15,8	-16,4	-17,0	-17,6	-187,3	-18,9	-19,5
Verotulot	14,1	13,5	13,5	14,1	14,8	15,4	15,9
Käyttötalouden valtionosuudet <sup>1</sup>	3,9	4,3	4,8	5,0	5,3	5,6	5,8
- josta STM:n osuus	2,5	2,9	3,3	3,5	3,8	4,1	4,3
Satunnaiset erät, netto	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Vuosikate	2,3	1,6	1,4	1,6	1,9	2,2	2,3
Investoinnit, netto	2,1	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
Lainakanta	4,8	5,6	6,2	6,6	6,8	6,8	6,7
Kassavarat	3,3	3,3	3,0	2,9	2,8	2,8	2,8
Nettovelka (lainakanta – kassavarat)	1,5	2,3	3,2	3,7	4,0	4,0	3,9

Taulukon luvut perustuvat vuodesta 2003 lähtien ennakkotietoihin tai ennusteisiin Kuntien kirjanpidon mukaan

Lähde: Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta, 7.9.2004

Valtion toimenpiteet ovat vähentäneet osaltaan kuntien eriytymiskehitystä, mutta silti edelleen kaikkein heikoimmin menestyvät kunnat ovat asukasluvultaan pieniä. Niissä on talouden tasapainottamisongelmia ja joissakin kunnissa on useilta peräkkäisiltä vuosilta kertyneitä alijäämiä. Vuoden 2002 tilinpäätöstietojen 42 negatiivisen vuosikatteen kunnasta 38 oli alle 6 000 asukkaan kuntia. Maaseutumaisissa ja alle 6 000 asukkaan kunnissa valtionosuudet muodostavat keskimäärin noin 40 prosenttia kuntien tuloista. Yli 100 000 asukkaan kunnissa valtionosuuksien osuus tulonmuodostuksesta on alle 3 prosenttia. Kuntatalouden kannalta ongelmallisin kuntaryhmä on sellainen, jonka kuntien vuosikatteen ovat olleet useampana peräkkäisenä vuotena negatiivisia ja joiden tulorahoitus ei riitä menojen kattamiseen. Näille kunnille on tunnusomaista pieni asukasluku, muuttotappiot, maaseutumainen kuntarakente, korkea veroprosentti ja rahoitusaseman heikkous. Näissä kunnissa ovat myös palvelujen järjestämisen kustannukset reilusti koko maan keskiarvon yläpuolella.

Sisäasiainministeriön ennusteen mukaan vuosikate paranee vuodesta 2003 vuoteen 2005 mennessä yli 20 000 asukkaan kunnissa. Heikko vuosikate painottuu ennusteen mukaan edelleen alle 6 000 asukkaan kuntaryhmään ja erityisesti alle 2 000 asukkaan kuntiin. Kuntatalouden rahoitustasapainossa on kuitenkin suuria kuntakohtaisia, alueellisia ja kuntaryhmittäisiä eroja. Suotuisa kehitys edellyttää kunnilta aktiivisia toimenpiteitä ja valmiutta tarvittaviin rakenteellisiin uudistuksiin.

Hallitusohjelman mukaisesti kuntien tehtävien ja velvoitteiden rahoituksen tasapainoa parannetaan valtion ja kuntien välisellä peruspalveluohjelmalla ja siihen liittyvällä vuosittaisella peruspalvelubudjetilla. Peruspalveluohjelma laadittiin ensimmäisen kerran keväällä 2004. Peruspalveluohjelma sisältää yhteenvedon palveluiden saatavuudesta, kehittämisestä ja rahoituksesta. Peruspalveluohjelma liittyy valtiontalouden kehyspäättökseen ja ohjelma tarkistetaan vuosittain kehysmenettelyn yhteydessä. Peruspalvelubudjettitarkastelu käsittää valtionosuusjärjestelmän piiriin kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetustoimen ja kirjastopalveluiden rahoituksen edellyttämät määrärahat. Näistä palveluista aiheutuvia veloitteita ja kustannuksia pyritään arvioimaan suhteessa kuntatalouden kokonaisuuteen. Peruspalvelubudjetilla ajoitetaan ja täsmennetään peruspalveluohjelman mukaisten toimenpiteiden vuosittainen toteutus, kustannukset ja rahoitus. Vuoden 2005 aikana on tarkoitus saada valmiiksi kuntien rahoitus- ja valtionosuusperusteiden uudistuksen valmistelu niin, että muutokset voidaan toteuttaa vuoden 2006 alusta lukien.

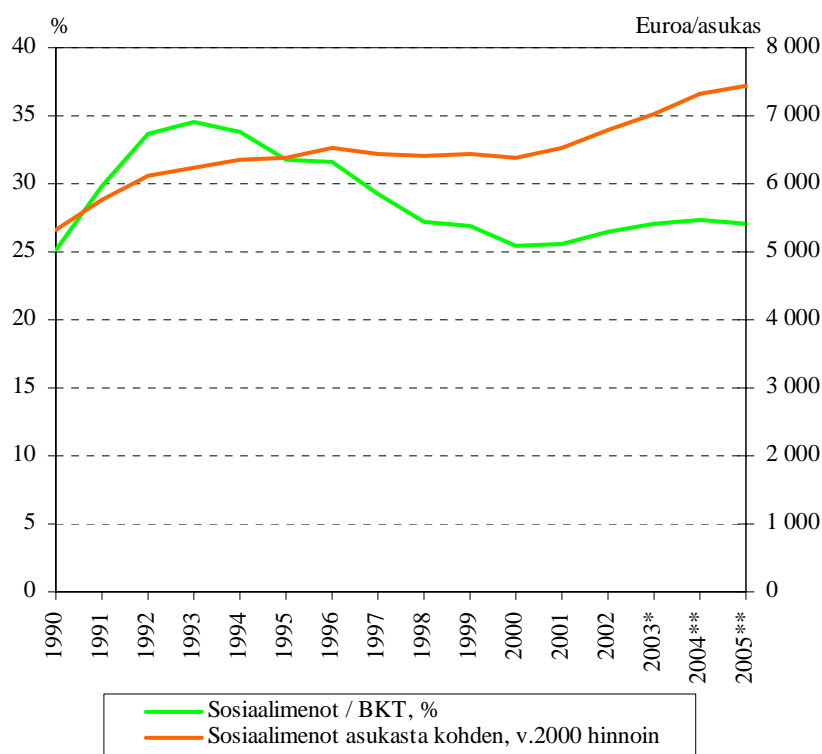
Kuntien menojen hallinta on suurien haasteiden edessä. Peruspalvelujen turvaaminen kunnilta toimintatapojen ja palvelurakenteiden jatkuvaa arviointia sekä valmiutta sellaisiin rakenteellisiin uudistuksiin, joilla on mahdollista lisätä taloudellisuutta ja tehokkuutta. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen ja Sosiaalialan kehittämishankkeen toteuttaminen edellyttää myös kuntien omaa panostusta hyvinvointipalvelujen parantamiseen. Sovitut uudistukset, kuten kotihoidon tuen parantaminen, koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminta sekä esiopetuksen koulumatkaetuus lisäävät kuntien toimintamenoja. Menojen kasvu

merkitsee, että kunnissa ja kuntayhtymissä tulee tehdä ratkaisuja palvelurakenteesta ja kuntien välisestä yhteistyöstä. Kunnallisten peruspalvelujen saatavuuden ja laadun turvaaminen kohtuullisella vero- ja maksurasitteella edellyttää panostusta toimintakykyiseen ja elinvoimaiseen kuntarakenteeseen.

### 1.3 Sosiaalimenot ja niiden rahoitusmahdollisuudet

Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen kääntyi pitkään jatkuneen laskun jälkeen lievään nousuun 2000-luvun alussa. Sosiaalimenojen kasvun lisäksi tämä johtui bruttokansantuotteen kasvun hidastumisesta. Bruttokansantuotteen riipeä kasvu selittää osaltaan myös sosiaalimenojen BKT-suhteen laskun 1990-luvun jälkipuoliskolla. Asukasta kohti lasketut sosiaalimenot eivät samalla ajanjaksolla mainittavasti muuttuneet (kuvio 7).

Kuvio 7. Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen (%) sekä sosiaalimenot asukasta kohden (vuoden 2000 hinnoin) vuosina 1990-2005



Lähde: Stakes, ennakkotieto/ennuste STM

Sosiaalimenoja on viime vuosina kasvattanut vanhuuteen sekä sairauteen ja terveyteen liittyvien menojen lisäys. Nämä menoryhmät muodostavat yhdessä yli puolet sosiaalimenoista. Viime vuosien kasvusta huolimatta sairauteen ja terveyteen liittyvien menojen osuus sosiaalimenoista on edelleen pienempi kuin 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa (taulukko 3).

Taulukko 3. Sosiaalimenojen pääryhmien prosenttiosuudet vuosina 1990 ja 1995-2005, %

Vuosi	Sairaus ja terveys	Toimintarajoitus	Vanhuus	Leski ja muut omaiset	Perhe ja lapset	Työttömyys	Asuminen	Muu sosiaaliturva	Halinto	Yhteensä
1990	27,5	15,0	28,6	4,0	13,0	5,9	0,7	1,8	3,5	100,0
1995	20,3	14,5	28,1	3,8	13,0	14,0	1,5	2,0	2,8	100,0
1996	20,7	14,3	29,0	3,8	12,1	13,5	1,2	2,3	3,1	100,0
1997	21,3	14,3	29,1	3,9	12,3	13,0	1,2	2,4	2,7	100,0
1998	21,9	14,0	29,6	3,8	12,4	11,6	1,4	2,1	3,1	100,0
1999	22,3	13,8	30,4	3,9	12,4	11,0	1,5	2,1	2,6	100,0
2000	23,0	13,5	30,9	3,9	12,1	10,2	1,4	2,0	3,1	100,0
2001	23,7	13,3	31,6	3,8	11,7	9,5	1,1	2,1	3,0	100,0
2002	24,1	13,0	32,0	3,8	11,3	9,5	1,1	2,1	3,2	100,0
2003*	24,4	12,8	32,2	3,7	11,0	9,5	1,1	2,1	3,2	100,0
2004**	24,5	12,4	32,9	3,6	10,8	9,5	1,0	2,1	3,2	100,0
2005**	24,6	12,4	33,2	3,6	10,6	9,3	1,0	2,0	3,2	100,0

\* Ennakkotieto \*\*Ennuste

Lähde: Stakes, ennakkotieto/ennuste STM

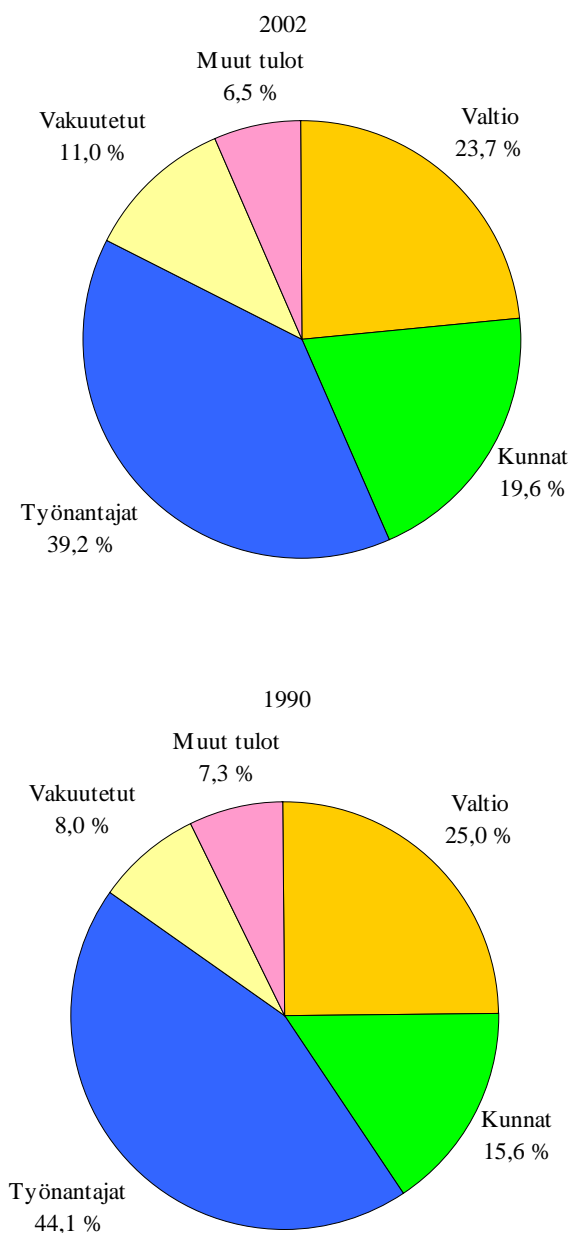
Sosiaalimenojen suurin rahoittaja ovat työnantajat. Työnantajat osallistuvat eläkkeiden, työttömyysturvan sekä sairausvakuutuksen rahoittamiseen. Myös vakuutetut osallistuvat näiden etuuksien rahoittamiseen. Valtio rahoittaa pääosin perusturvan kuten työttömien perusturvan, lapsilisät, asumistuet sekä maksaa valtionosuutta kunnille sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen. Kunnilla on päävastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamisesta. Muut tulot koostuvat lähinnä rahastoista saatavista pääomatuloista (rahastojen tuotot). (Kuvio 8.)

Kaavamaisen rahoituslähteiden jaottelun perusteella on vaikea arvioida rahoitusrasituksen lopullista jakautumista. Myös eri rahoitustapojen erilaiset ohjausvaikutukset eivät tule tarkastelussa esiin. Sekä valtion että kuntien osuus rahoitetaan viime kädessä verotuloilla. Erityisesti valtiolle kertyy verotuloja monista eri lähteistä ja verolajeista. Valtion rahoitusosuuteen kirjatut kunnille maksettavat valtionosuudet ovat pääosin laskennallisia eivätkä perustu yksittäisen kunnan todellisiin menoihin. Niiden käyttö ei myöskään ole sidottu tiettyyn tarkoitukseen. Työnantajien ja vakuutettujen sosiaalivakuutusmaksut perustuvat lähinnä maksettuihin palkkoihin, mutta osa maksuista perustuu myös muihin tekijöihin. Lopullisen maksurasituksen kohdentumisen kannalta jako työnantajien ja vakuutettujen (palkansaajat) maksuihin ei välttämättä ole kovin tärkeä. Maksuosuuksien muutosten lopullinen kohdentuminen riippuu muutosten vaikutuksesta palkanmuodostukseen.<sup>3</sup>

Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen on Suomessa EU:n keskitasoa (EU15). Kuvion 9 vertailusta puuttuvat uusien 1.5.2004 EU:hun liittyneiden jäsenmaiden tiedot. Näistä useimmissa sosiaalimenot ovat selvästi pienemmät kuin Suomessa.<sup>4</sup> Sosiaalimenojen suuruuden lisäksi EU-maiden välillä on eroja myös menorakenteessa. Ruotsin ja

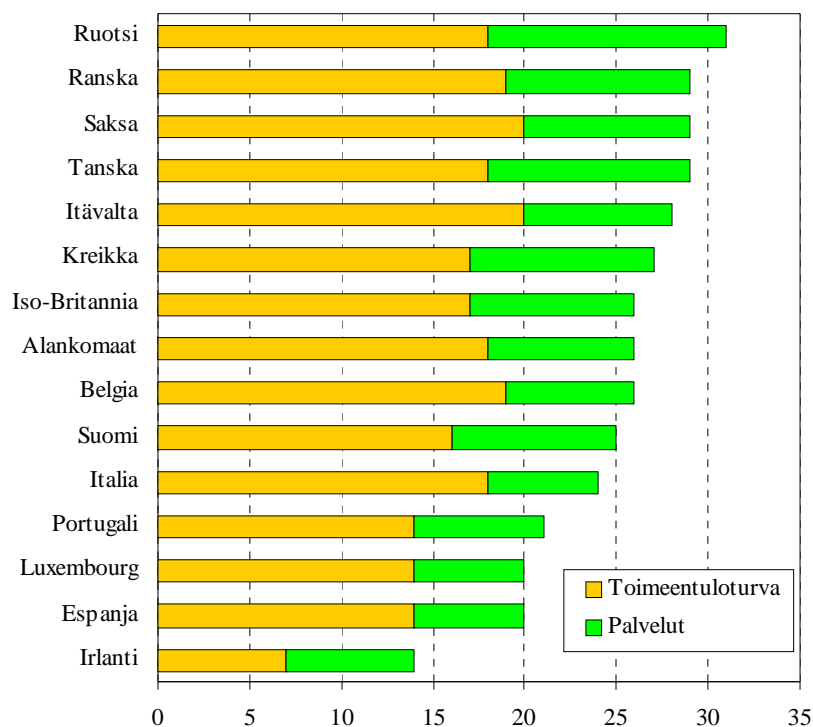
Tanskan suuret sosiaalimenot johtuvat osittain palvelumenojen suuruudesta. Rahana maksettaviin toimeentuloturvaetuksiin nämä maat käyttävät jopa vähemmän rahaa kuin eräät muut EU-maat. Suomessa palvelumenojen osuus kokonaismenoista on pienempi kuin Ruotsissa ja Tanskassa, mutta suurempi kuin EU:ssa keskimäärin.

Kuvio 8. Sosiaalimenojen rahoitusosuudet vuosina 1990 ja 2002, %



Lähde: Stakes

Kuvio 9. Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen eräissä EU-maissa vuonna 2001, %



Lähde: Eurostat

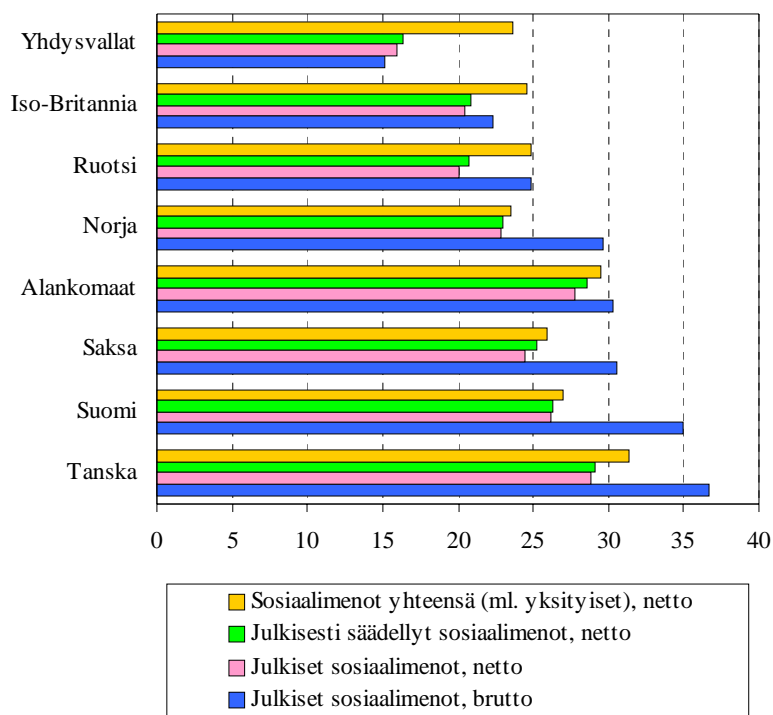
### Sosiaalimenot – mitä oikein mitataan?

Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen on hyvin karkea ja vajavainen sosiaaliturvan mittari. Esimerkiksi väestön erilainen ikärakenne tai erilainen suhdannetilanne saattavat vaikeuttaa maiden välisiä tai ajassa tapahtuvia vertailuja. Myös sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannon tehokkuudessa voi olla huomattavia eroja. Palvelujen käyttäjiä kiinnostaa lähinnä palvelujen saatavuus ja laatu, ei siihen käytetyt panokset.

Perinteinen sosiaalimenolaskelma ei ota huomioon maiden välisiä eroja verotuksessa. Esimerkiksi Saksassa työttömyyspäiväraha määräytyy nettopalkan mukaan, mutta se ei ole verotettavaa tuloa. Suomessa ja muissa Pohjoismaissa valtaosa toimeentuloturvaetuuksista on veronalaista tuloa, jolloin niiden bruttotaso on vastaavasti korkeampi. Myös toimeentuloturvaetuuksia korvaavien sosiaalisten verovähennysten merkitys on Pohjoismaissa vähäisempi kuin monissa muissa maissa. Sekä Iso-Britanniassa että Yhdysvalloissa lapsiperheitä tuetaan varsin huomattavilla verovähennyksillä. Perinteisissä sosiaalimenolaskelmissa tätä verojärjestelmän kautta annettavaa tukea ei ole otettu huomioon.

OECD on tehnyt niin sanottuja nettososiaalimenoja koskevia vertailuja, joissa verotuksen erot on pyritty ottamaan huomioon. Nettososiaalimenoilla mitattuna joidenkin maiden asema vertailussa muuttuu oleellisesti. Muutokset ovat vielä suurempia, jos mukaan lasketaan myös yksityiset sosiaalimenot. Käytännössä verovaroin rahoitetut julkiset palvelut ja yksityisin vakuutuksin rahoitetut palvelut korvaavat usein toisiaan. Maissa, joissa ei ole kattavaa julkista sairausvakuutusta tai terveydenhuoltoa, terveystoimintoihin varaudutaan yksityisten vakuutusten kautta. Samoin maissa, joissa ei ole kattavaa lakisääteistä ansi-eläkejärjestelmää, eläkevuosiin varaudutaan toimiala- tai yrityskohtaisin eläkejärjestelyin tai puhtaasti yksityisillä eläkevakuutuksilla. Lakisääteisissä eläkejärjestelmissä saattaa olla myös melko matalia enimmäiseläketasoja. Tällöin erityisesti vahvan työmarkkina-aseman omaavat ammattiryhmät pyrkivät täydentämään eläkkeitään erilaisilla lisäeläkejärjestelmillä.

Kuvio 10. Sosiaalimenojen suhde perushintaiseen bruttokansantuotteeseen eri sosiaalimenokäsitteillä vuonna 1999, %



Ennakkotieto.

Lähde: OECD

HUOM! Nettososiaalimenojen laskentatavasta johtuen vertailu tehdään perushintaiseen bruttokansantuotteeseen eikä markkinahintaiseen BKT:een kuten normaalisti (vrt. kuvio 2)



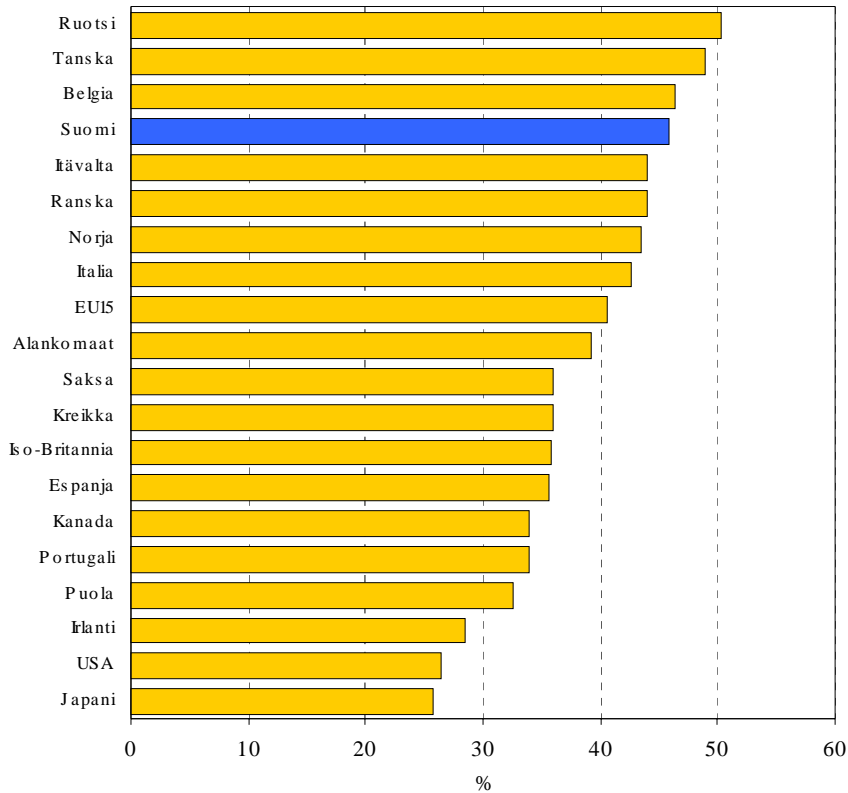
### *Verotus ja verokilpailu*

Vaikka sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen ei tulevaisuudessa oleellisesti kasvaisi, voi sosiaalimenojen rahoitus vaarantua myös muuta kautta. Kansainvälisen verokilpailun kiristyminen voi lisätä paineita verotuksen ja sosiaalivakuutusmaksujen alentamiseen ja vaarantaa tätä kautta sosiaaliturvan rahoituksen. Vaikutus riippuu paljolti siitä, miten verotus vaikuttaa kotitalouksien, yritysten ja työmarkkinajärjestöjen toimintaan. Mikäli kotitaloudet arvostavat veroilla ja sosiaalivakuutusmaksuilla rahoitettavia palveluita ja toimeentuloturvausta, ovat he valmiimpia hyväksymään hieman kireämmän verotuksen ja matalamman nettotulotason. Kyse ei välttämättä ole pelkästään kunkin kotitalouden itse saamista toimeentulurvaetuksista tai palveluista. Sosiaaliturvan takaama yhteiskunnan koheesio ja sen myönteinen vaikutus asuinympäristöön voivat olla arvo sinällään. Vastavasti yritysten sijoittumispäätöksiin vaikuttavat monet tekijät. Verotuksella voidaan taata toimiva infrastruktuuri, koulutettu ja terve työvoima sekä yhteiskunnallisesti vakaat olot. Tällöin verotuksen pienet tasoerot eivät välttämättä ole sijoittumista ensisijaisesti määräävä tekijä.

Kokonaisveroaste on Suomessa korkeampi kuin EU-maissa keskimäärin. Sekä Ruotsissa että Tanskassa veroaste on kuitenkin selvästi meitä korkeampi ja ero esimerkiksi Ranskaan, Belgiaan ja Itävaltaan on pieni. Uusissa EU-maissa, aivan lähialueillamme, verotus on selvästi keveämpää kuin Suomessa. Tulevaisuuden haasteita arvioitaessa muut EU-maat eivät välttämättä ole ainoa keskeinen vertailuryhmä. Useat EU-maat kamppailevat samojen sosiaaliturvan rahoituskysymysten kanssa kuin mekin. Globaalissa taloudessa kiinnostavimmat vertailujen jakolinjat saattavatkin kulkea EU-maiden ja muiden maiden välillä.

Korkean kokonaisveroasteen ohella huolta on kannettu erityisesti työn kireästä verotuksesta. Eräs tapa havainnollistaa työn verotusta on laskea palkansaajan tuloverojen sekä palkansaajan ja työnantajan maksamien sosiaaliturvamaksujen osuus kokonaistyövoimakustannuksista. Keskituloisella palkansaajalla näin määritelty palkkaverokiila on Suomessa korkeampi kuin useimmissa muissa OECD-maissa. Tuloverotuksen keventäminen on kuitenkin supistanut palkkaverokiilaa 1990-luvun puoliväliin verrattuna.

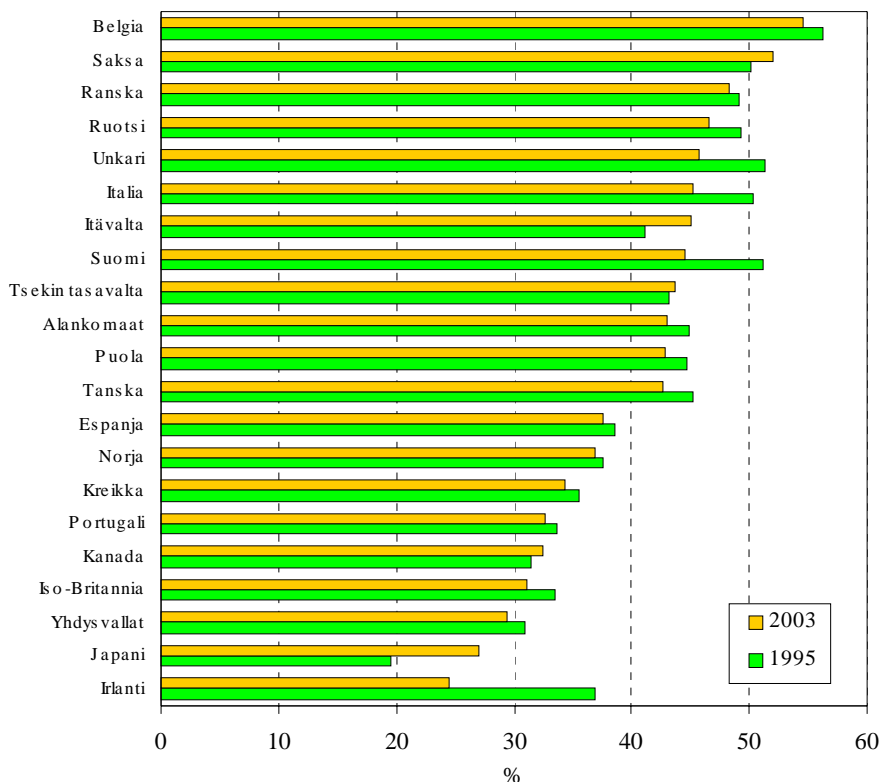
Kuvio 11. Kokonaisveroaste eräissä OECD-maissa vuonna 2002, %



Lähde: OECD, Revenue Statistics 1965–2003 - 2004 edition

Kokonaisverokiilaan sisällytetään edellä mainittujen verojen ja sosiaalivakuutusmaksujen lisäksi myös arvio kotitalouksien kulutukseen sisältyvistä välillisistä veroista. Kansainvälisissä verokiilavertailuissa tämä tekijä jätetään usein tarkastelun ulkopuolelle, koska vertailukelpoisten arvioiden teko on vaikeaa. Suomessa tämä osa kokonaisverokiilaa kasvoi hieman 1990-luvun jälkipuoliskolla energiaverotuksen kiristymisen myötä.

Kuvio 12. Palkkaverokiila eräissä OECD-maissa vuosina 1995 ja 2003, % työvoimakustannuksista. Keskituloinen perheetön palkansaaja



Palkkaverokiila: Työntekijän tuloverot ja sosiaalivakuutusmaksut + työnantajan sosiaalivakuutusmaksut, prosenttia työvoimakustannuksista. Lähde: OECD

Kansainvälisten tutkimusten perusteella työn kireä verotus näyttäisi jossain määrin heikentävän työllisyyttä. Verotuksen ja työllisyyden välinen yhteys näyttää kuitenkin riippuvan myös siitä, miten palkanmuodostus työmarkkinoilla tapahtuu. Suomen kaltaisissa maissa, joissa palkkaneuvottelut käydään yleensä keskitetysti, ei verotuksella tuoreimmassa tutkimuksissa ole voitu havaita merkittäviä työllisyysvaikutuksia.<sup>5</sup> Toisaalta on myös esitetty, että keskitettyihin palkkaneuvotteluihin saattaa sinänsä liittyä piirteitä, jotka heikentävät työllisyyttä. Erilaisten matalapalkkaerien sekä välillisten työvoimakustannusten seurauksena kokonaistyövoimakustannukset saattavat matalan tuottavuuden aloilla olla este työllisyyden kasvulle. Erityisesti tämä koskisi yksityisen palvelusektorin työllisyyttä. Keskitetyt palkkaneuvottelut voivat yhdessä muiden instituutioiden (työttömyysturva) kanssa myös heikentää työmarkkinoiden sopeutumista talouden rakennemuutoksiin tai erilaisiin ulkoisiin ”sokkeihin”.<sup>6</sup>

Työn verotuksen ohella tutkijat kiinnittävät huomiota muihin tekijöihin, joiden vaikutus eri maiden välisiin työllisyyseroihin saattaa olla verotusta huomattavampi. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa erot sosiaaliturvassa ja työmarkkinoiden toiminnassa. Näkemystä sosiaaliturvan vaikutuksesta työllisyyteen on mielenkiintoista verrata OECD:n tutkijoiden selvitykseen, jossa pyrittiin arvioimaan sosiaalimenojen vaikutusta talouskasvuun.<sup>7</sup> Kokonaisuutena suurten sosiaalimenojen havaittiin hidastava talouskasvua. Huomionarvoista kuitenkin oli, että sosiaalimenojen vaikutus talouskasvuun riippui sosiaaliturvan rakenteesta. Panostus ”aktiiviseen” sosiaaliturvaan näytti lisäävän talouskasvua, kun taas ”passiivisen” sosiaaliturvan kasvattaminen hidasti talouskasvua.

#### *Veroastevertailujen ongelmat*

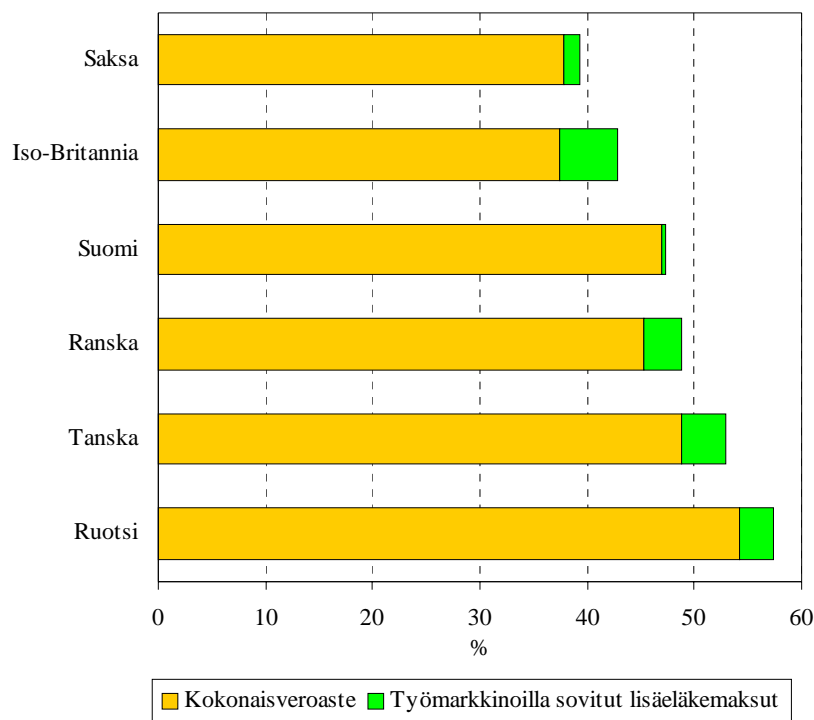
Veroastevertailuihin liittyy samoja ongelmia kuin sosiaalimenojen vertailuihin. Verotukien muodossa myönnettävät tuet laskevat veroastetta verrattuna tilanteeseen, jossa tuki myönnetään suorana verorahoitteisena tulonsiirtona. Tarvittaessa verotuen perusteet voidaan määritellä siten, että sekä tuen määrä että erilaiset kannustinvaikutukset ovat lähes samanlaiset kuin suorassa tulotuessa. Esimerkiksi lapsilisäjärjestelmämme voitaisiin periaatteessa korvata järjestelmällä, jossa lasten vanhemmat olisivat oikeutettuja nykyisen lapsilisän suuruiseen verosta tehtävään vähennykseen. Ne lapsiperheet, joille ei olisi kertynyt vähennystä vastaavaa määrää maksettavia veroja, olisivat oikeutettuja käyttämättömän vähennysosan suuruiseen tulonsiirtoon (ns. non-wasteable tax credit). Vuonna 2001 vain noin joka kymmenes lapsiperhe maksoi tuloveroja vähemmän kuin sai lapsilisiä. Kuvitteellisen uudistuksen seurauksena sekä veroaste että sosiaalimenojen BKT-suhde laskisivat. Kyse olisi lähinnä kirjanpidollisesta muutoksesta, sillä lapsiperheiden nettotulot tai kannustimet eivät juurikaan muuttuisi.<sup>8</sup>

OECD on verokiilatarkasteluissaan pyrkinyt ottamaan huomioon maiden väliset erot perhetukien kanavoimisessa vähentämällä verokiilasta kotitalouksille maksetut ”yleiset perhetuet” eli Suomen kohdalla lapsilisät. Tämä korjaus ei ota huomioon muita työssäkäyvien lapsiperheiden toimeentuloon vaikuttavia verorahoitteisia etuuksia ja palveluja. Esimerkiksi Suomessa kunnallisesta päivähoidosta vain pieni osa rahoitetaan palveluiden käyttäjien maksuilla. Pääosin päivähoito perustuu verorahoitukseen. Maissa, joissa ei ole kattavaa julkisen sektorin järjestämää päivähoitoa tai muuta perheiden päivähoitomenoja alentavaa tukijärjestelmää, lapsiperheet joutuvat maksamaan huomattavasti suurempia hoitomaksuja. Korkeat hoitomaksut sekä päivähoidon saatavuus ylipäänsä voivat muodostaa huomattavan kynnyksen erityisesti äitien osallistumiselle työelämään.

Edellä havaittiin, että yksityisten sosiaalimenojen sisällyttäminen sosiaalimenoihin muuttaa oleellisesti maiden suhteellista asemaa sosiaalimenovertailuissa. Myös veroastevertailuissa joudutaan pohtimaan, mitä veroihin sisällytetään. Kokonaisveroasteeseen lasketaan yleensä verot ja lakisääteiset sosiaaliturvamaksut. Sen sijaan sekä työmarkkinoilla sovittujen lisäeläkejärjestelmien että yksityisten eläkevakuutusten maksut jäävät tarkastelun ulkopuolelle. Jo pelkästään työmarkkinoilla sovittujen lisäeläkejärjestelmien vakuutusmak-

suojen huomioon ottaminen muuttaa kuvaa verotuksen tasosta. Suomessa työmarkkinoilla sovittujen lisäeläkejärjestelmien merkitys on vähäinen. Sen sijaan keveän verotuksen maana tunnetussa Iso-Britanniassa lisäeläkejärjestelmien vakuutusmaksut ovat huomattavat.

Kuvio 13. Kokonaisveroaste ja työmarkkinoilla sovittujen lisäeläkejärjestelmien vakuutusmaksut suhteessa bruttokansantuotteeseen vuonna 2000, %



Lähde: Eläkemaksutaso eräissä EU-maissa (2003), Eläketurvakeskus

## 1.4 Tuottavuus, työllisyys ja työkyky

Työvoiman tuottavuus selittää ylivoimaisesti suurimman osan hyvinvoinnin ja talouden kasvusta. OECD:n tekemän arvion mukaan tuottavuus selitti 1990-luvulla vähintään yli puolet OECD-maiden talouksien kasvusta. Tuottavuus määrittyy pitkälle työkyvyn kautta. Työkyvyllä tarkoitetaan sekä yksilön että työhön liittyvien tekijöiden kokonaisuutta, jotka ovat tärkeitä työntekijän kyvylle suoriutua työelämässä. Työkyky nähdään prosessina, jossa yksilön voimavarat ja työ ovat vuorovaikutuksessa. Työntekijä käyttää ja soveltaa voimavarojaan työssä, mutta lopputulokseen vaikuttavat työyhteisö, työympäristö sekä työn fyysiset ja henkiset vaatimukset.

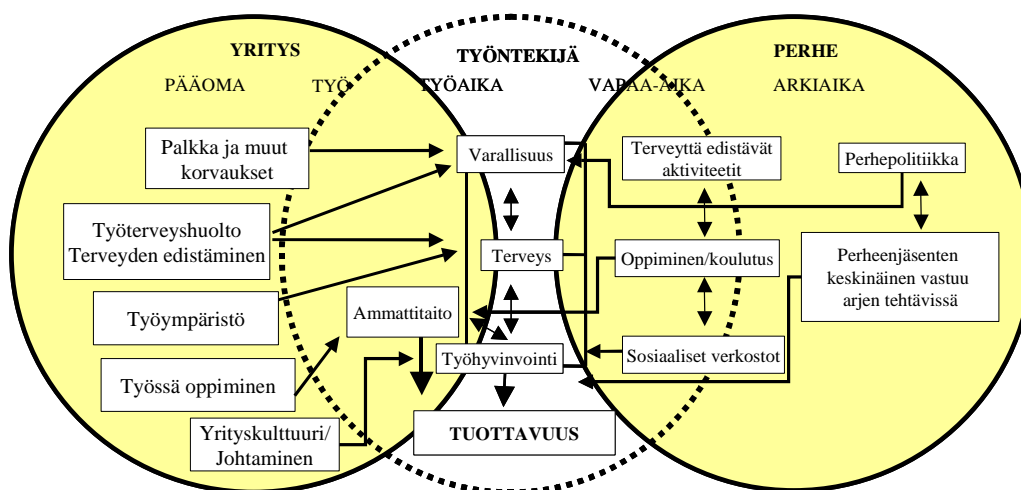
Työkyky luo perustan yksilön työllistyvyydelle. Työllistyvyyttä voidaan tukea erilaisilla tuki- ja palvelujärjestelmillä, työ- ja eläkelainsäädännöllä sekä yhteiskunnassa vallalla olevilla arvoilla ja asenteilla. Nämä vaikuttavat yrityksen rekrytointipäätöksiin ja kotitalouksien päätöksiin tarjota työvoimaansa.

Kuvio 14. Työkyky, työllistyvyys ja työllisyys



Tuottavuus ja kansakunnan kilpailukyky eivät määräydy vain yrityksen sisällä, vaan hyvinvointipolitiikalla – sosiaali- ja terveystaloudella sekä koulutuspolitiikalla – on huomattava vaikutus Suomessa toimivien yritysten menestykseen. Kuviossa 15 on havainnollistettu työ- ja perhe-elämän välisiä yhteyksiä. Useat tuottavuuteen vaikuttavat tekijät kuten terveys, ammattitaito ja työhyvinvointi eivät määräydy vain työelämän piirissä. Perhepolitiikka ja muu yhteiskuntapolitiikka vaikuttavat merkittävästi näihin tuottavuuden kannalta merkittäviin tekijöihin.

Kuvio 15. Työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen



### Yritystason näkemys

Henkilön tuottavuus riippuu sekä työntekijän ominaisuuksista että yrityksen kyvystä käyttää ja kehittää henkilöstöään. Yritys ja sen henkilöstö toimivat keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Yritykset investoivat henkilöstönsä ja vastavuoroisesti työntekijät vaikuttavat toimillaan ei vain yrityksen menestykseen vaan sen kulttuuriin ja johtamisstrategioihin.

Yrityksen investoinnit henkilöstöön kattavat a) palkka- ja muut korvaukset, b) työterveys ja työsuojeluinvestoinnit, työympäristöinvestoinnit ja c) työtaitojen kehittämisinvestoinnit ml. työssä oppiminen vastaamaan teknologisia haasteita. Yrityksen kulttuuri ja johtaminen vaikuttavat työhyvinvointiin.

Työhyvinvointi on ehkä merkittävin, yksittäinen tuottavuuteen vaikuttava tekijä. Työhyvinvointi sisältää yrityksen ja sen henkilöstön keskinäisen luottamuksen. Luottamus näkyy yrityksen tavasta sopeuttaa toimintansa ikärakenteen, globalisaation sekä teknologian ja taloudellisen kehityksen asettamiin haasteisiin. Tähän vaikuttaa osaltaan eläke- ja muu sosiaaliturvalainsäädäntö. Työpaikan epävarmuus vaikuttaa henkilöstön asenteisiin ja motivaatioon huolehtia terveydestään ja ammattitaidostaan.

### Yhteiskunnallinen näkemys

Työhyvinvointi on määrävä tekijä henkilön päättäessä, haluaako hän jatkaa työelämässä vai pyrkiikö hän jotakin väylää pitkin työelämän ulkopuolelle. Tämän vastinparina on työntekijän kokemat velvoitteet työelämän ulkopuolella. Esimerkiksi hoitovelvoitteet omia vanhempia tai puolisoa kohtaan voivat olla työelämästä poistumisen taustalla.

Perhepolitiikka lasten päivähoitopalveluineen luo perustan naisten tasa-arvoiselle osallistumiselle työelämään. Perheenjäsenten keskinäinen vastuu arjen tehtävistä luo perheen sisäistä hyvinvointia ja keskinäistä tasa-arvoa, jolla on suora vaikutus työhyvinvointiin. Vapaa-aikana henkilö voi harrastaa terveyttä edistäviä aktiviteetteja, kouluttautua ja ylläpitää sosiaalisia verkostojaan. Näillä on suora vaikutus työkykyä selittäviin muuttujiin kuten terveys ja ammattitaito. Sosiaalisesti kestävä kehityksen näkökulmasta henkilön ajankäyttö työhön, arjen askareisiin ja virkistäytymiseen tulee olla tasapainossa. Tasapaino vaihtelee ihmisen elinkaaren aikana.

### **1.5 Sosiaali- ja terveysministeriön strategiset tavoitteet ja ohjelmat**

Sosiaali- ja terveysministeriön kuusi strategista tavoitetta, jotka edistävät hallitusohjelman toteutumista ovat

- terveyden ja toimintakyvyn edistäminen
- työelämän vetovoiman lisääminen
- syrjäytymisen ehkäiseminen ja hoito
- toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva
- lapsiperheiden hyvinvointi
- sukupuolten tasa-arvo

Strategisten tavoitteiden saavuttamiseksi sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla on käynnistetty useita ohjelmia ja hankkeita. Näistä hallitustason seurantaan nostetut hankkeet on taulukossa 4 ryhmitelty eri strategisten tavoitteiden alle. Taulukossa mainittujen hankkeiden lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan muita keskeisiä hankkeita ovat sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 sekä hallinnonalan tulohajautuksen kehittäminen. Tavoitteiden toteutumista edistetään edelleen lainsäädäntöä kehittämällä ja siihen liittyvällä perinteisellä valmistelu ja selvitystyöllä. Ainoastaan osa tästä työstä tehdään ohjelmien yhteydessä.



Taulukko 4. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan strategiset tavoitteet ja niitä tukevat hankekokonaisuudet

Väestön terveyden ja toimintakyvyn edistäminen	Työelämän vetovoiman lisääminen	Syrjäytymisen ehkäisy ja hoito	Toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva	Lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen	Sukupuolten tasa-arvon edistäminen
Kansanterveys 2015-ohjelma	VETO-ohjelma 2003-2007*	Kansallinen köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastainen suunnitelma 2003-2005	Kansallinen terveydenhuollon hanke 2002-2007	Perhepoliittinen strategia	Kansallinen toimintaohjelma tasa-arvon toteuttamiseksi (ml. tasa-arvon valtavirtaistaminen valtiollahinnossa)
Alkoholiohjelma 2004-2007	Työterveysohjelma 2015		Sosiaalialan kehittämishanke 2003-2007 ja sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007	Perhepoliittinen tavoite ja toimenpideohjelma	
Huumausainepoliittinen toimenpideohjelma 2004-2007					
Vanhuspoliittinen toimintasuunnitelma					

\* Valtakunnallinen toimenpideohjelma työssäoloajan jatkamisesta, työssä jaksamisesta ja kuntoutuksesta

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan toimintaan vaikuttavat hallituksen neljä politiikkaohjelmaa, jotka ovat työllisyysohjelma, yrittäjyyden politiikkaohjelma, tietoyhteiskuntaohjelma ja kansalaisvaikuttamisen politiikkaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö osallistuu näistä kolmeen ensimmäiseen ohjelmaan. Tässä julkaisussa on esillä työllisyysohjelmaan sisältyvä työelämän vetovoiman lisäämisen edistämiseksi asetettu Veto –ohjelma.

Strategisten tavoitteiden saavuttamista edistävät myös muiden hallinnonalojen strategiat ja ohjelmat. Ympäristöministeriön valmisteleva asuntopoliittinen ohjelma vuosille 2004-2006 muodostaa tärkeän osan syrjäytymisen ehkäisemiseen ja hoitoon tähtäävästä strategiasta. Työministeriön työpolitiikan strategia vuosille 2003 - 2007 - 2010 sisältää puolestaan sekä työelämän vetovoimaa lisääviä että syrjäytymistä ehkäiseviä ja hoitavia toimenpiteitä. Opetusministeriön Noste-ohjelman tavoitteena on kohottaa vähiten koulutusta saaneen aikuisväestön koulutusta. Hallituskauden kattavan valtion ja kuntien välisen peruspalveluohjelman avulla pyritään parantamaan kuntien tehtävien ja velvoitteiden rahoituksen tasapainoa ja ennakoitavuutta. Tällä on erityinen merkitys sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuuden turvaamisessa. Peruspalveluohjelmaan osittain liittyvänä hankkeena toteutetaan valtiovarainministeriön johtama tuottavuuden toimenpideohjelma. Myös sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla tullaan laatimaan ja käynnistämään oma tuottavuusohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan toimintaan vaikuttaa edelleen kauppaja teollisuusministeriön vuonna 2004 uudistetut strategiset linjaukset kilpailu- ja kauppapolitiikasta.

## II Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen

### Terveyden ja toimintakyvyn edistämisen vaikuttavuustavoitteet

- Väestöryhmien väliset terveyserot supistuvat
- Nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee
- Vähennetään alkoholista aiheutuvia kansanterveydellisiä haittoja
- Työikäisten työ- ja toimintakyky kohenee
- Yli 75-vuotiaiden toimintakyky paranee
- Vanhusten kotona asuminen ja selviytyminen paranee
- Vammaisten mahdollisuus osallistua työelämään kohenee

Väestön elinikä on noussut ja toimintakykyisten elinvuosien määrä on lisääntynyt. Terveystila on kehittynyt pääosin myönteisesti kaikissa ikäluokissa ja molemmilla sukupuolilla. Myönteisen kehityksen suurimmat uhat ovat väestön selvä lihominen ja alkoholikulutuksen lisääntyminen. Lisäksi syrjäytyminen on muodostumassa suureksi uhaksi kansanterveyden suotuisalle kehitykselle. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat edelleen suuret ja erot näyttävät jopa kasvavan. Tupakka ja alkoholi selittävät puolet väestöryhmi- en välisistä eroista.

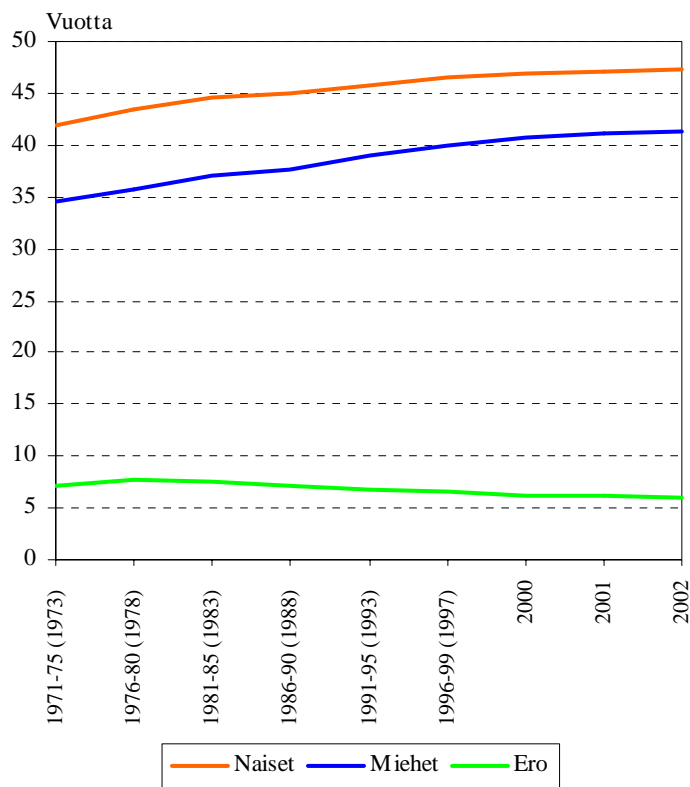
Jotta kansanterveys kehittyisi myönteiseen suuntaan on ensiarvoisen tärkeätä saada ihmiset tiedostamaan omien valintojensa ja elintapojensa vaikutus omana terveydentilaan. Perusta terveeseen aikuisikään ja toimintakykyiseen vanhuuteen luodaan jo lapsuudessa ja nuoruusvuosina. Monien sairauksien synty voidaan ehkäistä muuttamalla elintapoja terveellisempään suuntaan. Ennaltaehkäisevään toimintaan ja terveysvalistukseen panostaminen ovat halpoja keinoja, joilla voidaan saada merkittäviä terveydenhuollon säästöjä tulevina vuosina. Tämän lisäksi tarvitaan ihmisten elinoloja tasaavaa yhteiskuntapolitiikkaa, mikäli halutaan kaventaa väestöryhmien terveyseroja. Myös palvelujärjestelmän tulee pienentää terveyseroja.

### 2.1 Terveys 2015– kansanterveysohjelma

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta linjaa kansallista terveystalitiikkaamme. Strategian pääpaino on terveyden edistämässä. Ohjelma ulottuu yli hallintosektoreiden, sillä kansanterveys määräytyy paljolti terveydenhuollon ulkopuo- lisista asioista: elämäntavoista, elinympäristöstä, tuotteiden laadusta sekä yhteisön terve- yttä tukevista ja vaarantavista tekijöistä. Myös kansainvälisessä yhteistyössä tehdään enenevästi suomalaisten terveyteen vaikuttavia päätöksiä. Ohjelmassa esitetään kahdek- san kansanterveyttä koskevaa tavoitetta:

1. Vuonna 2015 terveen elinajan odote noussut kaksi vuotta vuodesta 2000

Kuvio 16. 35-vuotiaan elinajan odote vuosina 1971-2002



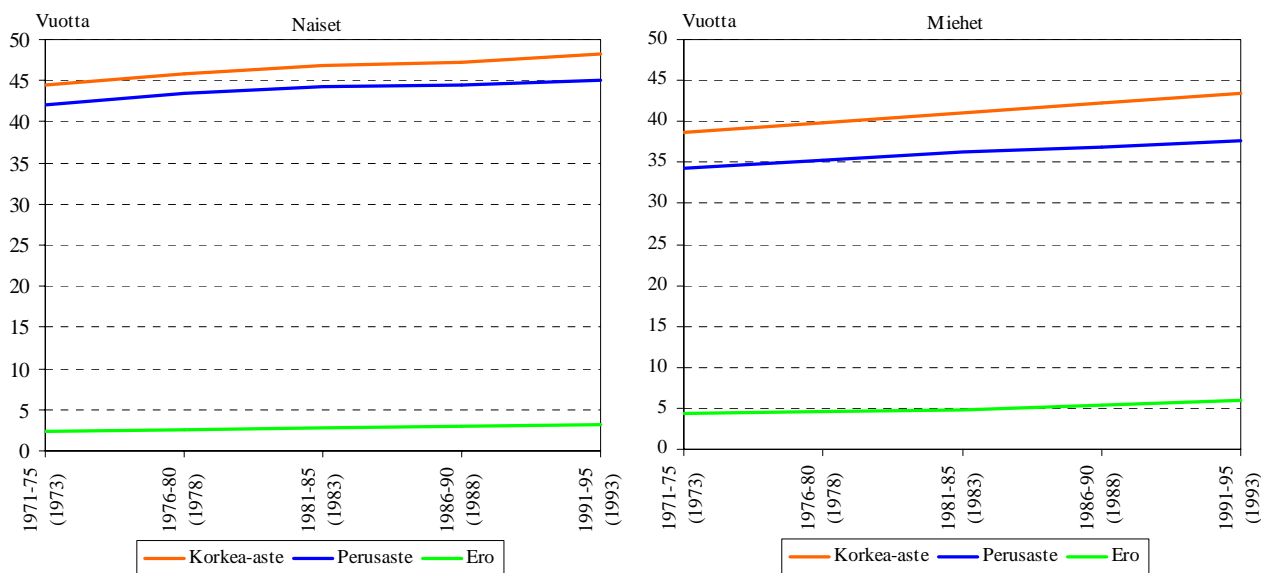
Lähde: Tilastokeskus

Tavoitteena on lisätä nimenomaan terveitä elinvuosia eikä vain elinvuosia. Tietoja terveen elinajan odotteen kehityksestä on kuitenkin saatavissa vain aika ajoin. Niinpä seuraavassa on tarkasteltu elinajanodotteen kasvua.

Elinajanodote on kasvanut edelleen ja se näyttää lisänneen terveitä ja toimintakykyisiä elinvuosia. Väestön toimintakyvyn kohentuminen antaa viitteitä siitä, että asetettu tavoite voidaan saavuttaa tai jopa ylittää. Myös miesten ja naisten välinen ero on hieman pienentynyt, mutta ero on edelleen kansainvälisesti suuri. Merkittävin uhka myönteiselle kehitykselle on lihavuuden yleistymisen ja alkoholin käytön lisääntyminen.

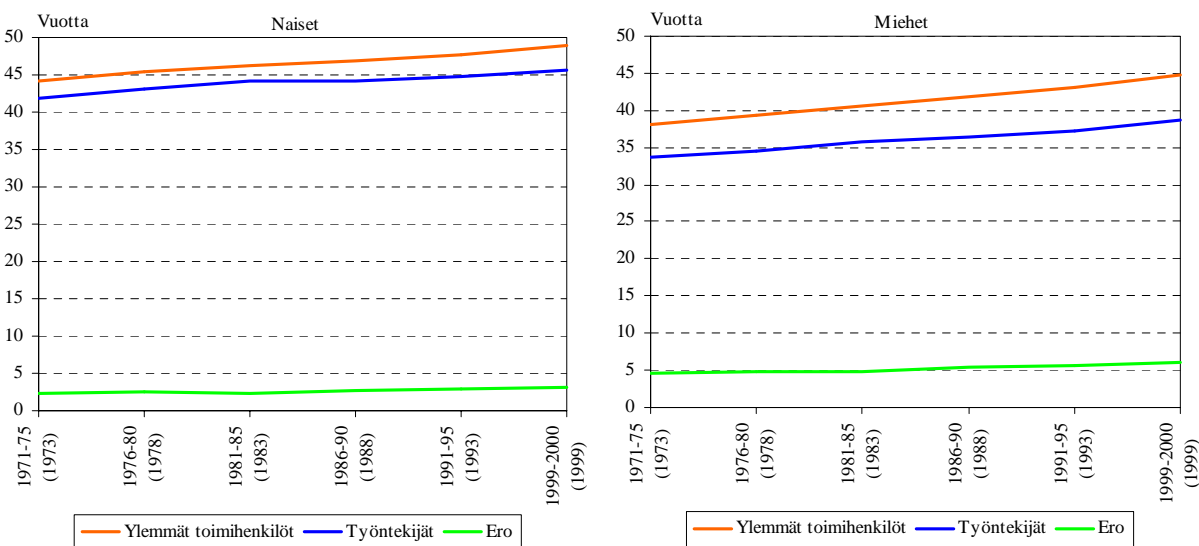
2. Sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä

Kuvio 17. 35-vuotiaan elinajan odote koulutuksen mukaan vuosina 1971-1995



Lähde: Kansanterveyslaitos ja Tilastokeskus

Kuvio 18. 35-vuotiaan elinajan odote sosiaaliryhmän mukaan vuosina 1971- 2000



Lähde: Hyvinvointikatsaus 2/2003; Tapani Valkosen tutkimusryhmän julkaisemattomia tuloksia

Elinajanodotteet ovat kasvaneet sekä miehillä että naisilla kaikissa sosiaaliryhmissä. Sukupuolten välinen elinajanodotteen ero on pienentynyt tasaisesti. Sen sijaan sosiaaliryhmien väliset kuolleisuuserot eivät ole kaventuneet. Elinajan odotteen pidentyminen on ollut suurinta korkea-asteen koulutuksen saaneilla toimihenkilöillä ja pienempi perusasteen koulutuksen saaneilla työntekijöillä ja maanviljelijöillä. Miehillä sosiaaliryhmien väliset erot ovat viime vuosina jopa hieman kasvaneet. Suurin syy kuolleisuuden laskuun on sepelvaltimotaudin nopea vähentyminen. Sen sijaan kuolleisuus alkoholiin on lisääntynyt ja se kasvattaa eniten kuolleisuuseroja.

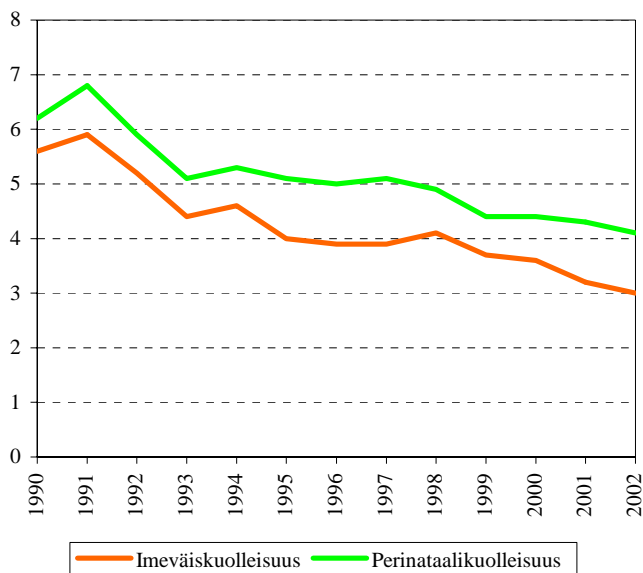
Kuolleisuuseroihin vaikuttavat erityisesti elämäntavat ja elinolot. Tupakka ja alkoholi selittävät puolet väestöryhmien välisistä eroista. Yksilöiden ja yhteisöjen valinnat ovat terveyden kannalta tärkeitä. Alkoholiverotuksen ja alkoholijuomien hintojen alentumisesta seuraavan kulutuksen kasvun vaarana on, että alkoholikuolemat lisääntyvät edelleen ja kasvattavat entisestään väestöryhmien välisiä kuolleisuuseroja.

Väestön koulutustaso on noussut ja tietoa osataan käyttää yhä paremmin, mikä antaa mahdollisuuksia terveyden edistämiseksi. Tietoa terveyteen ja siihen vaikuttavista tekijöistä on tarjolla runsaasti. Haasteena on tuottaa ja esittää tämä tieto sellaisessa muodossa, että niin kansalaiset itse kuin päättäjät eri tahoilla ymmärtävät valintojensa ja tekojensa mahdolliset vaikutukset omaan ja kansanterveyteen. Väestöryhmien väliset terveyserot alkavat kehittyä jo lapsuudessa ja siksi on tärkeää vaikuttaa erityisesti lasten ja nuorten sekä heidän vanhempiensa terveystottumuksiin.

Kuolleisuuseroja voidaan pienentää työ-, koulutus- ja sosiaalipolitiikalla. Kunnat voivat merkittävästi vaikuttaa väestön terveydentilaan. Ne tekevät merkittäviä elinympäristöön, hyvinvointipalveluihin, koulutukseen, turvallisuuteen ja tasa-arvoon liittyviä päätöksiä. Suomessa on luotettu siihen, että universaalit palvelut tasaavat eroja automaattisesti. Viimeiset tutkimustulokset viittaavat kuitenkin siihen, että terveystaloudelliset kohdistukset eriarvoisesti.

3. Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee, turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi.

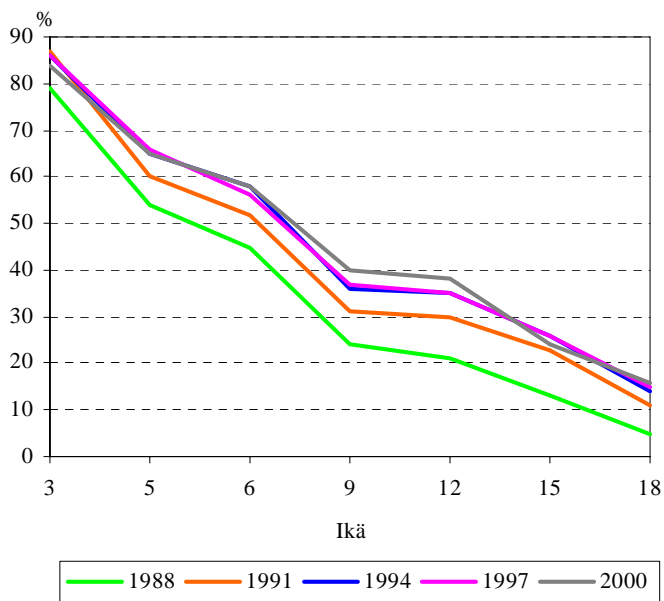
Kuvio 19. Imeväiskuolleisuus<sup>\*)</sup> vuosina 1990-2002



<sup>\*)</sup> Alle vuoden iässä kuolleet (pl. kuolleenä syntyneet) 1 000 elävänä syntynyttä kohti syntymävuoden mukaan

Lähde: Tilastokeskus

Kuvio 20. Tervehampaisten osuus 3-18 –vuotiaista vuosina 1988, 1991, 1994, 1997 ja 2000, %



Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriö

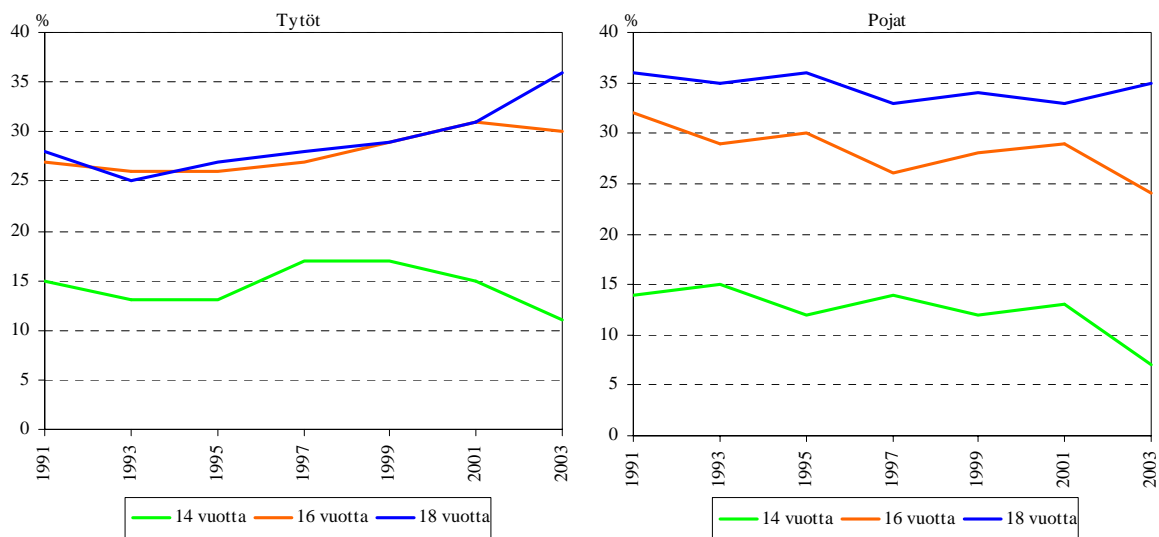
Sekä imeväis- että perinataalikuolleisuus ovat alentuneet edelleen. Yleiskuva lasten terveydentilasta on melko hyvä, mutta allergiat, astma ja diabetes ovat yleistyneet. Myös lasten hampaiden tilanne on pitkällä aikavälillä kehittynyt myönteisesti, mutta viime vuosina hyvä kehitys on pysähtynyt ja tilanne näyttää hieman heikentyneen. Myös lasten lihominen näyttää yleistyvän hälyttävästi ja uhkaa muodostua merkittäväksi uhaksi lasten terveydelle.

Suurin osa lapsista voi hyvin tai aiempaa paremmin, mutta samalla myös pahoinvoivien määrä kasvaa. Lasten terveyden uhkina ovat turvattuuteen liittyvät oireet ja sairaudet, kuten mielenterveysongelmat ja sosiaalisen kehityksen häiriintyminen. Lasten terveys alkaa muodostua jo sikiöaikana, minkä vuoksi nuorten naisten, erityisesti raskaana olevien, terveyden edistäminen on tärkeää.

Lasten hyvinvointia on käsitelty tarkemmin kohdassa Lapsiperheiden hyvinvointi/Perhepoliittinen strategia.

*4. Nuorten tupakointi vähenee siten, että 16-18-vuotiaista alle 15 prosenttia tupakoi; nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät terveysongelmat kyetään hoitamaan asiantuntevasti eivätkä ne ole yleisempiä kuin 1990-luvun alussa*

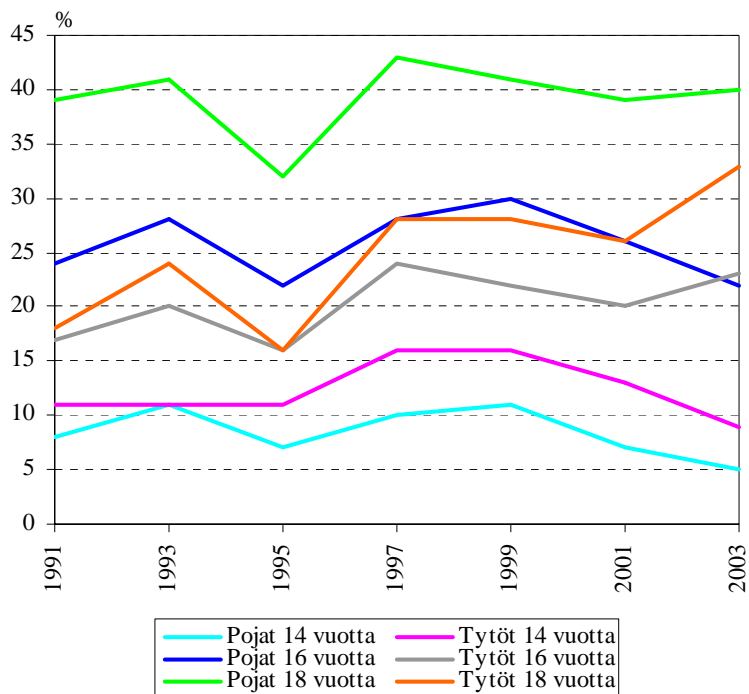
Kuvio 21. Päivittäin tupakoivat nuoret vuosina 1991-2003, %



Lähde: Stakes

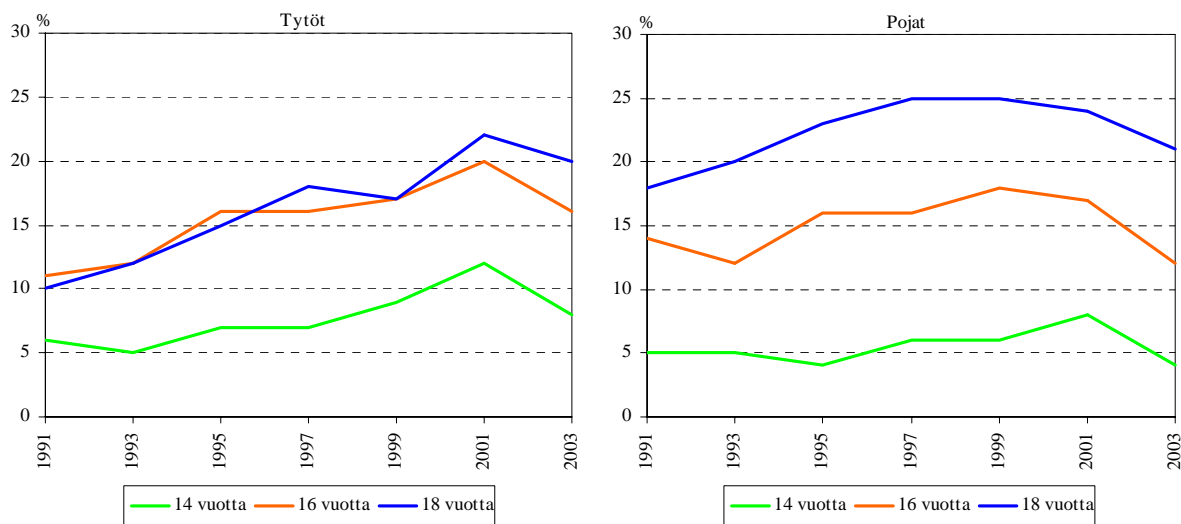


Kuvio 22. Tosihumalaan vähintään kerran kuukaudessa juovien nuorten osuus vuosina 1991-2003, %



Lähde: Stakes

Kuvio 23. Huumetarjontaa viimeksi kuluneen vuoden aikana kohdanneet nuoret vuosina 1991-2003, %



Lähde: Stakes

Nuorten tupakointi ja alkoholin humalahakuinen käyttö ovat vähentyneet hieman viime vuosina. Kehitys on ollut myönteistä erityisesti 14-vuotiailla tytöillä ja pojilla sekä 16-vuotiailla pojilla. Sen sijaan 18-vuotiaiden tyttöjen sekä humalahakuinen alkoholin käyttö että tupakointi ovat yleistyneet. 18-vuotiaiden poikien humalajuominen on pysynyt yleisenä. Viimeisimmät tiedot nuorten alkoholin käytöstä viittaavat kuitenkin alkoholin käytön yleistymiseen jälleen vuonna 2004. Nuorten kohtaama huumetarjonta on kääntynyt laskuun viime vuosina kaikissa ikäryhmissä.

Ylipainoisuus, syömishäiriöt ja psykosomaattiset oireet ovat yleistyneet. Huolestuttavaa on se, että nuorten ylipainoisuus lisääntyy tällä hetkellä Suomessa nopeammin kuin muun ikäisten. Kiireinen elämäntyyli on lisännyt nuorten tapaa syödä makeita ja rasvaisia välipaloja. Elintapojen muutos näkyy myös virvoitusjuomien ja makeisten kulutuksen voimakkaana kasvuna. Lihomiselle ovat erityisen alttiita liikapainoisten ja vähän koulutettujen vanhempien lapset sekä vähän liikuntaa harrastavat lapset.

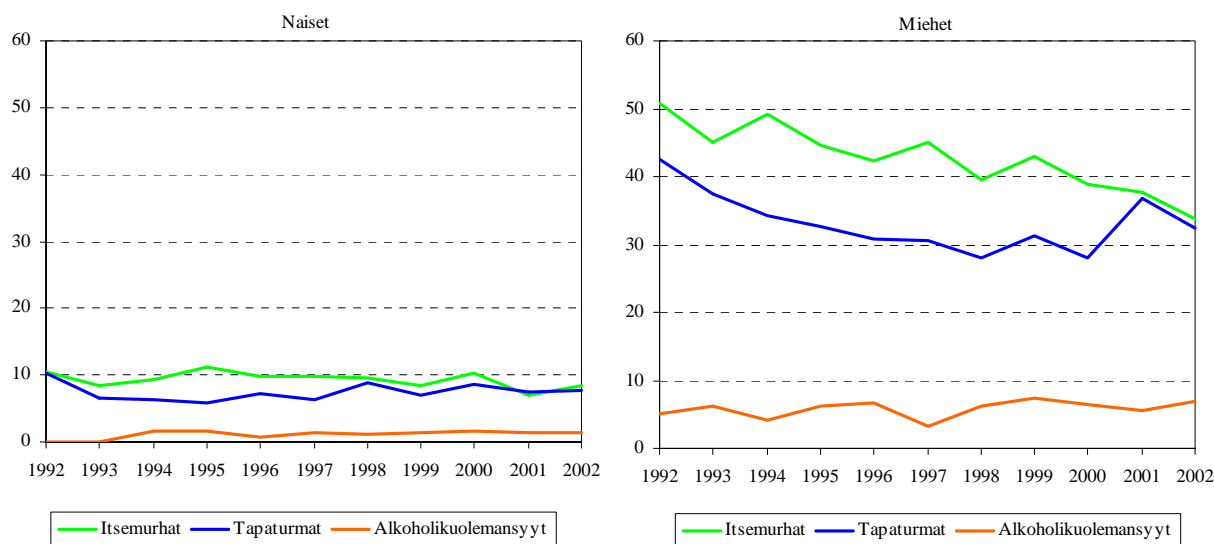
Ongelmallisessa sosiaalisessa ympäristössä elävillä ja sosiaalisesti huono-osaisilla nuorilla on muita nuoria suurempi riski siihen, että epäterveelliset elintavat kehittyvät pysyviksi.

Nuorten terveyttä edistetään parhaiten lisäämällä heidän tietoaan terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä helpottamalla terveyttä edistävien valintojen tekemistä. Nuorten terveyttä voidaan edistää kohentamalla oppilaitosten työskentelyolosuhteita, lisäämällä eri tahojen yhteistyötä nuorten syrjäytymisen ja huonon terveyden noidankehän murtamiseksi sekä tukemalla nuorten harrastus- ja liikunta sekä kulttuurimahdollisuuksia. Nuorten terveystietojen lisäämiseksi tulee kouluihin vuonna 2005 uusi oppiaine, terveystieto, jonka tavoitteena on muun muassa saada nuoret kiinnostumaan terveydestä, tekemään terveyttä edistäviä valintoja ja huolehtimaan itsestään. Tähän kuuluu riittävästä hygieniasta huolehtiminen niin suun ja hampaiden kuin yleisterveyden osalta.

Kouluympäristö voi tukea nuoria myös tarjoamalla terveellisiä välipaloja ja välttämällä makeisten ja virvoitusjuomien myyntiä koulussa. Elokuussa 2004 annetut kouluterveydenhuollon laatusuositukset painottavat, että kouluterveydenhuollossa on riittävästi osaavia työntekijöitä, kouluterveydenhuollon palvelut ovat helposti koululaisten ja perheiden saatavilla sekä koululaisten hyvinvointia ja terveyttä seurataan terveystarkastuksilla.

5. Nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee kolmanneksella 1990-luvun lopun tasosta.

Kuvio 24. 15-34 –vuotiaiden miesten ja naisten ikävakioitu itsemurha-, tapaturma- ja alkoholikuolleisuus vuosina 1992-2002 (100 000 asukasta kohden)



Lähde: Tilastokeskus

Nuorten miesten itsemurhat ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Nuorten miesten itsemurhakuolleisuus on viime vuosina vähentynyt selvästi. Sen sijaan tapaturmakuolleisuus kääntyi 1990-luvun alun myönteisen kehityksen jälkeen huomattavaan nousuun vuonna 2001. Suurin syy siihen oli nuorten miesten kuolemat liikennetapaturmissa. Vuonna 2002 kehitys kääntyi uudelleen laskuun, mutta kuolleisuus oli edelleen vuoden 1994 tasolla. Nuorten miesten alkoholikuolista aiheutuvien kuolemien määrä on ennallaan. Nuorten naisten kuolleisuus niin itsemurhiin, alkoholiin kuin tapaturmiin on selvästi miehiä alhaisempi ja tilanne on pysynyt lähes ennallaan.

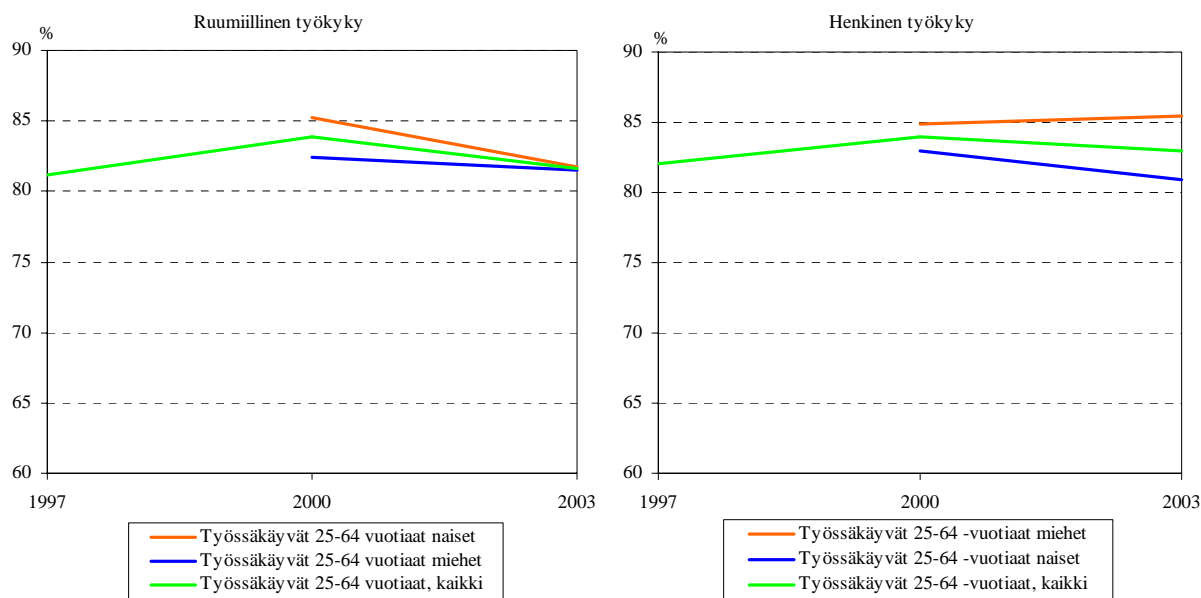
Itsemurhien ehkäisyyn on panostettu aiempina vuosina useilla eri ohjelmilla ja kouluttamalla hoitohenkilökuntaa havaitsemaan ajoissa itsemurha-aikeiset, ahdistuneet ja masentuneet sekä ohjaamaan heidät hoitoon. Riskinuurten tunnistaminen, nuorten mielenterveyden häiriöiden asianmukainen ja mahdollisimman varhainen hoito ovat keskeisimpiä toimenpiteitä. Itsemurhien ehkäisyprojektien vaikutusta itsemurhakuolleisuuteen on vaikea arvioida, mutta suomalaisten itsemurhakuolleisuus on vähentynyt selvästi vuodesta 1990. Alustavat tulokset ehkäisyprojektien merkityksestä ovat kuitenkin rohkaisevia.

Liikennetapaturmien vähentäminen pysyvästi vaatii edelleen erityisesti nuoriin miehiin kohdistuvaa ja tehoavaa liikennevalistusta. Myös nopeusrajoitukset ovat tehokas keino estää liikennekuolemia.

6. Työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteet kehittyvät siten, että ne osaltaan mahdollistavat työelämässä jaksamisen pidempään ja työstä luopumisen noin kolme vuotta vuoden 2000 tasoa myöhemmin.

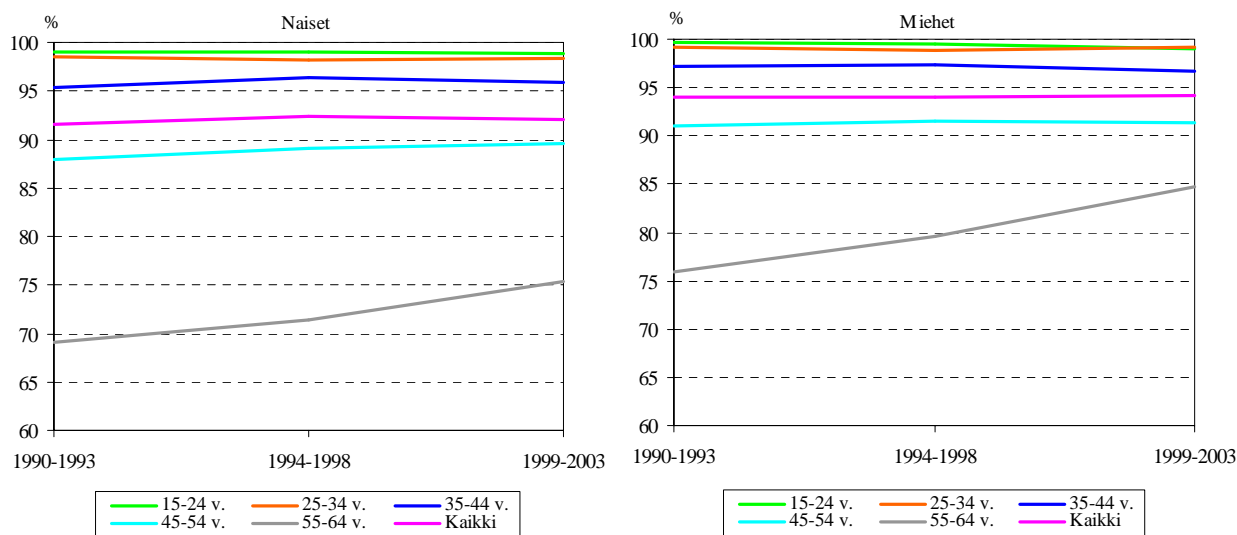
Työelämän olosuhteita ja työstä luopumista tarkastellaan lähemmin kohdassa Työelämän vetovoiman lisääminen.

Kuvio 25. Erittäin hyvän/melko hyvän ruumiillisen ja henkisen työkyvyn omaavien osuus 25-64-vuotiaista työllisistä vuosina 1997, 2000 ja 2003, %



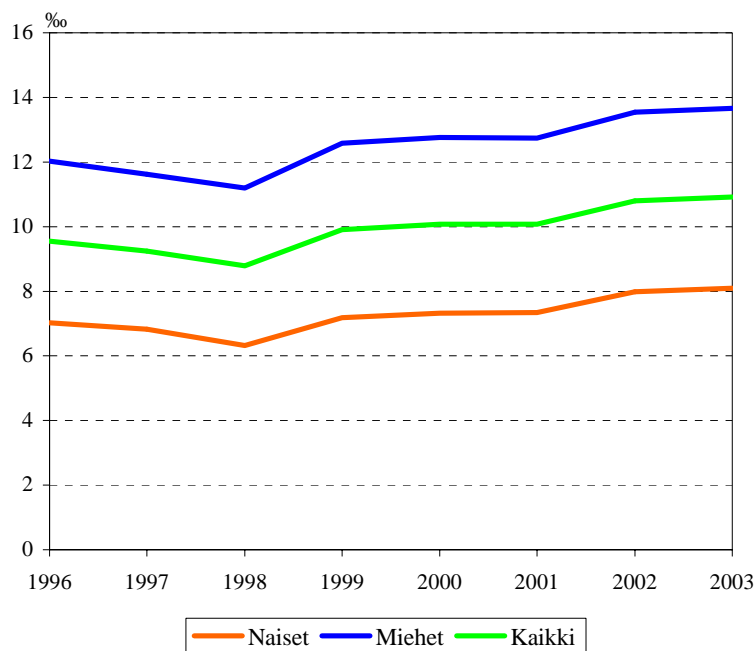
Lähde: Työterveyslaitos

Kuvio 26. Niiden osuus 15-64 -vuotiaista, jotka pystyvät juoksemaan levättämättä sata metriä vuosina 1990-2003, %



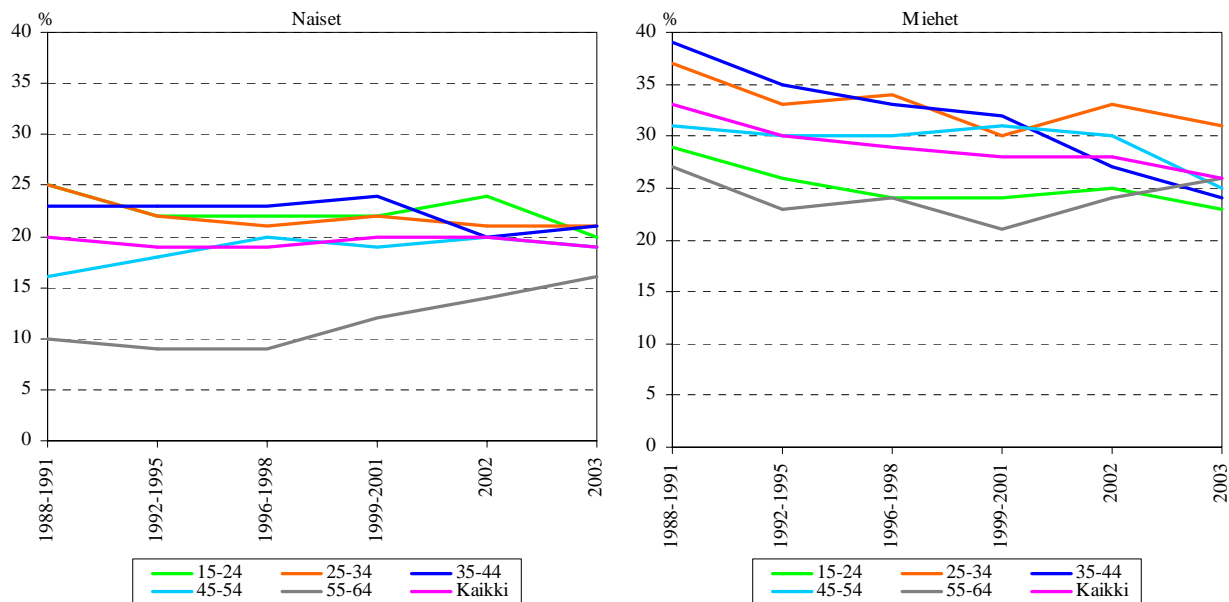
Lähde: Kansanterveyslaitos

Kuvio 27. 35-54-vuotiaille myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakioiden alkuvuus vuosina 1996-2003, promillea



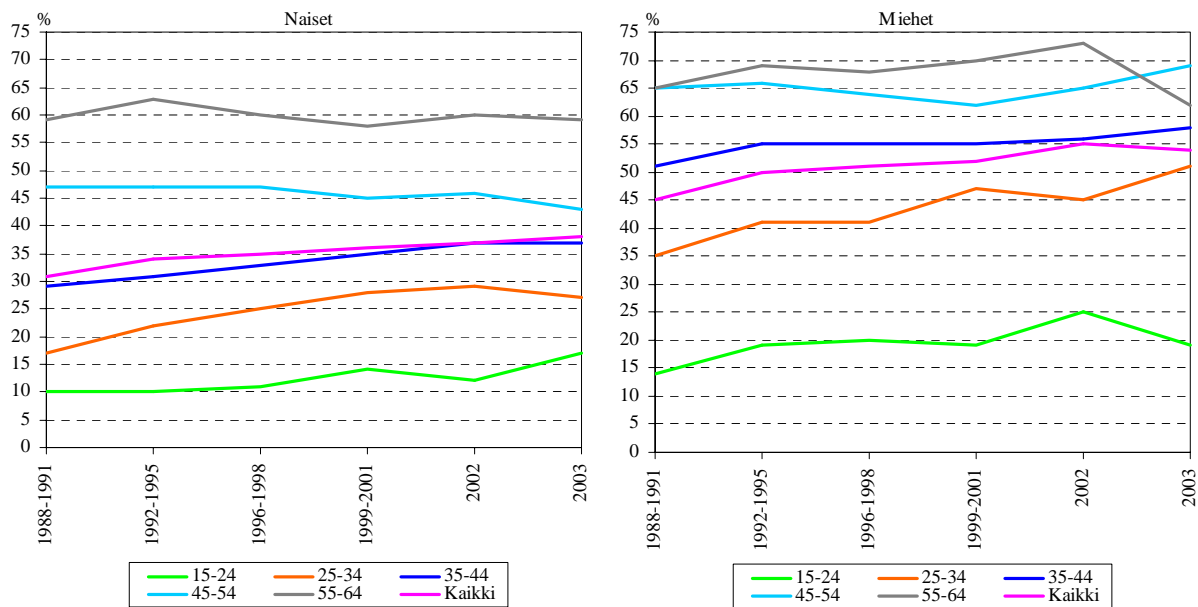
Lähde: Eläketurvakeskus

Kuvio 28. Päivittäin tupakoivat aikuiset vuosina 1988-2003, %



Lähde: Kansanterveyslaitos

Kuvio 29. Ylipainoisten<sup>9</sup> osuus aikuisista vuosina 1988-2003



Lähde: Kansanterveyslaitos

Työikäisten terveys on yleisesti ottaen kehittynyt myönteisesti. Kuolleisuus sepelvaltimo- ja syöpäsairauksiin on pienentynyt huomattavasti ja veren kolesterolipitoisuus on pienentynyt merkittävästi. Miehet ovat vähentäneet tupakointia. Sen sijaan ikäryhmässä 55-64 –vuotiaat on tupakointi yleistynyt selvästi sekä naisilla että miehillä. Työikäisten oma arvio fyysisestä ja henkisestä työkyvystään näyttää pysyneen jokseenkin ennallaan, mutta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on yleistynyt. Suuri osa työkyvyttömyyseläkkeistä myönnetään mielenterveysongelmien vuoksi. Työ- ja toimintakykyä haittaavan sairauden tai vamman esiintyvyys ikääntyvillä on laskenut viime vuosina. Myös niiden osuus erityisesti 55-65 –vuotiaista, jotka pystyvät juoksemaan 100 metriä levähtämättä, on kasvanut.

Lihavuus on yksi suurimmista kansanterveydellistä ongelmistamme. Se aiheuttaa merkittäviä terveyshaittoja: aikuisiän diabetesta, verenpainetautia ja nivelrikkoa. Suomalaisista miehistä runsas puolet ja naisista lähes puolet ovat ylipainoisia. Lihavuus on yleisintä vähiten koulutusta saaneilla. Erityisesti naisilla erot lihavuuden yleisyydessä koulutusluokkien välillä ovat selvät. Koulutetut ovat kiinnostuneempia terveydestään ja alttiimpia terveysvalistukselle.

Työ- ja arkiliikunnan vähentyminen on merkittävä lihavuutta lisäävä tekijä. Yksi syy lihavuuden yleistymiseen on myös alkoholin lisääntynyt kulutus sekä ruoka-annosten ja pakkauskokojen kasvaminen. Merkittävä osa suomalaisista liikkuu terveyden ja lihavuuden ehkäisyn kannalta liian vähän.

Elintapoja on tärkeää muuttaa nykyistä terveellisemmäksi lisäämällä liikuntaa ja niukentamalla energian saantia. Monipuolinen ruokavalio, kohtuullisuus ruoka-annoksissa ja alkoholin käytössä sekä liikunnallinen elämäntapa ovat avainasemassa taisteltaessa liikakiloja vastaan. Liikuntaa lisäämällä on mahdollista parantaa merkittävästi toimintakykyä ja terveyttä sekä ehkäistä lihomista. Jo 5-10 prosentin painon pudotuksella saavutetaan merkittäviä terveyshyötyjä. Uusimmat lihavuutta ehkäisevät liikuntasuositukset kehottavat liikkumaan vähintään tunnin päivässä. Elintarviketeollisuus on viime vuosina tuonut markkinoille erilaisia kevyttuotteita, joiden energiapitoisuus on selvästi pienempi kuin vastaavan tavallisen tuotteen. Kevyttuotteita tulee kuitenkin syödä vastaava määrä kuin tavallisia tuotteita, jotta energian saanti pienentyisi ja paino putoaisi. Toisaalta kevyttuotteet saattavat sisältää enemmän energiaa kuin muut luontaisesti vähän energiaa sisältävät elintarvikkeet.

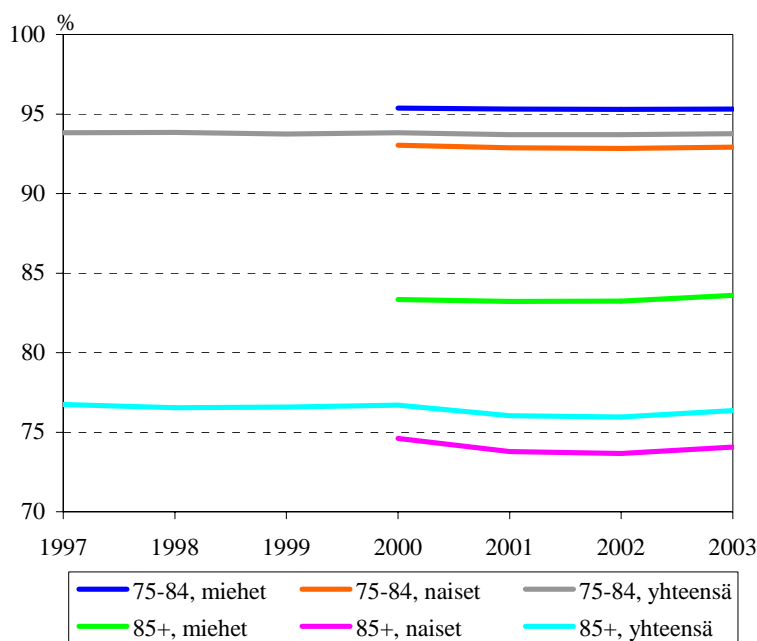
Kuluttajat ja elintarviketeollisuus on saatu vähentämään suolan käyttöä sinnikkäällä neuvonnalla. Samaan tulee pyrkiä lihavuuden torjumisessa. Lihavuuden ehkäisyä korostetaan Sydän- ja verisuonitautien ehkäisyohjelmassa, Diabetesliiton aikuistyyppin diabeteksen ehkäisyohjelmassa ja Valtion ravitsemusneuvottelukunnan toimintaohjelmassa.

7. Yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan.

Vanhusten toimintakyvyn paraneminen ja pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeen väheneminen pienentävät vanhuspalveluiden kustannuksia. Asuntojen ja elinympäristöjen esteettömyydellä mahdollistetaan kotona asuminen ja toimintakyky kunnan heiketessäkin. Toimivat julkiset ja yksityiset palvelut ehkäisevät osaltaan ongelmia ja tukevat toimintakykyä ja omatoimisuutta.

Kotona asuminen mahdollisimman pitkään on ikääntyneiden kansalaisten toiveiden mukaista. Erityisesti yksin asuville vanhuksille, joiden psyykinen ja fyysinen toimintakyky on heikentynyt olennaisesti, tarvitaan kuitenkin turvallisia palveluasuntoja ja kodinomaisia laitoshoidon. 75-84 -vuotiaista 93 prosenttia ja 85 vuotta täyttäneistä 76 prosenttia asuu kotona. Loput asuvat palveluasunnoissa, joissa on henkilökunta paikalla ympäri vuorokauden, tai ovat pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodeissa tai sairaaloissa. 85 vuotta täyttäneiden miesten ja naisten välillä selvä ero, tämän ikäisistä miehistä selvästi suurempi osa selviää omassa kodissa kuin vastaavan ikäisistä naisista. Tämä johtunee osittain siitä, että miehet kuolevat keskimäärin aikaisemmin kuin naiset. Niinpä useimmilla iäkkäiksi elävillä miehillä on kotona vaimo, joka auttaa tarvittaessa. Sen sijaan suuri osa iäkkäistä naisista asuu yksin. Kotona asuvien iäkkäiden osuus on pysynyt viime vuosina lähes ennallaan.

Kuvio 30. Kotona asuvien osuus iän mukaan, vuosina 1997-2002, %



Lähde: Stakes



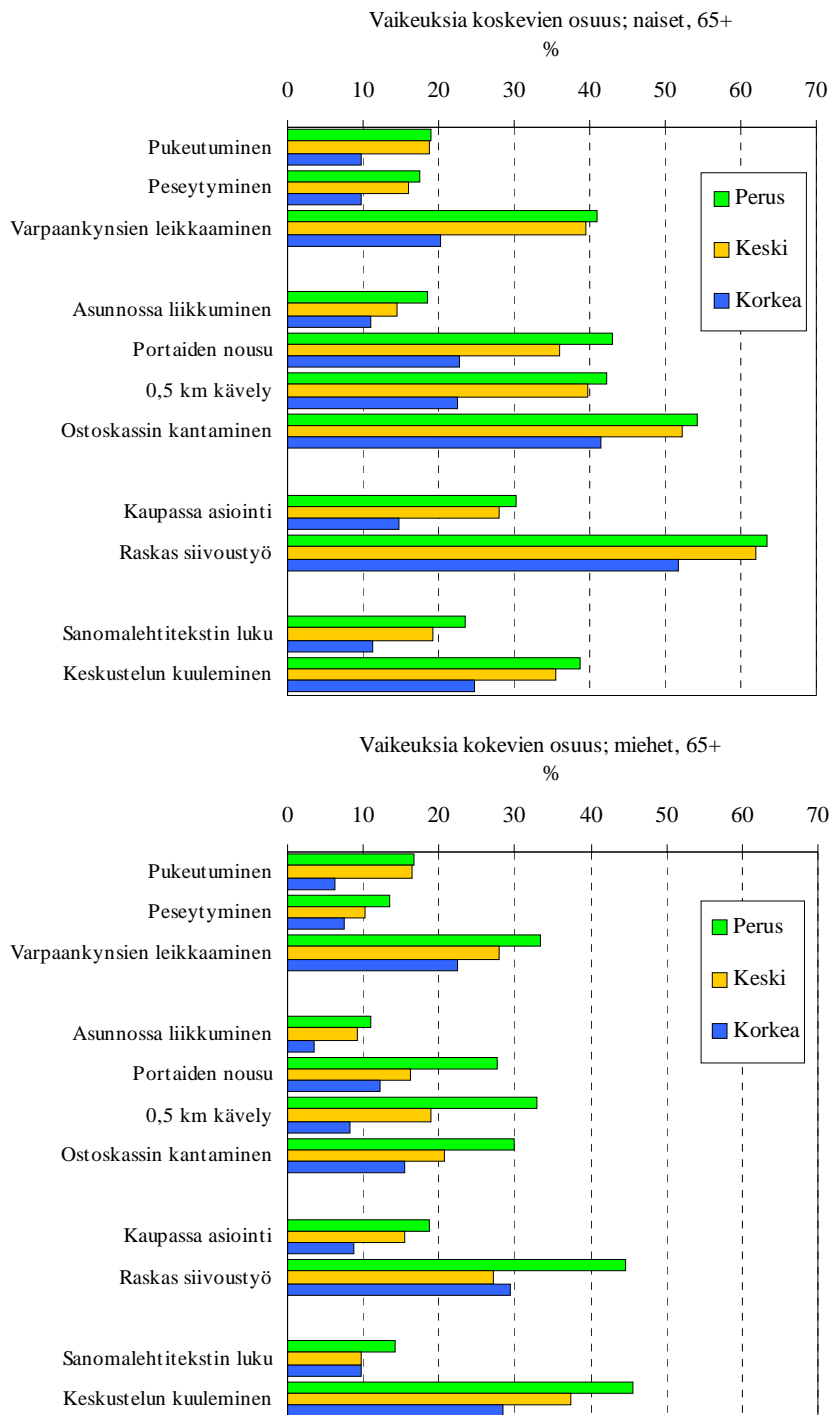
Iäkkäiden hyvä terveys ja toimintakyky ovat omatoimisuuden ja osallistumisen edellytyksiä. Iäkkäiden toimintakyky on kohentunut viime vuosikymmenien aikana ja eläkeläisistä yhä suurempi osa selviytyy ilman suurempia vaikeuksia omassa kodissaan ja pystyy liikkumaan ulkona ilman ulkopuolista apua. Myönteisestä kehityksestä huolimatta moni iäkäs kärsii erilaisista toimintakyvyn rajoitteesta ja tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissaan. Erityisesti 85 vuotta täyttäneet naiset tarvitsevat apua päivittäin tai lähes ympärivuorokautisesti.

Iäkkäille ihmisille säännöllinen liikunta on välttämätöntä toiminta- ja liikkumiskyvyn turvaamiseksi. Arkiliikunnan ohella he tarvitsevat lihasvoimaa ja tasapainoa kehittävää liikuntaa. Monipuolisen liikunnan avulla iäkkäät ihmiset pysyvät hyväkuntoisina ja pystyvät asumaan kotonaan pidempää. Aivan kuten kuolleisuus ja sairastavuus myös iäkkäiden toimintakyky näyttää olevan vahvasti yhteydessä henkilön sosioekonomiseen asemaan. Erot ovat todennäköisesti seurausta aikaisemmista elämänvaiheista. Ammattiryhmien väliset erot ovat säilyneet, mutta erojen kaventumisesta miehillä on viitteitä.

Iäkkäiden terveyden ja toimintakyvyn kehityksen voi arvella jatkuvan suotuisana, kun tulevat eläkeläiset eivät ole joutuneet tekemään fyysisesti yhtä kuormittavaa työtä kuin aiemmat ikäluokat ja kuntoutukseen on panostettu aiempaa varhemmin. Toisaalta tulevaisuuden uhkana on lihavuuden yleistyminen ja päihteiden käytön lisääntymisen aiheuttamat terveysvaikutukset ikääntyneenä.

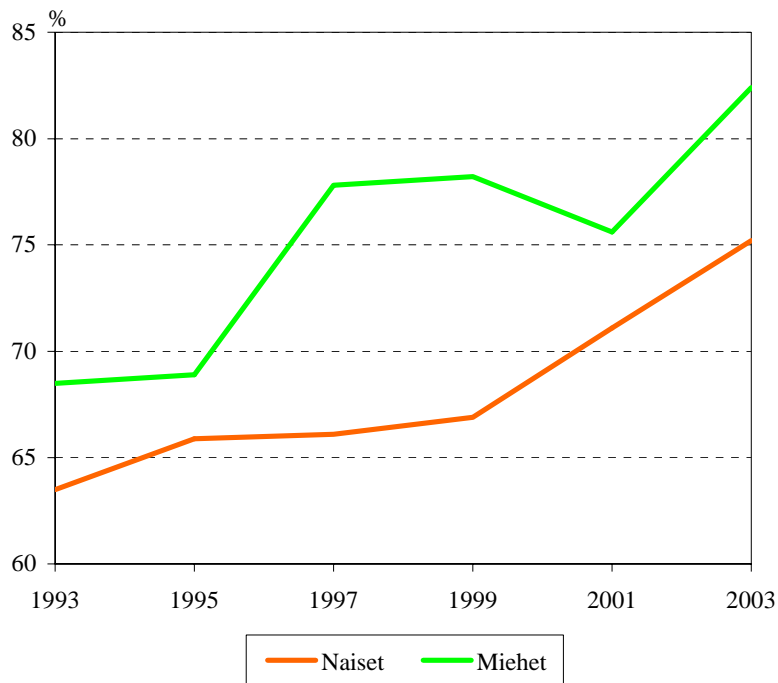
Keväällä 2004 valmistuivat ”Ikääntyneiden ohjatun terveystoiminnan laatusuositukset”. Niissä painotetaan kuntien roolia ikääntyneiden liikunnan edistämiseksi ja esitetään, että ikääntyneiden kuntoliikunta pitäisi sisällyttää osaksi kuntien hyvinvointipolitiikkaa ja vanhusstrategiaa. Syksyllä 2004 käynnistyy kansallinen ohjelma, jonka tarkoituksena on lisätä erityisesti kotona asuvien ikäihmisten ja heidän omaistensa tietämystä voimaharjoittelun merkityksestä tuki- ja liikuntaelämäntoimintakyvylle. Tavoitteena on lisätä nimenomaan lihasvoimaa lisäävän liikunnan harrastusta.

Kuvio 31. Eräissä toiminnoissa vaikeuksia kokeneiden ikävakioitu osuus 65 vuotta täytäneistä vuosina 2000-2001 koulutusasteen mukaan, %



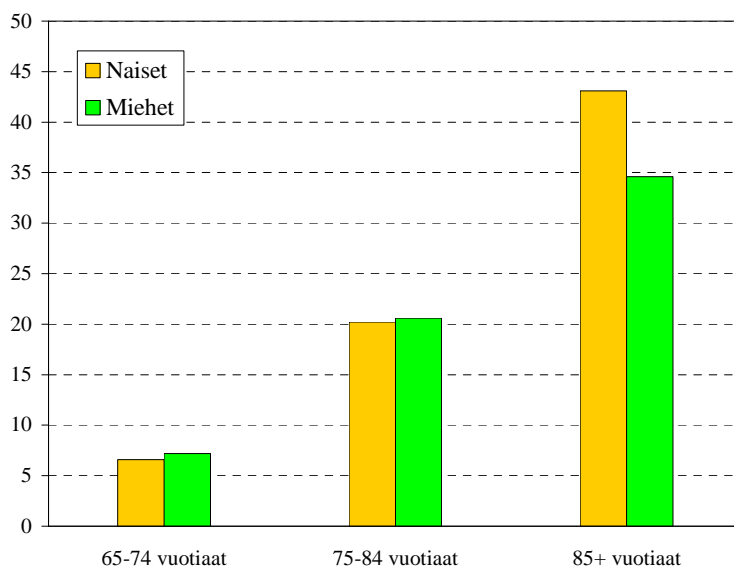
Lähde: Kansanterveyslaitos (Terveys 2000)

Kuvio 32. Niiden 75-84 –vuotiaiden osuus, jotka kykenevät liikkuman ulkona yksin vuosina 1993-2003, %



Lähde: Kansanterveyslaitos

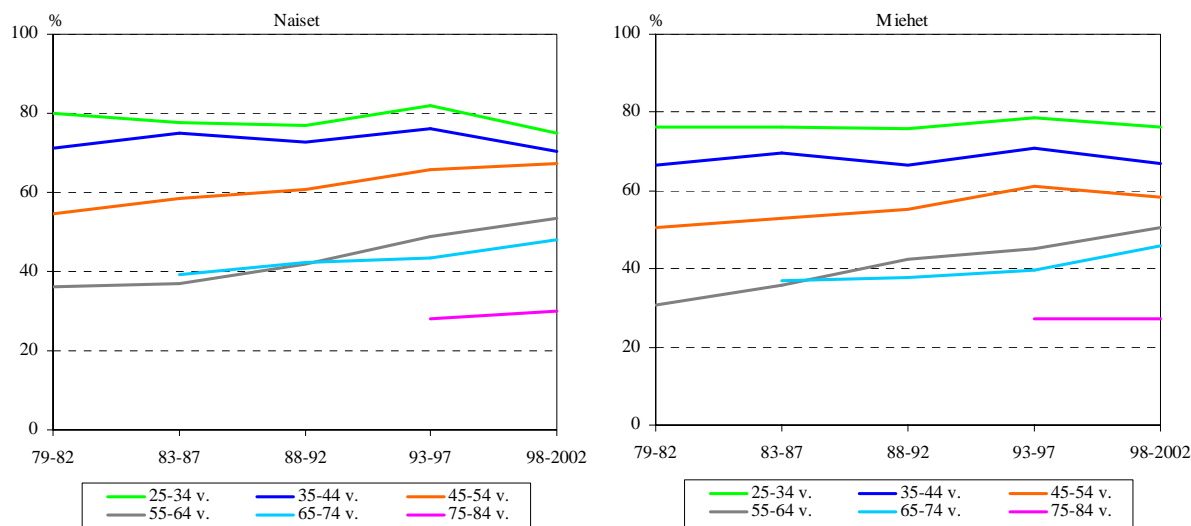
Kuvio 33. Päivittäisen avuntarpeen esiintyvyys 65-vuotta täyttäneillä vuonna 2000, %



Lähde: Kansanterveyslaitos

8. Tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen sekä koettu oma terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksesta omaan terveyteen vähintään nykyisellä tasolla

Kuvio 34. Terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi arvioivien osuus ikäryhmittäin vuosina 1979-2002



Lähde: Kansanterveyslaitos

Koettu terveydentila on kehittynyt pääosin myönteisesti. Noin kaksikolmasosa pitää terveyttään hyvänä tai melko hyvänä. Kehitys on ollut positiivisinta molemmilla sukupuolilla ikäryhmässä 45-74 –vuotiaat. Sen sijaan nuoremmilla naisilla on nähtävissä pienoista heikentymistä koetussa terveydentilassa.

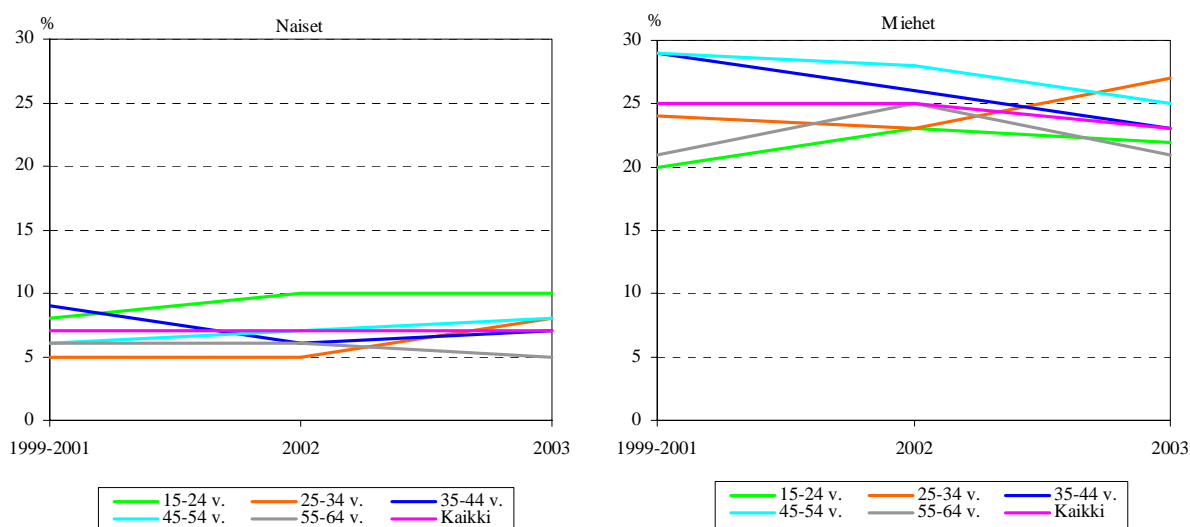
Terveyspalveluja on käsitelty kohdassa Toimivat palvelut/Kansallinen terveydenhuollon hanke. Suomalaiset ovat edelleen pääosin tyytyväisiä terveyspalveluihin, vaikka merkittäviä ongelmia on.

## 2.2 Alkoholiohjelma 2004-2007

Alkoholiohjelman tavoitteena on alkoholista aiheutuvien haittojen vähentäminen sekä erityisesti alkoholin kulutuksen kääntäminen laskuun, sillä haittavaikutukset ovat suoraan yhteydessä alkoholin kulutukseen. Ohjelma toteutetaan yhteistyössä eri hallinnonalojen, kuntien, kirkkojen, järjestöjen ja elinkeinoelämän kanssa. Tavoitteena on koota alkoholihaittojen ehkäisy- ja vähentämistoimet kokonaisuudeksi, jossa yhteistyö edistää tavoitteiden saavuttamista. Keskeiset tavoitteet on määritelty valtioneuvoston alkoholipolitiikan linjauksista tehdyssä periaatepäätöksessä.

*1. Alkoholin aiheuttamia haittoja lasten ja perheiden hyvinvoinnille vähennetään merkittävästi.*

Kuvio 35. Niiden osuus, jotka juovat alkoholia kerralla kuusi annosta tai enemmän vähintään kerran viikossa vuosina 1999-2003



Lähde: Kansanterveyslaitos

Miesten humalahakuinen juominen on edelleen yleistä - neljännes miehistä juo säännöllisesti humalahakuisesti. Naisista näin tekee joka seitsemäs. Humalahakuisten 35-54 –vuotiaiden miesten osuus näyttää hieman laskeneen vuoteen 2003 asti, mutta viimeisimmät tiedot kesältä 2004 viittaavat tilanteen nopeaan huonontumiseen. Humalahakuinen juominen lisää perheväkivaltatapauksen määrää ja alkoholin kulutuksen kasvu uhkaa erityisesti lasten ja perheiden hyvinvointia.

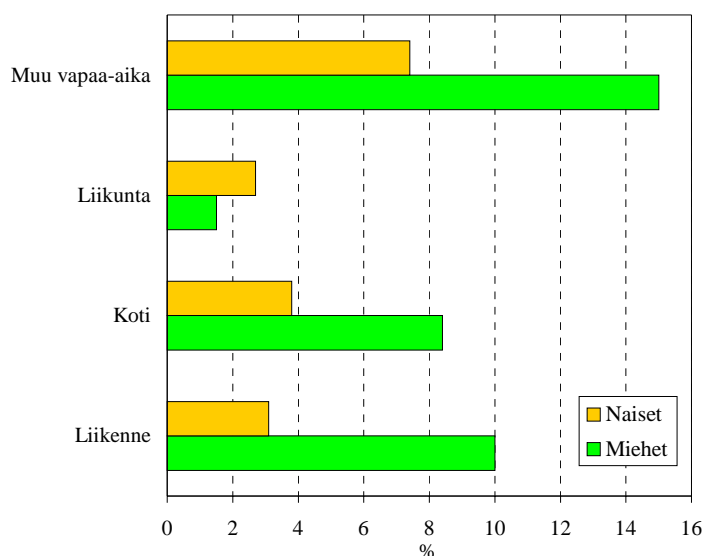
Noin puolet perheväkivaltatapauksista tapahtuu tilanteessa, jossa tekijä, uhri tai molemmat ovat olleet alkoholin vaikutuksen alaisina. Useimmiten uhri on nainen. Vanhempien liiallinen päihteiden käyttö aiheuttaa perheissä huomattavia ongelmia; varsinkin lapset kokevat turvattomuutta ja heille aiheutuu runsaasti erilaisia ongelmia. Lastensuojelun avoimuudessa olevien lasten määrä onkin kaksinkertaistunut vuodesta 1994 ja näiden lasten määrä on viimeisten tietojen mukaan kasvanut edelleen. Vanhempien päihteiden käyttö liittyy noin kolmasosaan lastensuojelutapauksista.

Raskauden aikainen alkoholinkäyttö vaarantaa vakavasti sikiön ja lapsen tervettä kasvua. Noin kuudella prosentilla odottavista äideistä arvioidaan olevan päihderiippuvuus. Suomessa syntyy joka vuosi noin 650 alkoholin vaurioittamaa lasta. Alkoholiongelma lisää myös asunnottomuuden todennäköisyyttä.

Alkoholin käyttötottumuksiin luodaan pohja jo nuoruudessa. Varhain aloitettu alkoholin käyttö on vakava riskitekijä nuoren kehitykselle. Tämä vuoksi on erityisen tärkeitä estää ja puuttua nuorten humalahakuisen juomiseen. Tutkimusten mukaan suuri osa nuorista, jotka käyttävät alkoholia runsaasti ovat aikuisina alkoholin ongelmakäyttäjiä. Viimeisimmät tiedot kertovat nuorten humalahakuisen juomisen yleistyneen jälleen.

2. Alkoholikuolemien riskikäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja vähennetään merkittävästi

Kuvio 36. Alkoholin vaikutuksena alaisena sattuneiden fyysiseen vammaan johtaneiden tapaturmien osuus kaikista tapaturmista vuonna 2003

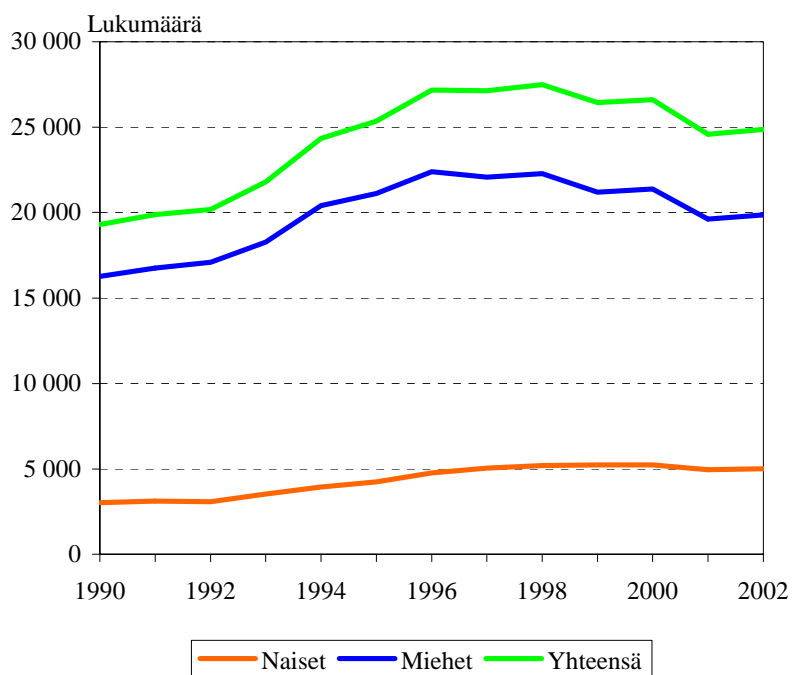


Lähde: Uhritutkimus, Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos

Valtaosa väkivaltatapauksista on tehty humalassa. Hieman yli puolessa tapauksista uhri on nainen. Kaikista ilmi tulleista väkivaltatapauksista noin 65 prosentissa joko tekijä, uhri tai molemmat olivat alkoholin vaikutuksen alaisia. Tyypillistä on, että uhrin ollessa mies, tekijä on ollut alkoholin vaikutuksen alainen. Usein myös uhri on tällöin ollut humalassa. Sen sijaan naisen joutuessa väkivallan kohteeksi, on tekijä noin puolessa tapauksista ollut humalassa, mutta uhri itse hyvin harvoin.

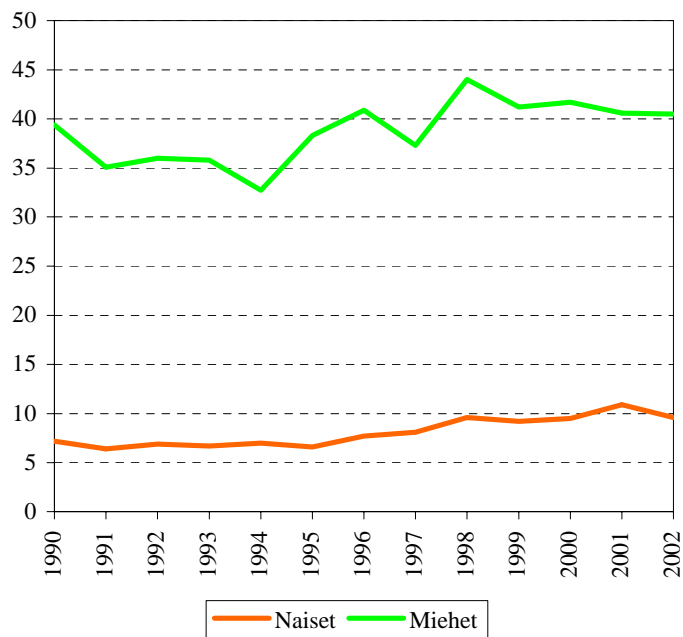
Suomessa tapahtui vuonna 2003 noin 42 000 tapaturmaa alkoholin vaikutuksen alaisena. Tämä on neljä prosenttia kaikista tapaturmista. Miesten tapaturmista alkoholitapauksia oli 4,6 ja naisten 3,4 prosenttia. Tilanne oli saman suuntainen vuonna 1997. Luvut ovat todennäköisesti aliarvioita. Naisilla alkoholin vaikutuksen alaisena sattuneet tapaturmat ovat lisääntyneet. Suurin osa alkoholin vaikutuksen alaisena tapahtuneista tapaturmista sattui vapaa-aikana. Alkoholin humalakäyttö lisää selvästi riskiä joutua tapaturmiin.

Kuvio 37. Sairaaloiden hoitajaksot alkoholisairauksien<sup>10</sup> takia vuosina 1990–2002



Lähde: Stakes

Kuvio 38. Alkoholisairauksiin ja myrkytyksiin kuolleet 100 000/ asukasta kohden ikävakioituna vuosina 1990-2002



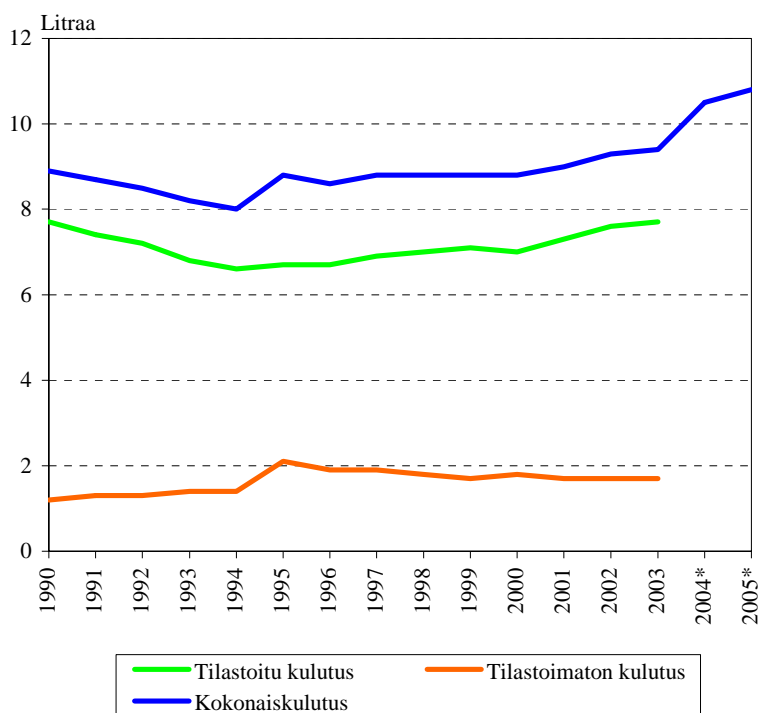
Lähde: Stakes

Alkoholin runsas pitkäaikainen käyttö merkitsee vakavaa terveysriskiä. Vahva humalatila lisää merkittävästi onnettomuus- ja tapaturmariskiä sekä lisää riskiä tehdä väkivaltarikos tai joutua sen uhriksi. Pienikin määrä alkoholia alentaa suorituskykyä ja lisää riskiä liikenne-, työ-, koti- ja vapaa-ajan tapaturmiin ja onnettomuuksiin.

Alkoholin takia sairaaloissa hoidettujen potilaiden määrä nousi nopeasti 1990-luvulla, mutta on hieman laskenut miehillä jo muutaman vuoden ajan. Alkoholiin kuolleiden määrät ovat jokseenkin ennallaan 1990-luvun nousun jälkeen.

### 3. Alkoholijuomien kokonaiskulutus käännetään laskuun

Kuvio 39. Alkoholin kokonaiskulutus asukasta kohden 100 prosenttisenä alkoholina vuosina 1990-2005



Lähde: Stakes

Alkoholin kulutuksen kasvu on suoraan yhteydessä alkoholista aiheutuvien haittojen kasvuun. Alkoholin kulutus on viime vuosina kasvanut ja alkoholin aiheuttamat terveydelliset ja sosiaaliset haitat ovat lisääntyneet. Erityisesti naisten juominen on viime vuosina kasvanut huomattavasti. Matkustajatuonnin vapauttaminen halvemman hintatason maista ja kotimaisen alkoholijuomien vero- ja hintatason alentaminen tulevat lisäämään edelleen alkoholin kulutusta nopeasti ja siitä aiheutuvia ongelmia. Kesän 2004 aikana rattijuopu-



musten, pahoinpitelyiden ja päihtyneiden säilöönotot määrät kasvoivat. Kehitys tulee kasvattamaan sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta sekä kunnille aiheutuvia kustannuksia.

Alkoholi on edelleen ylivoimaisesti merkittävin päihdeongelmien aiheuttaja. Alkoholin haittakustannusten arvioidaan olevan vuosittain 3,0 - 5,2 miljardia euroa. Kustannuksista vajaa viidennes on välittömiä terveydenhuollolle, sosiaalitoimelle sekä poliisille aiheutuneita kustannuksia. Merkittävä osa kustannuksista on välillisiä kustannuksia menetetyn elämän arvon ja ennenaikaisen kuoleman vuoksi. Alkoholista on myös tuloja. Vuona 2003 valtio keräsi alkoholista veroa ja muita maksuja yhteensä 2,4 miljardia euroa. Lisäksi alkoholin valmistus ja myynti työllistävät huomattavan määrän henkilöitä. Alkon palveluksessa oli vuonna 2003 lähes 2 600 henkilöä. Ravintoloissa työskentelee noin 17 500 henkilöä kokoaikaisesti ja 15 500 osa-aikaisesti. Lisäksi ravintolat työllistävät merkittävän määrän vuokratyövoimaa.

Alkoholihaittojen vähentämiseksi kokonaiskulutuksen kasvu tulisi saada pysähtymään, mieluiten käännettyä laskuun. Tavoitteen saavuttaminen edellyttää hallinnonalojen yhteistyötä, erityisesti nuorten alkoholinkäytön ehkäisyssä, alkoholin liikenteen turvallisuudelle aiheuttamien haittojen torjunnassa, yleisen järjestyksen ja turvallisuuden edistämisessä sekä rikollisuuden ehkäisemisessä. Kunnat ovat peruspalveluiden tuottajina avainasemassa alkoholihaittojen ehkäisyssä ja vähentämisessä. Tämä näkökulma kuuluu päivähoidon, neuvolatyön, koulutoimen, nuorisotoimen, opiskelija- ja työterveydenhuollon sekä muiden terveys- ja sosiaalipalveluiden toimintaan.

Alkoholihaittojen ehkäisy ja vähentäminen tulee vakiinnuttaa osaksi kaikkien hallinnonalojen päätöksentekoa ja toimintaa. Myös vuonna 2002 laaditut päihdepalvelujen laatusuositukset lähtevät tästä näkökulmasta. Lisäksi tarvitaan alkoholin kulutuksen omatoimista hallintaa tukevaa tiedotusta sekä laajaa toimintaa asenteiden muokkaamiseksi. Tehokas alkoholihaittojen ehkäisykeino on riskikuluttajiin kohdennettu ns. mini-interventio. Sillä tarkoitetaan varhaiseen alkoholin suur- tai riskikulutukseen kohdistettua neuvontaa ja juomisen seurantaa, joka tapahtuu lääkärin tai terveydenhoitajan parin kolmen normaalin vastaanoton yhteydessä. Riittävillä ja oikea-aikaisilla päihdepalveluilla pystytään vähentämään alkoholin ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia haittoja ja terveyshaittoja.

Kunnat, kuntayhteisöt ja järjestöt voivat hakea tukea alkoholihaittojen ehkäisyyn ja vähentämiseen liittyville hankkeille Kansallisen terveydenhuoltohankkeen ja Sosiaalialan kehittämishankkeen toimeenpanoon varatuista voimavaroista, terveyden edistämisen määrärahoista sekä Raha-automaattiyhdistykseltä. Lisäksi alkoholiohjelman toimeenpanoon vuosina 2003–2005 on myönnetty miljoona euroa.

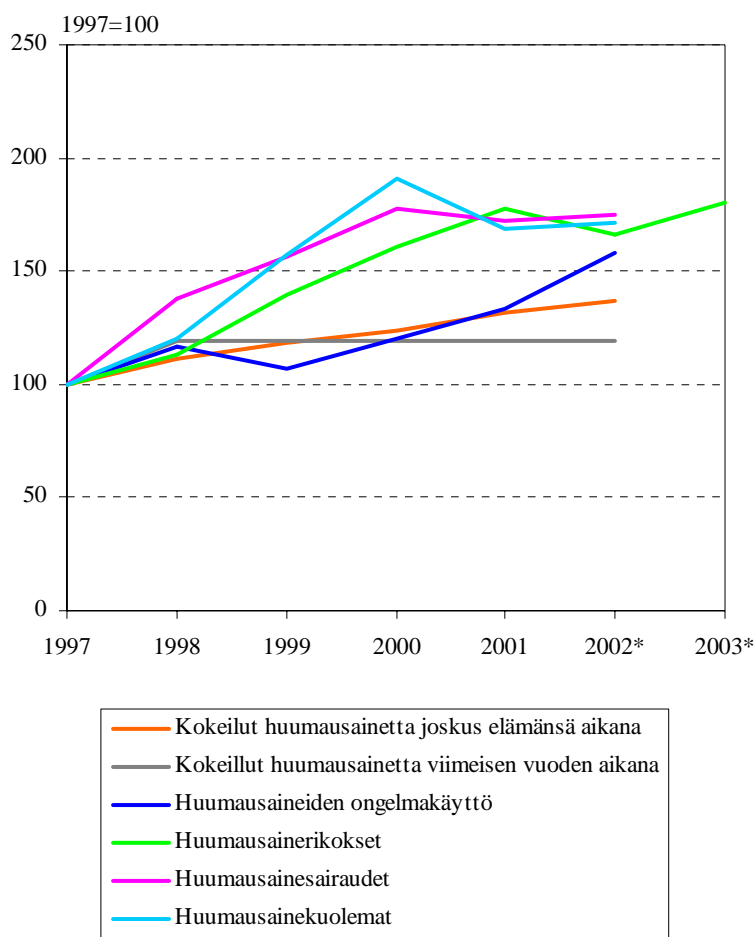
Koska alkoholiin liittyy laajasti kansanterveydellisiä sekä elinkeino- ja työvoimapolitiittisia näkökulmia, tulisi ne kaikki tuoda selvästi esiin tehtäessä päätöksiä alkoholipolitiikasta ja punnitessa päätösten kokonaisvaikutuksia ja kustannuksia. Tutkitusti tehokkaimmat kei-

not vaikuttaa alkoholinkulutukseen ja haittoihin ovat alkoholimarkkinoiden sääntely ja alkoholivero. Veroinstrumentti on edelleen käytettävissä, vaikka kansallisen päätöksenteon liikkumavara onkin vähentynyt.

### 2.3 Huumausainepoliittinen toimenpideohjelma 2004-2007

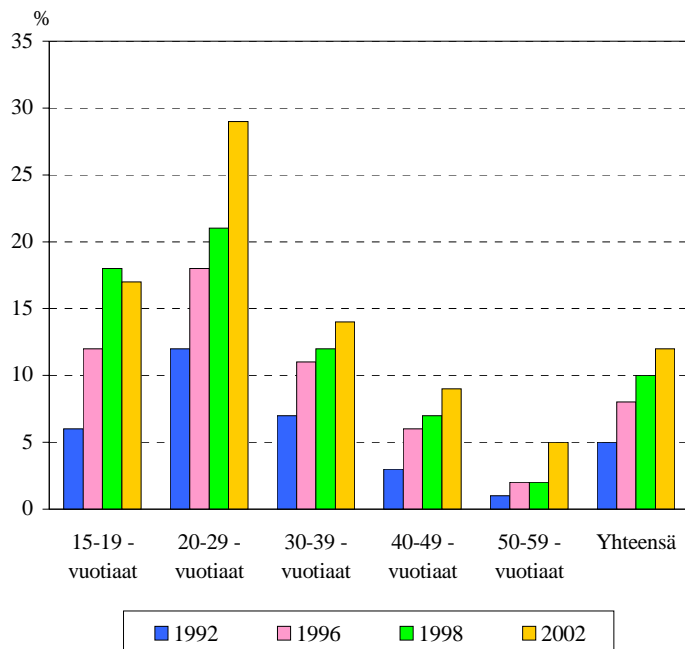
Valtioneuvosto on antanut periaatepäätöksen huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004-2007. Ohjelmassa esitetään linjaukset toimenpiteistä huumausainehaittojen vähentämiseksi. Tavoitteena on huumausainetilanteen pysyvä helpottaminen, viranomaisten yhteistyön lisääminen, asianmukaisten huumehoitopalvelujen saatavuuden takaaminen sekä huumeongelmien ehkäisyä ja hoitoa koskevan osaamisen kehittäminen.

Kuvio 40. Huumetrendit



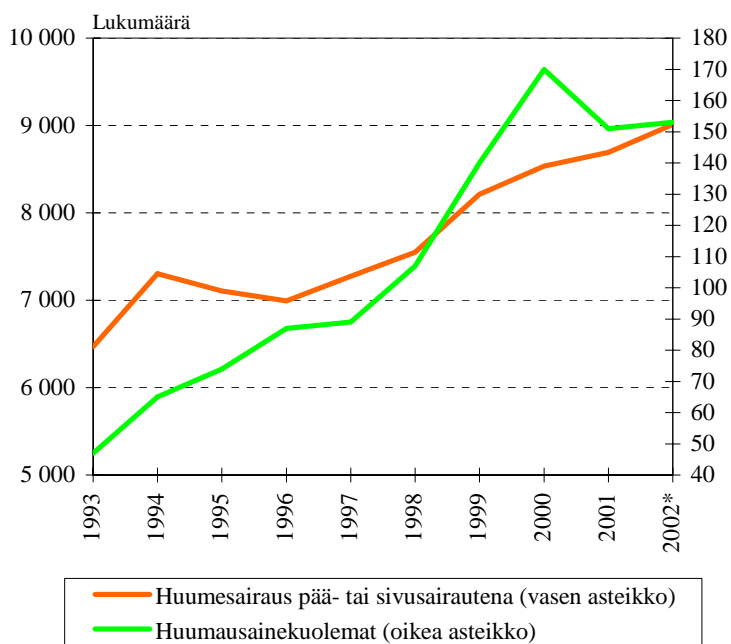
Lähde: Stakes

Kuvio 41. Kannabista joskus elämänsä aikana kokeilleiden osuus eri ikäryhmissä vuosina 1992, 1996, 1998 ja 2002, %



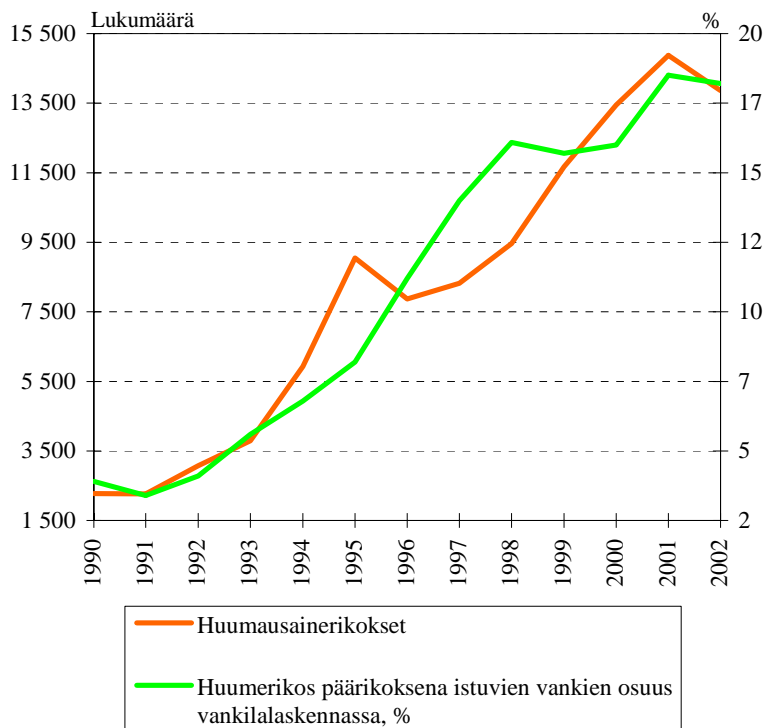
Lähde: Stakes

Kuvio 42. Huumausainesairauksien hoitojaksot sairaaloissa ja huumekuolemat vuosina 1993-2002



Lähde: Stakes

Kuvio 43. Huumausainerikokset ja huumausainerikoksesta tuomittujen osuus rangaistusvangeista vuosina 1990-2002



Lähde: Stakes

Huumausaineiden kokeilut ja käyttö lisääntyivät huomattavasti 1990-luvulla. Siirryttäessä 2000-luvulle kehitys näyttää tasaantuvan ja jopa hieman vähentyvän alle 20-vuotiailla. 20-29 –vuotiaiden huume-kokeilut ovat kuitenkin edelleen yleistyneet. Huumeilla näyttää olevan varsin vahva asema nuorten juhlimiskulttuurissa ja yöelämässä. Kannabiksen käyttö on selvästi yleisempää opiskelijoiden ja naimattomien tai avoliitossa elävien keskuudessa. Alueellisesti kannabiksen käyttö on keskittynyt pääkaupunkiseudulle sekä Etelä-Suomen kaupunkeihin.

Vuonna 2001 saatiin ensimmäiset merkit huumehaittojen kasvuvauhdin tasaantumisesta huume-kuolemien sekä uusien HIV-tartuntojen ja C-hepatiittitartuntojen osalta. Vaikka huume-kokeilujen kasvuvauhti näyttää taittuvan, haittojen määrä nousee edelleen. Ongelma-käytön aiheuttamat haitat näkyvät hoitoon hakeutumisessa 3-5 vuoden viiveellä ensi-kokeiluista ja aineiden käytön aloituksesta. Päihdehoitoon hakeutuminen tapahtuu keskimäärin 20-vuotiaana. Päihdehoitoon hakeutuneista on naisia noin viidennes. Myös huumausainerikollisuuden kasvu näyttää tasaantuneen tai jopa hieman vähentyneen. Lähes joka kuudes vanki istui tuomiota huumausainerikoksesta.

EU:n laajentuminen saattaa ainakin aluksi lisätä huumeiden tarjontaa. Ennakoitavissa olevalla alkoholien kulutuksen kasvulla voi olla myös huumeiden käytön lisääntymistä edistäviä vaikutuksia. Lisäksi lisääntyvä mielialalääkkeiden käyttö voi myös ruokkia huumeiden käyttöä.

Huumeiden haittakustannukset ovat suuret, vuositasolla 450-850 miljoonaa euroa. Kustannuksista noin neljännes on välittömiä terveydenhuollolle, sosiaalitoimelle sekä poliisille aiheutuneita kustannuksia. Merkittävä osa kustannuksista on välillisiä kustannuksia menetetyt elämän arvon ja ennenaikaisen kuoleman vuoksi.

Huumaussaineet, pitkäaikaistyöttömyys ja syrjäytyminen nivoutuvat kiinteästi toisiinsa. Huumaussaineiden käyttö lisää selvästi riskiä syrjäytyä niin koulutuksesta, työstä kuin asumisesta. Toisaalta pitkäaikaistyöttömyys ja syrjäytyminen luovat helposti hedelmällisen kasvualustan huumeiden käytölle. Suomalaista päihteiden käyttöä leimaa aineiden sekakäyttö. Valtaosa suomalaisista suhtautuu kuitenkin edelleen kielteisesti huumeiden käyttöön.

Huumaussaineiden kysynnän vähentämiseen tähtäävä huumetyö on laaja-alaista eri hallinnonalojen viranomaisten, järjestöjen, kansalaisten ja yksityisen sektorin paikallista, alueellista, valtakunnallista sekä kansainvälistä yhteistoimintaa. Huumetyön keskeinen kehittämiskohde on päihteitä koskevan koulutuksen lisääminen eri viranomaisille ja huumetyössä oleville. Peruspalveluissa työskentelevien tulisi tunnistaa päihteiden ongelmakäyttö ja ohjata tällaiset henkilöt tarkoituksenmukaiseen hoitoon. Tärkeätä on myös kehittää taitoja kommunikoida päihteiden käyttäjien kanssa sekä kehittää varhaisen puuttumisen toimintamalleja. Erityisen tärkeätä on kehittää kouluissa moniammatillista ehkäisevää päihdetyötä. Huumeiden osalta on vuonna 2001 käynnistetty laaja opettajien täydennyskoulutusohjelma. Vuosina 2001-2003 toteutettiin laaja valtakunnallinen huumeaiheinen mediakampanja.

Huumeisiin liittyvää terveysneuvontaa on lisätty. Ehkäisevässä työssä painopisteenä ovat olleet nuoret, sillä nuoruusiän huumeekokeilut ja niistä kiinnijääminen antavat huonon ennusteen tulevalle elämälle. Sekä peruskouluun, lukioon että ammattilisiin oppilaitoksiin tulee vuonna 2005 uusi oppiaine ”terveystieto”. Päihteiden ehkäisyyn liittyvät kysymykset ovat keskeisiä terveystiedon sisältöalueita. Huumaussaineiden käyttöririkoksesta ensimmäisen kerran kiinni jääneen alle 18-vuotiaan tekoon tulee puuttua tehokkaasti viranomaisyhteistyöllä.

Huumeikäyttäjien palveluja on kehitetty pitäen lähtökohtana ns. matalaa kynnystä, tarkoituksena on saada ongelmaiset hoitoon mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Huumeongelman saattavilla tulee olla laadukkaita ja monipuolisia päihdepalveluja ja niitä tulee edelleen kehittää syksyllä 2002 julkaistun päihdehuollon palvelujen laatusuosituksen mukaisesti. Huumeongelmista kärsivien rikostuomion saaneiden integroimiseksi yhteiskun-

taan tulee heille järjestää rangaistuksen osaksi tai sen vaihtoehtona päihdeongelman hoitoa.

Poliisin ja tullin osalta on keskeistä torjua huumausaineiden pääsy maahan. Lisäksi poliisi on tehostanut katutason toimintaa huumetarjonnan ehkäisemiseksi. Suomen huumausainetilanteeseen vaikuttaa merkittävästi kehitys lähialueillamme. EU:n laajentuminen ei ole pelkkä uhka, vaan myös mahdollisuus laajentaa Suomen ja Baltian maiden poliisin, tullin ja rajavartiolaitosten yhteistoimintaa järjestäytyntä rikollisuutta vastaan.

Huumeiden käyttäjien hoitoon on suunnattu aiempaa enemmän varoja. Vuosina 2002-2003 valtio myönsi lisämäärärahoja eri ministeriöille huumetyöhön, huumehoitoon, huumerikollisuuden torjuntaan sekä ehkäisevään huumetyöhön. Vuonna 2003 nämä erillismäärärahat olivat yhteensä 13,5 miljoonaa euroa. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö sekä Raha-automaattiyhdistys ovat myöntäneet vuosittain määrärahoja terveyden edistämiseen sekä ehkäisevään ja korjaavaan huumetyöhön.

## III Työelämän vetovoiman lisääminen

### **Työelämän vetovoiman lisäämisen vaikuttavuustavoitteet**

- Työhön osallistumisaste eri ikäryhmissä nousee
- Työssäoloaika pitenee vuoteen 2010 mennessä 2–3 vuodella
- Sosiaaliturvan kannustavuus lisääntyy
- Sairauspoissaolot vähenevät
- Työ- ja perhe-elämän yhteensovitus paranee
- Työtapaturmien taajuus ja ammattitautien syntyminen vähenevät ja niiden vakavuusaste vähenee
- Työterveyshuollon saatavuus ja laatu paranevat ja yhteistyö kuntoutuksen kanssa tehostuu

Väestön ikärakenne muuttuu pysyvästi toisenlaiseksi kuin se on ollut menneinä vuosikymmeninä, koska elinikä on pidentynyt ja syntyvyys alentunut. Suomi kohtaa väestön vanhenemisen haasteet muuta Eurooppaa aikaisemmin. Ei riitä, että vain vanhempien ikäluokkien työllisyys kohoaisi, yhteiskunnan tasapainoinen kehitys vaatii työllisyyden kohenemista kaikissa työikäisissä ikäluokissa.

Tehtyjen arvioiden mukaan kunnat tarvitsevat eläkkeelle siirtymisen seurauksena vuoteen 2010 mennessä vähintään 150 000 uutta työntekijää. Näistä huomattavan osan tulisi sijoittua sosiaali- ja terveysalalla. Eläkkeelle siirtyvän henkilöstön korvaamisen lisäksi tarvitaan sosiaali- ja terveysaloille yli 10 000 uutta työntekijää hoitama vanhenevia suomalaisia. Vastaavasti valtion työntekijöistä puolet eli 60 000 siirtyy eläkkeelle seuraavan kymmenen vuoden aikana. Nämä muutokset merkitsevät paitsi kasvavia eläkekustannuksia myös kovaa kilpailua osaavasta työvoimasta. Julkisen sektorin työllisyystarpeet eivät saa syrjäyttää yksityisen sektorin työllisyystarpeita väestön ikääntyessä.

Sosiaali- ja terveysministeriö vaikuttaa hyvään työllisyyskehitykseen edistämällä työvoiman työ- ja toimintakykyä, ammatillista osaamista sekä työturvallisuutta ja työhyvinvointia. Työelämän vetovoiman vahvistamiseksi on yhteistyössä eri ministeriöiden, työmarkkina- ja yrittäjäjärjestöjen sekä tutkimuslaitosten kanssa valmisteltu valtakunnallinen toimenpideohjelma työssäoloajan jatkamisesta, työssä jaksamisesta ja kuntoutuksesta (Veto-ohjelma 2003–2007).

Useat muut ohjelmat tukevat Veto-ohjelmaa. Työterveyslaitoksen käynnistämä 4-vuotinen KESTO-ohjelma pyrkii jalostamaan tutkimustietoa palvelemaan työssä jaksamista ja työuran kestoa. Sekä valtiokonttorin Kaikuohjelman että kunta-alan Kuntatyö 2010 –projektin eräänä keskeisenä tavoitteena on edistää julkisella sektorilla työskentelevien työssäjaksamista. Työministeriön Työelämän kehittämisohjelma (Tykes) tukee työ-

yhteisöjen kehittämishankkeita, joissa edistetään samaan aikaan sekä työn tuloksellisuutta että työelämän laatua. Opetusministeriö on yhteistyössä työmarkkinajärjestöjen ja työministeriön kanssa käynnistänyt vuosille 2003–2007 ajoittuvan aikuisten koulutustason kohottamisohjelman (Noste). Noste-ohjelman tavoitteena on kohottaa erityisesti vähiten koulutusta saaneen aikuisväestön koulutusta.

### **3.1 Työelämän moniulotteinen muutos**

Työelämä on runsaassa kymmenessä vuodessa muuttunut hyvin monella tavoin. Yritystoimintaa hallitsevat yhä enemmän verkottuminen, alihankinnat ja ulkoistaminen. Vaatimukset kannattavuuden ja tuottavuuden parantamiseksi ovat korostuneet kilpailun kiristytessä. Yritykset uudistavat toimintojaan jatkuvasti. Kansainvälisten pääomaliikkeiden vapautuminen on vahvistanut maapalloistumista. Pääoma etsii tuottoaan globaalisti. Funktionaalinen tulonjako muuttui 1990-luvulla selvästi pääomatulojen hyväksi.

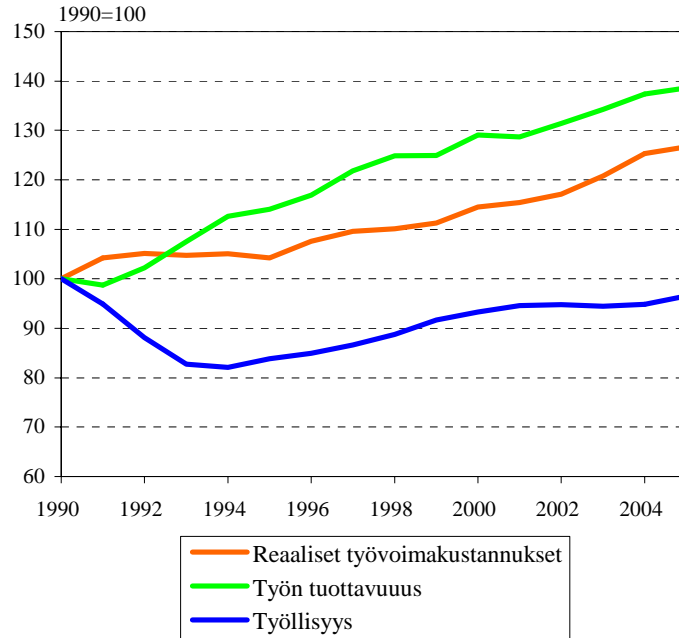
Työntekijöiden näkökulmasta kaikki tämä merkitsee aikaisempaa suurempaa epävarmuutta. Työpaikan ja ammatin vaihtoon on tarvittaessa sopeuduttava. Työajan olisi mukauduttava kysynnän vaihtelujen myötä ja työvoiman tulisi liikkua alueellisesti.

Suomen selviytymistä 1990-luvun alkupuolen taloudellisesta lamasta edesauttoivat multiliset tulopoliittiset kokonaisratkaisut. Työvoimakustannukset kasvoivat nopeammin kuin tuottavuus vasta 2000-luvulla. Suomessa vain perusasteen koulutuksen saaneiden henkilöiden työllisyys on kansainvälisesti alhainen. Korkea-asteen koulutuksen saaneiden henkilöiden työllisyys sen sijaan ylittää OECD-maiden keskiarvon. Työikäisen väestö koulutustaso kohoaa koko ajan. 2000-luvun keskeinen haaste on, miten työn kysyntää saadaan lisätyksi myös matalamman tuottavuuden aloilla.

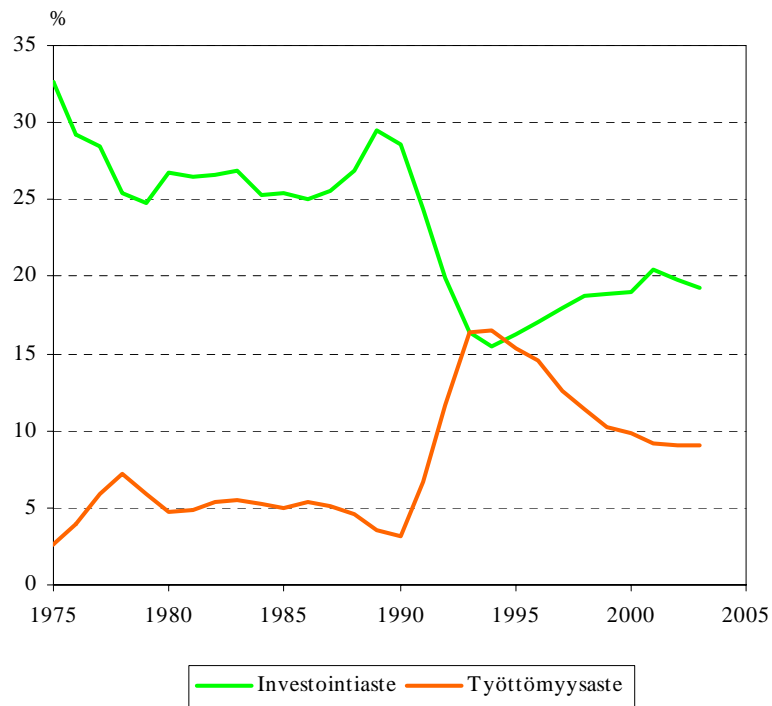
Suomi on perinteisesti ollut pääomavaltaisen tuotannon ja korkean investointiasteen maa. Investointien suhde bruttokansantuotteeseen on vaihdellut 25-30 prosentin välillä. Nyt kiinteiden investointien kansantuoteosuus näyttää vakiintuneen selvästi pienemmäksi kuin aikaisempina vuosikymmeninä. Suomalaisilla yrityksillä on työpaikkoja enemmän kuin koskaan historiansa aikana. Yhä useampi näistä työpaikoista sijaitsee kuitenkin ulkomailta. Suomalaisilla yrityksillä arvioidaan olevan yli 330 000 työpaikkaa ulkomailla. Suomessa suomalaisilla yrityksillä on vähemmän työpaikkoja kuin ennen 1990-luvun alun lamaa. Suomalaisten yritysten vähentyneiden investointien vastineeksi ei ole syntynyt ulkomaalaisten suoria sijoituksia Suomeen, mikä osaltaan selittää korkeana pysyvän työttömyysasteen.



Kuvio 44. Työn tuottavuuden, työvoimakustannusten ja työllisyyden kehitys vuosina 1990-2005, 1990=100



Kuvio 45. Investointiaste ja työttömyysaste vuosina 1975-2003, %

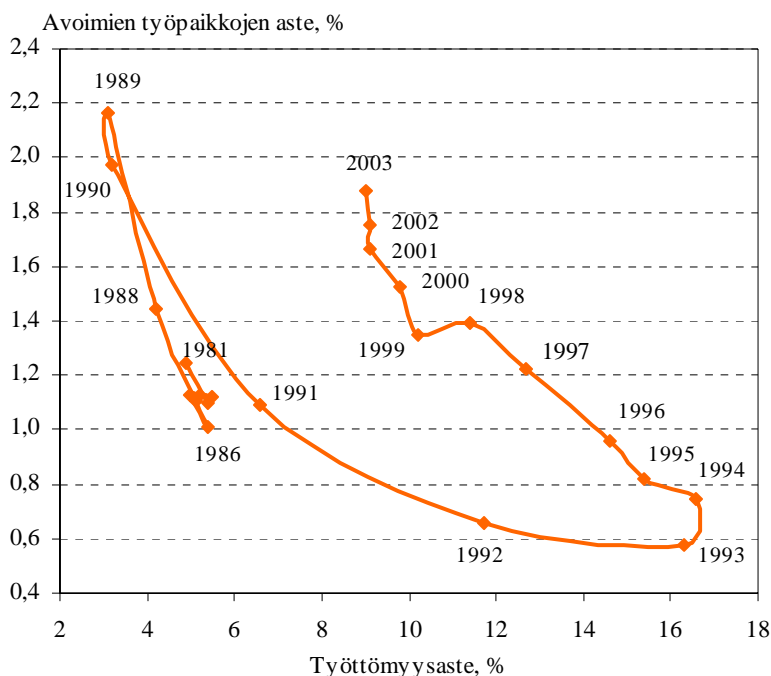


Työvoiman tarjonta on ylittänyt lamaa edeltävän tason, mutta työvoiman kysyntä ei ole vastaavasti lisääntynyt. Vuonna 2002 työttömiä oli Tilastokeskuksen käyttämän määrittelyn mukaan 237 000 henkilöä. Kun otetaan huomioon työttömyyseläkeläiset ja työvoimapolitiittisilla toimenpiteillä sijoitetut, työvoimareservien määrä oli 423 000 henkilöä.

Viime vuosien kehitys viittaa siihen, että työllistymisestä on tullut valikoituvaa: Osa työttömistä löytää työtä entistä helpommin, mutta keskimäärin työttömyyden kesto pitenee. Vielä 1980-luvun lopussa työttömyys päättyi suhteellisen usein työllistymiseen. Yli 40 prosenttia työttömistä oli vuoden kuluessa saanut työtä avoimilta työmarkkinoilta. Laman ollessa syvimmillään työttömyys päättyi vuoden kuluessa työllistymiseen enää 20 prosentilla työttömistä. Laman jälkeen tilanne ei ole juurikaan kohentunut.

Suomen työmarkkinoiden kehitykselle on ollut tyypillistä se, että kasvualat ja supistuneet alat ovat olleet ammattirakenteeltaan ja osaamisvaatimuksiltaan hyvin erilaisia. Työvoima uusille aloille on rekrytoitu uusista ikäluokista tai jo työssä olleista ja vain vähäisessä määrin työttömistä. Tämä selittää osaltaan sen, että avoimet työpaikat ja työttömät eivät kohtaa toisiaan. Työmarkkinoiden rakenteellisia ongelmia havainnollistaa avoimien työpaikkojen asteen ja työttömyysasteen vertailu. Tiettyä avoimien työpaikkojen astetta vastaa aikaisempaa korkeampi työttömyysaste. Rakenteelliset ongelmat ovat siis kasvaneet. (Kuvio 46)

Kuvio 46. Avoinna olevat työpaikat ja työllisyys vuosina 1986-2003



Avoimien työpaikkojen aste: Avoimien työpaikkojen suhde avoimien työpaikkojen ja työllisten yhteismäärään.

Työmarkkinoille tulevilla uusilla ikäluokilla on Suomessa ollut edeltäjiään parempi koulutus. Uusien kasvavien alojen työvoima on rekrytoitu juuri heistä. Ikäluokkien pienentyessä tätä vanhaa rekrytointimallia ei voida enää samassa mitassa jatkaa. Mikäli osaavaa työvoimaa ei kyetä rekrytoimaan myös vanhemmista ikäryhmistä, vaarana on korkean tuottavuuden alojen työpaikkojen siirtyminen muualle. Työpaikat siirtyvät pois myös matalan tuottavuuden aloilta, mikäli kustannustaso on liian korkea. Matalan tuottavuuden työpaikkojen ”häviäminen” voi sinänsä olla myönteistä, jos tilalle saadaan parempia työpaikkoja. Tällaisten työpaikkojen syntyedellytyksenä kuitenkin on, että niihin löytyy riittävästi hyvin koulutettua työvoimaa.

Sosiaalipolitiikan kannalta on ongelmallista, että matalan tuottavuuden työpaikat ovat monesti olleet selkeä vaihtoehto työttömyydelle. Suomen asema kansainvälisessä työnjaoissa perustuu jatkossakin korkeaan osaamiseen, tutkimukseen ja tuotekehitykseen. Tämän lisäksi tarvitaan kuitenkin toimia, jotka edistävät työpaikkojen syntymistä myös vähemmän koulutusta vaativille aloille.

### 3.2 Eteneminen kohti korkeaa työllisyyttä

Veto-ohjelman tavoitteena on, että työhön osallistumisaste eri ikäryhmissä nousee ja työsäoloaika pitenee nykyisestä 2–3 vuotta. Tähän pyritään parantamalla samanaikaisesti sekä työhyvinvointia että työnteon taloudellisia kannustimia.

#### *Työurien pidentyminen*

Ikääntyneiden (55–64 v.) työllisyysaste on noussut vuosien 1997–2003 aikana lähes 14 prosenttiyksikköä, kun samaan aikaan keskimääräinen työllisyysaste kasvoi vain noin 4 prosenttiyksikköä. Ikääntyneiden työllisyys on viime vuosina kasvanut Suomessa nopeammin kuin missään muussa Euroopan maassa. Työllisyysohjelman seurannassa käytettävällä indikaattorilla, ”työllisen ajan odotteella” mitaten 50-vuotiaalla oli vuonna 1997 työllistä työuraa jäljellä 7,2 vuotta. Vuonna 2003 odotettavissa oleva työuran pituus oli kasvanut 8,7 vuoteen. Parina viime vuotena odotteen kasvu näyttäisi kuitenkin hieman hidastuneen.

Taulukko 5. Työlliset ja työllisyysaste ikäryhmittäin vuosina 1997 ja 2003

Ikä	1997		2003		Muutos 1997-2003	
	Työlliset	Työllisyysaste, %	Työlliset	Työllisyysaste, %	Työlliset	Työllisyysaste, %-yksikköä
15-24	212 800	33,3	250 200	38,5	37 400	5,2
25-54	1 753 800	77,5	1 774 300	81,1	20 500	3,6
55-64	187 600	35,8	320 500	49,6	132 900	13,8
15-64	2 154 200	62,9	2 345 000	67,3	190 800	4,4

Lähde: Tilastokeskus

Talouden taantumasta huolimatta suuret ikäluokat ovat pysyneet työpaikoissaan ja säilyttäneet työpaikkansa paremmin kuin edeltäneet ikäluokat saman ikäisinä. Ikääntyvien työllisyysasteiden kasvu on jatkunut toisin kuin nuoremmilla ikäryhmillä. Vuoden 2004 ensimmäisellä neljänneksellä 55-64-vuotiaiden työllisyysaste oli noin 2 prosenttiyksikköä korkeampi kuin vuotta aikaisemmin. Työelämästä poistuminen on myöhentymässä hallitusohjelmassa asetettujen tavoitteiden mukaisesti.

Suotuisaan kehitykseen ovat vaikuttaneet muun muassa varhaiseläkkeiden käytön rajoittaminen sekä osa-aikaeläkejärjestelmän myötä yleistynyt ikääntyvien osa-aikatyö. Viimeksi mainittu on edesauttanut työssä jaksamista. Työelämästä poistumista myöhentävät jatkossa jo edellisen hallituksen aikana päätetyt työttömyysturvan ja eläketurvan muutokset, jotka alkavat vaikuttaa työuriin muutaman vuoden kuluttua.

Työuria voidaan pidentää myös niiden alkupäässä nopeuttamalla nuorten tuloa työelämään. Koulutusjärjestelmän tehostaminen ei kuitenkaan onnistu hetkessä. On arvioitu, että korkeakouluopintojen nopeuttamiseen tähtäävät toimet alentavat korkeakoulutuksen aloittamisikää yhdellä vuodella vuonna 2008 ja tutkinnon suorittamisikää yhdellä vuodella vuonna 2012.

#### *Työvoiman saatavuuden turvaaminen*

Työvoiman saatavuusongelmat lisääntyivät 1990-luvun lopun korkeasuhdanteen aikana. Noin runsas neljännes toimipaikoista ilmoitti kokeneensa rekrytointiongelmia. Tilanne näyttää vakiintuneen tälle tasolle. Kuluvan vuoden ensimmäisellä neljänneksellä rekrytointiongelmia kokeneiden yritysten määrä putosi 23 prosenttiin ja varsinaista työvoimapulaa kokeneiden yritysten määrä 8 prosenttiin. Muutos on seurausta työvoiman kysynnän heikkenemisestä.

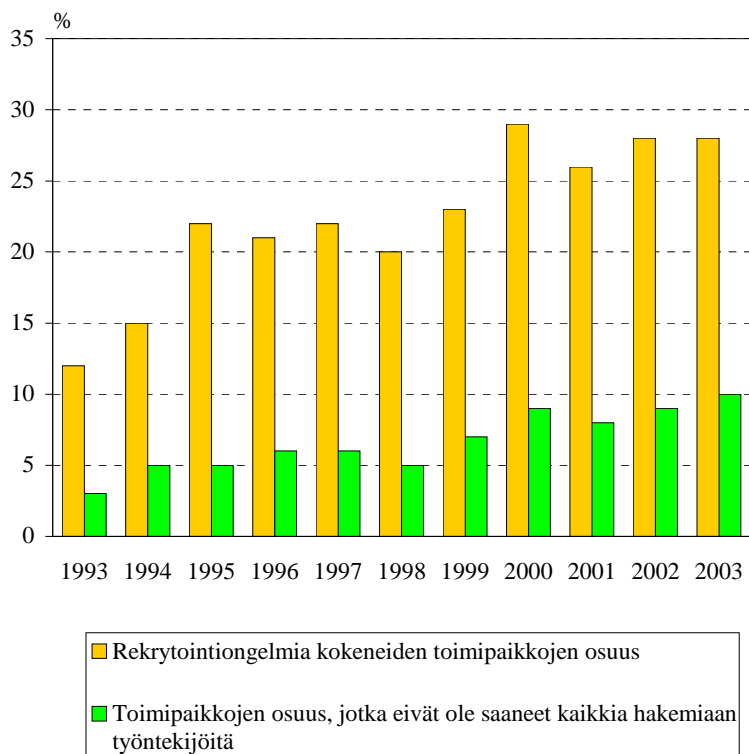
Työvoiman saatavuusongelmia on pidetty vielä melko kohtuullisina. Ne voivat kuitenkin lisääntyä lähivuosina väestön ikärakenteen muutoksen ja nopeutuvan talouskasvun seurauksena. Odotukset työvoiman saatavuuden vaikeutumisesta voivat heikentää yritysten investointihalukkuutta kotimaassa. Vaatimukset osaavan työvoiman saatavuuden takaamiseksi voimistuvat nopeasti työllisyystilanteen parannuttua.

Työmarkkinoiden toimivuutta pyritään parantamaan työvoimapalvelu-uudistuksella sekä työvoima- ja koulutuspoliittisia ohjelmia kehittämällä. Mahdollista työvoimapulaa voidaan myös helpottaa pitämällä työvoima työmarkkinakelpoisina taantumien yli.

Työllisyysasteen nostamiseksi on välttämätöntä vähentää rakenteellista työttömyyttä. Rakenteellinen työttömyys vähenikin nopeasti vuosina 1997–2001. Vuoden 2001 jälkeen vaikeasti työllistyviä<sup>11</sup> henkilöitä on kuitenkin ollut jatkuvasti yli 170 000. Kehitystä selittää osaksi työvoimapolitiittisten toimenpiteiden vaikuttavuuden heikkeneminen. Kun työvoiman kysyntä yleisillä työmarkkinoilla on heikentynyt, työvoimapolitiittisten toimenpiteiden päättäneistä suuri osa on joko palannut työttömiksi tai on aloittanut uuden toimen-

piteen. Vuonna 2003 työllistämistoimenpiteen päättäneistä 52 prosenttia ja työvoimakoulutuksen päättäneistä 44 prosenttia oli kolmen kuukauden kuluttua uudelleen työttömänä.

Kuvio 47. Työvoimaa hakeneista toimipaikoista rekrytointiongelmia tai työvoimapulaa kokeneiden osuudet vuosina 1993-2003



Lähde: Työministeriö, Työvoiman rekrytointi toimipaikoissa 2003

### *Rakenteellisen työttömyyden torjunta*

Vaikein rakennetyöttömyyden osajoukko on yhtäjaksoisesti pitkäaikaistyöttömänä olleet. Käytännössä vain pieni osa heistä sijoittuu avoimille työmarkkinoille ilman erityistoimenpiteitä. Pitkäaikaistyöttömyys näyttää myös kääntyneen nousuun: Joka kuukausi uusia pitkäaikaistyöttömiä tulee noin 5 000 henkilöä. Samanaikaisesti poistumavirta pitkäaikaistyöttömyydestä on pienentymässä.

Taulukko 6. Rakennetyöttömyys tammi-joulukuussa 1997, 2002 ja 2003

	2003	2002	1997	2003-1997	
				muutos	muutos %
a Pitkäaikaistyöttömyys	72400	77700	124600	-52200	-41,9
b Toistuva työttömyys	42700	43700	63200	-20500	-32,4
c Toimenpiteiltä työttömäksi jäävät	40400	36700	58200	-17800	-30,6
d Toistuvasti toimenpiteille sijoittuvat	18600	15600	22600	-400	-17,7
Suppea rakennetyöttömyys (a+b)	115100	121400	187700	-72600	-38,7
Rakennetyöttömyys (a+b+c)	155500	158100	245900	-90400	-36,8
Laaja rakennetyöttömyys (a+b+c+d)	174100	173700	268500	-94400	-35,2
Työttömät työnhakijat yhteensä	288800	294000	409000	-120200	-29,4
Toimenpiteet yhteensä	86800	79300	123400	-36600	-29,7
Laaja työttömyys yhteensä	375600	3733300	532400	-156800	-29,5

Lähde: Työministeriö

Pitkäaikaistyöttömistä noin 60 prosenttia on yli 50-vuotiaita. Nuorilla työttömyys venyy vain harvoin pitkäaikaiseksi, vaikka työttömyys on muutoin nuorilla tavallista. Vuosittain työttömyyden kokee runsaat 120 000 nuorta eli joka viides nuori asoi työvoimatoimistossa työttömänä työnhakijana vuoden aikana vähintään kerran. Myös toistuva työttömyys on nuorilla tavallista, sillä nuorten työttömyysjaksoja päättyy vuosittain yli 200 000. Yli vuoden työttömänä olleita nuoria on työvoimatoimistoissa noin 1 100 henkilöä ja yli puoli vuotta työttömänä olleita noin 5 000.

Hallitusohjelman tavoitteena on, että kaikille nuorille tarjotaan koulutus- työharjoittelutai työpajapaikka kolmen kuukauden työttömyyden jälkeen. Tätä tavoitetta ollaan jo lähestymässä. Erilaisia ”nuorten yhteiskuntatakuun” toimenpiteitä kohdennetaan laajalti nuoriin työttömiin jo työttömyyden alkuvaiheessa. Vuonna 2003 nuorten työttömyysjaksoista noin 78 prosenttia päättyi kolmen kuukauden ja 93 prosenttia puolen vuoden kuluessa. Puolen vuoden työttömyysraja ylittyy kuitenkin vuosittain noin 16 000 nuoren kohdalla, mikä on noin 2,5 prosenttia koko nuoresta väestöstä.

Työvoiman palvelukeskuksilla, työllistämistukien uudistuksella ja sosiaalisilla yrityksillä voidaan osaltaan parantaa vaikeasti työllistyvien työmarkkina-asemaa. Rakenteellisen työttömyyden alentamiseksi tämä ei kuitenkaan riitä. Työvoiman kysyntää avoimilla työmarkkinoilla tulisi saada kohdistumaan voimakkaammin tähän työnhakijoiden ryhmään. Tästä syystä työvoiman kysyntää lisäävät ja yritysten työllistämiskynnystä alentavat uudistukset ovat strategisessa asemassa rakenteellisen työttömyyden torjunnassa.

### 3.3 Työolot ja työkyky

Hyvään työelämän laatuun kuuluu työterveydestä ja työturvallisuudesta huolehtiminen. Paljolti näiden perusasioiden varaan rakentuvat hyvä työkyky ja työn korkea tuottavuus. Työelämän laatu on moniulotteinen ilmiö, jolla on paljon vuorovaikutusta myös työelämän ulkopuolisen maailman kanssa.

Vuosittain laadittavalla työolobarometrilla pyritään seuraamaan myös työelämän laadullisia muutoksia. Vuodesta 1999 lähtien työolobarometrissä palkansaajien työkykyä on mitattu useista tiedoista koostuvan indeksin avulla. Vuoden 2002 Työolobarometrin (lokakuu 2002) mukaan keskimääräinen työkyky oli hieman parantunut edellisiin vuosiin verrattuna. Työkyky vaihtelee eri sektoreilla. Paras työkyky suhteessa työn vaatimuksiin on yksityisen palvelusektorin ja valtion työntekijöillä. Teollisuudessa työskentelevien työkyky jää selvästi matalammaksi kuin palvelusektorilla. Alhaisin työkyky on kuntien ja kuntayhtymien työntekijöillä. Iän kasvaessa keskimääräinen työkyky heikkenee ja työntekijöiden väliset erot kasvavat. Sukupuolten väliset erot työkyvyssä ovat hyvin pienet.

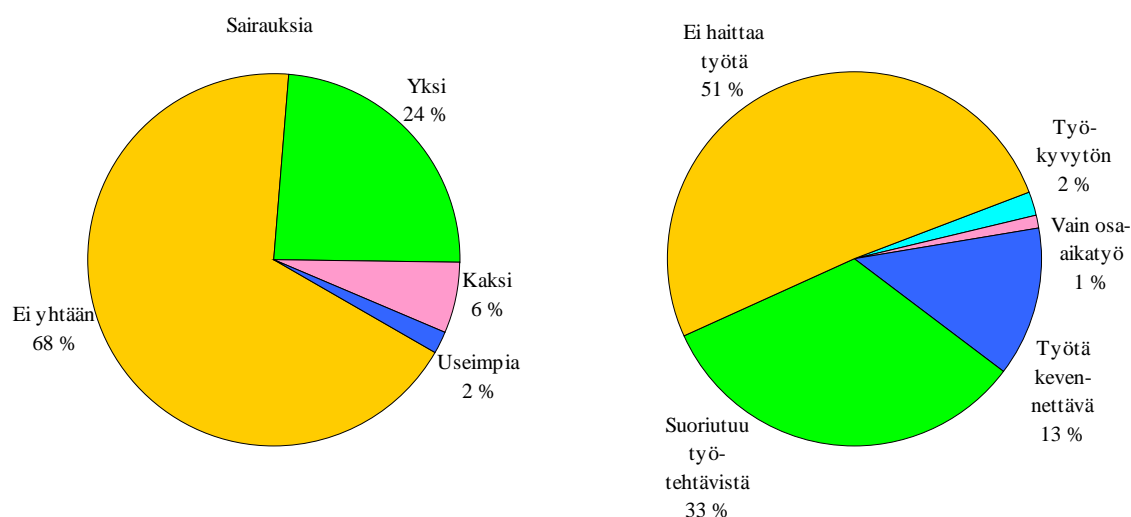
Työolot ovat kehittyneet viimeisten vuosien aikana myönteisesti. Vuoden 2003 työolobarometrin mukaan työelämän tila oli eri mittareilla arvioituna tyydyttävä.

Työterveyslaitoksen Työ- ja terveys –haastattelututkimuksen mukaan 82 prosenttia palkansaajista oli joko erittäin tai melko tyytyväisiä työhönsä, vaikka koettu kiire ja työn henkinen raskaus ovatkin melko yleisiä kuormitustekijöitä. Kiireen kokeminen ja työstressi näyttävät jonkin verran vähentyneen vuodesta 1997 vuoteen 2003.

#### *Pitkäaikaiset sairaudet ja selviytyminen työtehtävistä*

Kahdella kolmasosalla palkansaajista ei ole ainuttakaan lääkärin toteamaa pitkäaikaista sairautta tai vammaa, kolmasosalla yksi tai useampia. Puolet niistä, joilla on jokin pitkäaikainen sairaus tai vamma arvioi, ettei siitä ole haittaa työtehtävissä. Kolmannes arvioi suoriutuvansa työtehtävistään ja joka kymmenes katsoi työtehtävien kevennyksen tarpeelliseksi. Vuodesta 2002 vuoteen 2003 muutokset ovat hyvin pieniä.

Kuvio 48. Pitkäaikaiset sairaudet ja niiden haittaavuus vuonna 2003

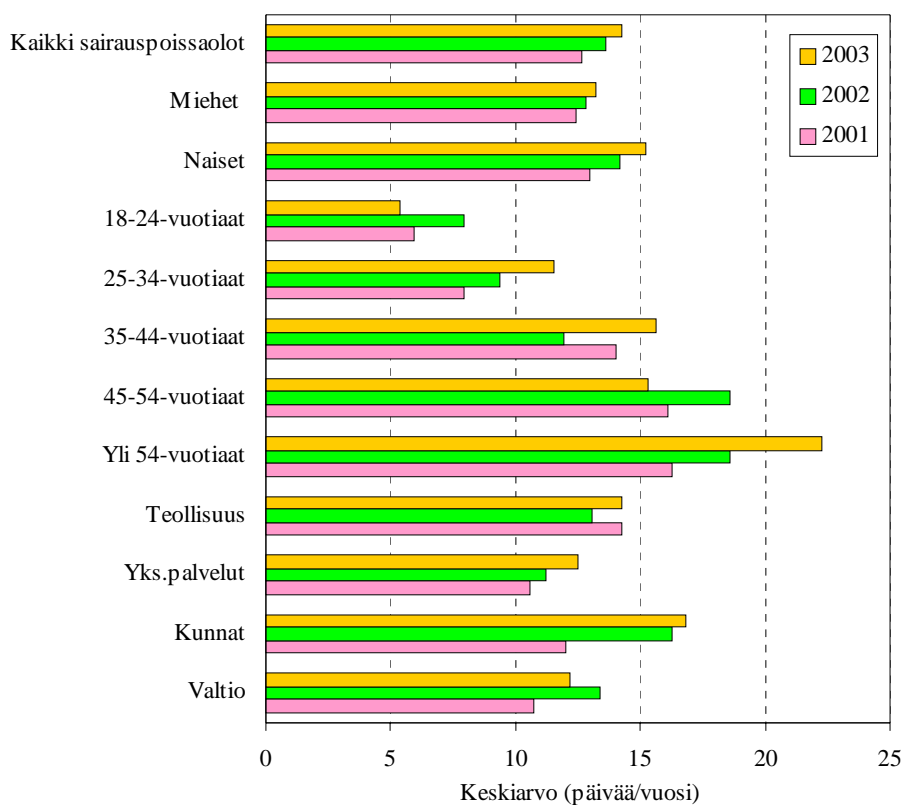


Lähde: Työministeriö, Työolobarometri 2003

*Poissaolot sairauden vuoksi*

Poissaolot oman sairauden vuoksi pidentyivät vuosina 2001-2003. Vuonna 2001 ainakin yhden päivän sairauden takia poissa olleilla oli vuodessa keskimäärin 12,7 poissaolopäivää. Vuonna 2003 vastaava luku oli 14,3 päivää vuodessa. Muutos oli saman suuntainen sekä miehillä että naisilla. Naisilla sairauspoissaoloja on jonkin verran enemmän kuin miehillä. Huomattavalla osalla palkansaajista ei ole lainkaan sairauspoissaoloja. Vuoden 2003 työolobarometrin mukaan noin 40 prosenttia palkansaajista ei ollut sairauden takia päivääkään poissa töistä vuoden aikana. Sairauspoissaolojen määrä vaihtelee myös sektoreittain. Eniten poissaoloja on kuntasektorilla ja vähiten valtion palveluksessa olevilla.

Kuvio 49. Poissaolopäivät oman sairauden takia vuosina 2001-2003  
Mukana vain ne, joilla on ollut sairauspoissaoloja



Lähde: Työministeriö, Työolobarometri 2003

*Vaikutusmahdollisuudet työssä*

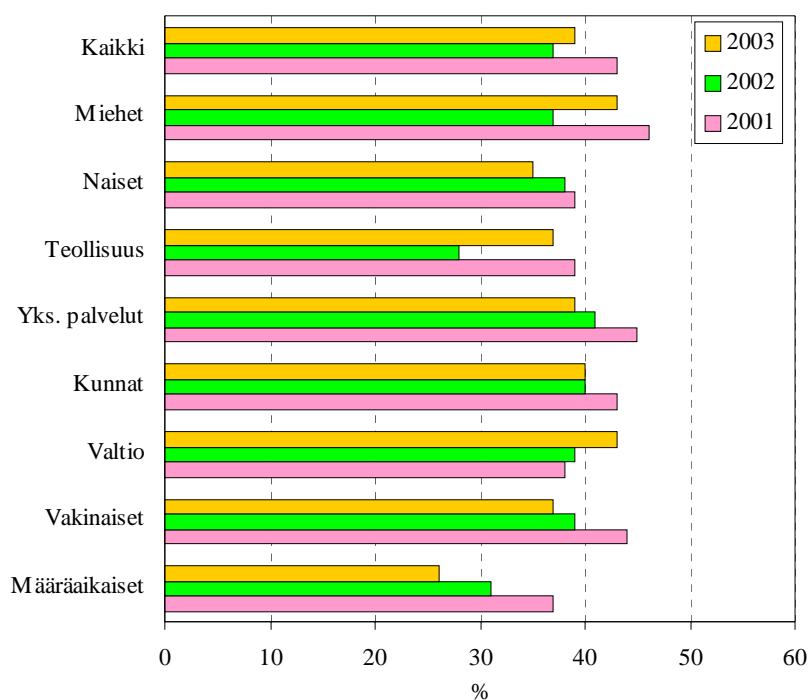
Työssä jaksamiseen vaikuttaa selvitysten mukaan hyvin keskeisesti, kuinka paljon työolosuhteisiin voidaan vaikuttaa. Hyvät vaikutusmahdollisuudet parantavat työstä aiheutu-



van stressin sietokykyä. Hyvä työilmapiiri ja tämän oivaltava työnjohto vaikuttavat päivittäisessä työarjessa ja pidemmällä aikavälillä luovat myönteisen työpaikkakulttuurin. Nämä ovat myös edellytyksiä motivoida työntekijät itse huolehtimaan työkyvystään ja kehittämään osaamistaan.

Vaikutusmahdollisuudet omiin työtehtäviin näyttävät kolmen vuoden työolobarometritulosten nojalla heikentyneen. Miehillä näyttää olevan enemmän vaikutusmahdollisuuksia työtehtäviinsä kuin naisilla. Vakinaisissa työsuhteissa vaikutusmahdollisuudet nähdään suuremmiksi kuin määräaikaissa. Kehitys näyttää molemmissa ryhmissä kulkeneen huonompaan suuntaa.

Kuvio 50. Vaikutusmahdollisuudet työtehtäviin vuosina 2001-2003

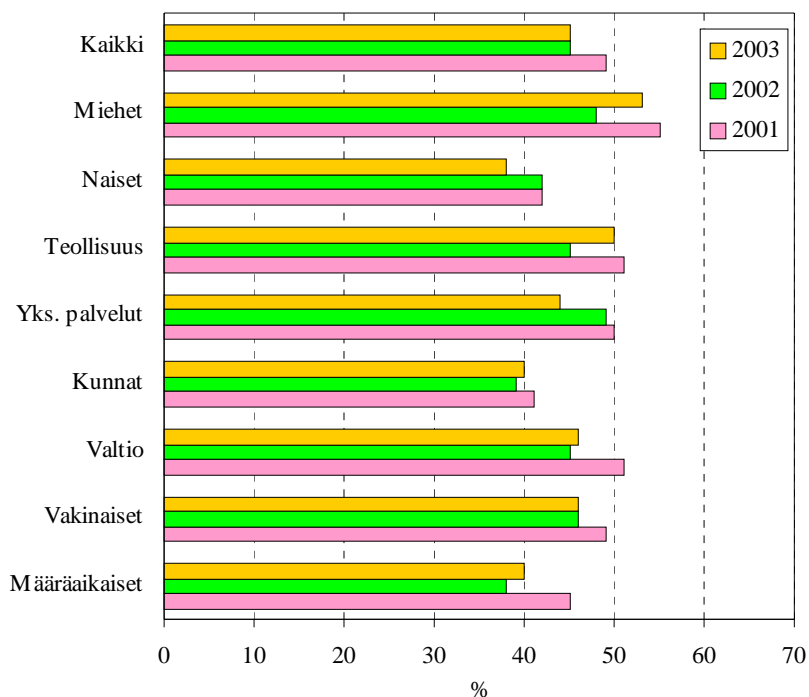


Niiden osuus, jotka voivat vaikuttaa ”paljon” tai ”melko paljon” työtehtäviin

Lähde: Työministeriö, Työolobarometri 2003

Puolet palkansaajista arvioi voivansa vaikuttaa ainakin melko paljon työtahtiinsa. Vaikutusmahdollisuudet näyttävät kuitenkin jonkin verran heikentyneen. Kuva on epäyhtenäinen, sillä miesten vaikutusmahdollisuudet näyttävät ”notkahduksen” jälkeen parantuneen, naisten sen sijaan heikentyneen. Toimialoittain tarkasteltuna tilanne näyttää ongelmallisimmalta kuntasektorilla. Vakinaisilla työntekijöillä vaikutusmahdollisuudet ovat jonkin verran suuremmat kuin määräaikaissa.

Kuvio 51. Vaikutusmahdollisuudet työtahtiin vuosina 2001-2003



Niiden osuus, jotka voivat vaikuttaa ”paljon” tai ”melko paljon” työtahtiin

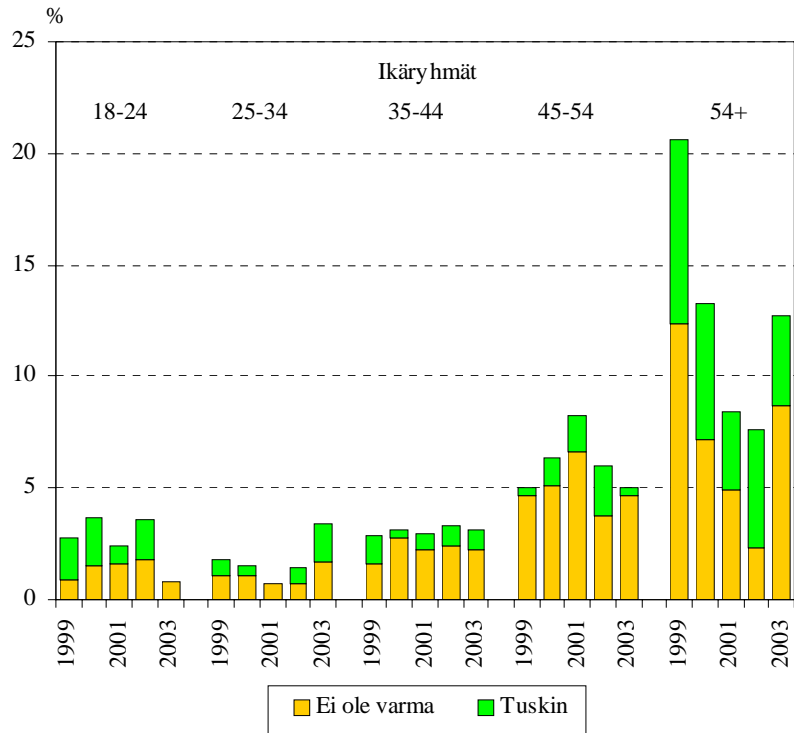
Lähde: Työministeriö, Työolobarometri 2003

### *Työssä jaksaminen*

Vain neljä prosenttia palkansaajista epäilee kykyään jatkaa terveyden puolesta nykyisessä ammatissaan kahden vuoden kuluttua. Epävarmuus on odotetusti suurinta vanhimmissa ikäluokissa. Iäkkäämpien palkansaajien usko työssä jaksamiseen on kuitenkin lisääntynyt nopeasti viime vuosina.

Luvut välittävät tietoa potentiaalisista mahdollisuuksista: Jos terveydelliset seikat eivät näyttele tämän suurempaa osaa työssä jaksamisessa, on työn sisältöä, johtamista ja kannusteita kehittämällä mahdollista vaikuttaa työssä jaksamiseen.

Kuvio 52. Ei usko jaksavansa terveyden puolesta nykyisessä ammatissa kahden vuoden kuluttua



Lähde: Työministeriö, Työolobarometri 2003



## IV Syrjäytymisen ehkäisy ja hoito

### Syrjäytymisen ehkäisyn ja hoidon vaikuttavuustavoitteet

- Pitkäaikaistyöttömyys ja rakennetyöttömyys alenevat
- Toimeentulotuen pitkäaikainen tarve vähenee
- Lapsiperheiden köyhyys alenee
- Lasten ja nuorten ennaltaehkäiseviä terveyspalveluja lisätään
- Päihdehuollon, mielenterveyden ja lastensuojelun palveluita lisätään
- Huumehoitopalvelujen saatavuus paranee
- Hallinnonalojen yhteistyötä syrjäytymisen torjunnassa tiivistetään
- Asunnottomien määrä vähenee

Hallituksen strategia-asiakirjassa merkittävimmiksi keinoiksi syrjäytymisen hallinnassa on mainittu työttömyyden alentaminen, vähimmäisetuuksien tason riittävyys sekä erityisryhmien palveluiden toimivuus. Palveluiden kehittämisessä otetaan huomioon maahanmuuttajien erityisongelmat. Syrjäytymisriskien kasaantuminen edellyttää eri hallinnonalojen tehokasta yhteistyötä. Avaimena on sosiaalityön, yhteispalveluiden ja moniammatillisuuden vahvistaminen. Myös asunnottomuuden vähentämiseen liittyvät toimenpiteet ovat tärkeitä syrjäytymisen ehkäisyn kannalta.

### 4.1 Moniongelmaisuuksien luonteesta

Syrjäytymisellä tarkoitetaan kasaantunutta huono-osaisuutta, jossa yhdistyvät pitkäaikainen tai usein toistuva työttömyys, toimeentulo-ongelmat, elämänhallintaan liittyvät ongelmat ja syrjäytyminen yhteiskunnallisesta osallisuudesta. Syrjäytymiseen voi liittyä sairautta tai vammaisuutta, poikkeavaa käyttäytymistä, rikollisuutta ja päihteiden käyttöä. Mikään yksittäinen ongelma ei sinänsä aiheuta syrjäytymistä, vaan kysy on kasaantuvista ongelmista ja eräänlaisen huono-osaisuuden kehän muodostumisesta. Syrjäytymisessä on kyse moniulotteisista, pitkäaikaisista ongelmista.

Syrjäytymiskiirteen käynnistää usein joko pitkäaikainen työttömyys tai erityisesti nuorten kohdalla vaikeus päästä normaaleille työmarkkinoille. Taustalla voi olla erilaisia terveysongelmia tai sosiaalisia ongelmia. Löyhä työmarkkinakytkentä johtaa toimeentulovaikeuksiin sekä työhön liittyvien sosiaalisten verkostojen puutteeseen. Epävakailla työsuhteilla ja pitkäaikaistyöttömyydellä on heijastusvaikutuksia tukevien ihmissuhdeverkostojen vähyyteen. Solidaarisuuteen perustuvat sosiaaliset verkostot on tärkeitä etenkin työnhaussa. Syrjäytymisriskiä pahentavat usein yksilöä leimaavat mielenterveysongelmat tai päihteiden käyttö. Kulttuurisilla tekijöillä on merkittävä vaikutus siihen, mitä asioita pidetään yksilön kannalta häpeällisinä epäonnistumisina. Myös taloudellinen huono-osaisuus voi

aiheuttaa sosiaalisen huonommuuden tunnetta, joka johtaa eristäytymiseen ja vieraantumiseen normaalista arkielämästä. Lopulta kasaantuvat epäkohdat vievät yksilön syrjäytymiskierteeseen, jossa useat haittatekijät vahvistavat toisiaan olosuhteita kurjistaen.

Syrjäytymiseen kytkettyjen tekijöiden välinen yhteys vaihtelee eri ryhmissä. Esimerkiksi pitkäaikaistyöttömyyden merkitys syrjäytymistä pahentavana ja sosiaalisista verkostoista eristävänä tekijänä on todettu olevan suurempi miehillä kuin naisilla. Syrjäytymisriskit muuttuvat ajassa. Oppimisvaikeuksista kärsivien on aiempaa vaikeampi työllistyä normaaleille työmarkkinoille, mikä voi lisätä tämän ryhmän syrjäytymisriskiä. Työelämän kiristyneet vaatimukset lisäävät mielenterveysongelmista tai päihderiippuvuuksista kärsivien riskiä syrjäytyä. Perheen parissa vietetyn ajan väheneminen voi näkyä lasten ja nuorten häiriökäyttäytymisenä sekä syrjäytymisuhkina.

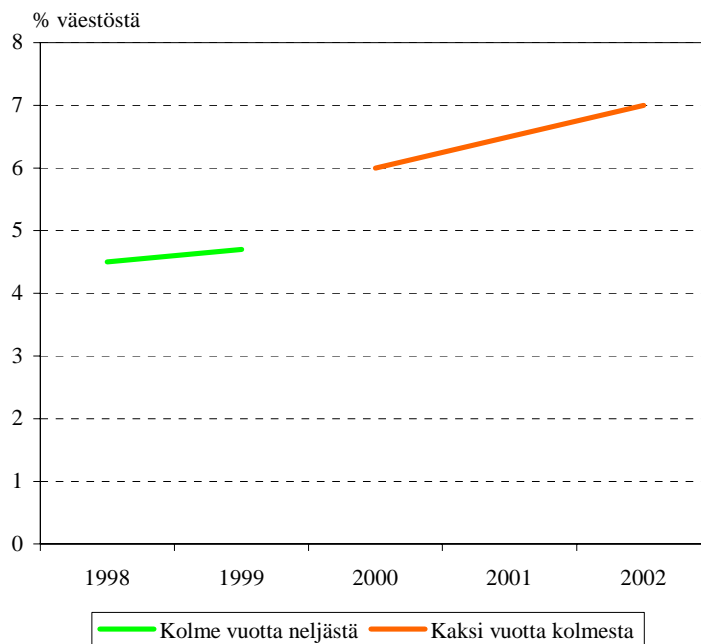
Suomen linja köyhyyden ja syrjäytymisen torjunnassa nojautuu pohjoismaisen hyvinvointivaltion toimintaperiaatteisiin, jotka sisältävät universaalit palvelut ja sosiaaliturvan. Syrjäytymisen ehkäisy perustana on hyvinvointivaltion rakenteiden vahvistaminen ja eri sektorit ylittävien toimintakäytäntöjen kehittäminen. Syrjäytymisen ehkäisyssä on tärkeää kohtuullisen toimeentuloturvan takaaminen, toimivien palveluiden turvaaminen ja terveyden edistäminen, joita käsitellään julkaisun muissa osissa. Syrjäytymiskiirteen katkaiseminen vaatii aikaa ja yksilön koko tilanteen huomioon ottamista. Mitä vaikeammasta ongelmasta on kyse, sitä kalliimmaksi sen hoitaminen koituu yhteiskunnalle. Vaikeasti syrjäytyneillä ihmisillä terveydelliset ja sosiaaliset ongelmat kietoutuvat monimutkaiseksi vyyhdiksi, jonka hoitamiseen tarvitaan monen ammattialan korkeatasoista osaamista. Siksi syrjäytymisen ennalta ehkäisy on yhteiskunnan ja yksilön kannalta paras ja halvin ratkaisu.

## **4.2 Syrjäytymistä kuvaavat indikaattorit ja syrjäytymisen kehitys**

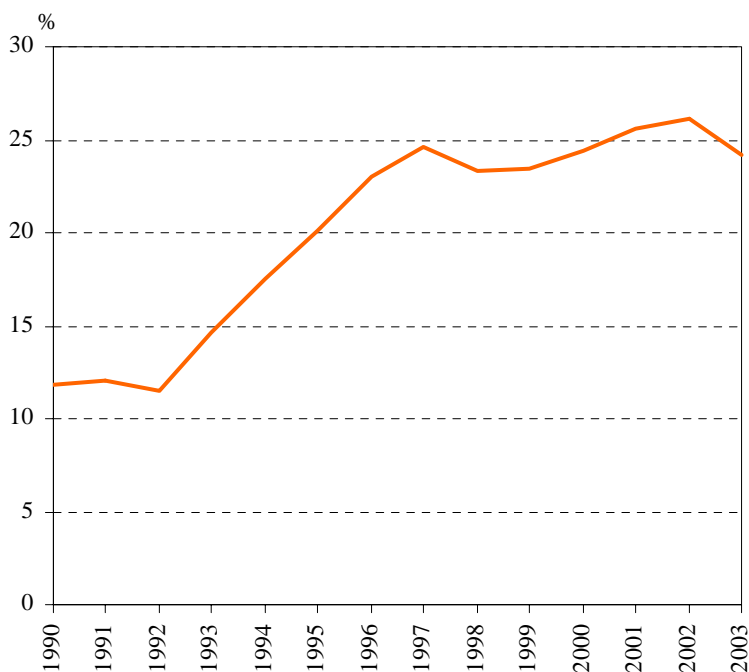
Kokonaiskuvaa syrjäytyneiden joukon kehityksestä on vaikea muodostaa tilastotietoihin nojautuen, koska syrjäytymisessä yhdistyvät useat eri riskit ja yksilökohtaista tietoa riskien kasautumisesta ei ole saatavana. Syrjäytymisriskiä kasvattavien yksittäisten tekijöiden kehitystä tulee siten tarkastella erikseen. Näin saadaan kuva eri riskitekijöiden kehityksestä, jotka voivat yhdessä johtaa vakaavaa syrjäytymiseen. Voidaan olettaa, että tietyissä ryhmissä on automaattisesti suuri joukko yhteiskunnasta eri tavoin syrjäytyneitä. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi vangit ja asunnottomat.

Kun tarkastellaan suhteellista pienituloisuutta, ei pienituloisten osuudessa ole tapahtunut suurta muutosta viime vuosina (ks. tarkemmin luku 5). Sen sijaan syrjäytymisen kannalta tähdellisempi pitkäaikainen köyhyys väestössä on lisääntynyt. Yhä useampi pienituloinen kuuluu pienituloisten joukkoon usean vuoden ajan. Toimeentulovaikeuksien pitkäaikaisesta luonteesta kertoo myös lähes koko vuoden yhtäjaksoisesti toimeentulotukea saavien kotitalouksien osuuden kasvu kaikista tukea saavista kotitalouksista. Taloudelliset ongelmat ovat entistä pysyväisluonteisempia pienituloisten joukossa.

Kuvio 53. Pitkittynyt köyhyys vuosina 1998-1999 ja 2000-2002 (useana perättäisenä vuotena 60 %-köyhyysrajan alittaneiden osuus)

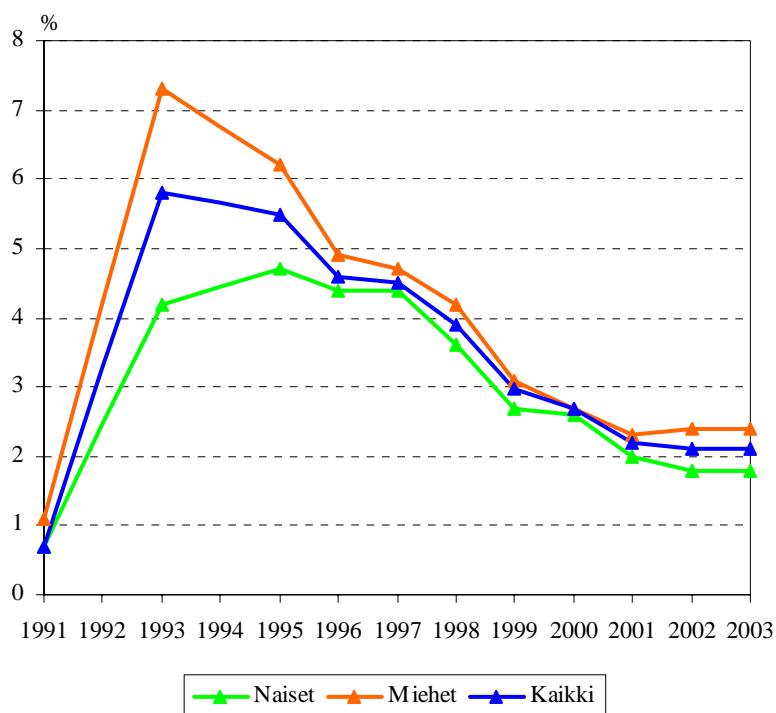


Kuvio 54. Vuoden aikana 10-12 kuukautta toimeentulotukea saaneiden osuus tukea saavista kotitalouksista vuosina 1990-2003



Syrjäytymisriskin kannalta keskeinen pitkäaikaistyöttömien osuus supistui merkittävästi 1990-luvun lopulla, mutta myönteinen kehitys näyttää pysähtyneen noin kahden prosentin osuuteen työvoimasta vuosituhannen vaihteen jälkeen (kuvio 55). Myös niiden työkäisten kotitalouksien osuus, joissa ei ole työllisiä on vähentynyt jonkin verran. Osuus on kuitenkin selvästi korkeampi kuin 1990-luvun alussa (kuvio 56).

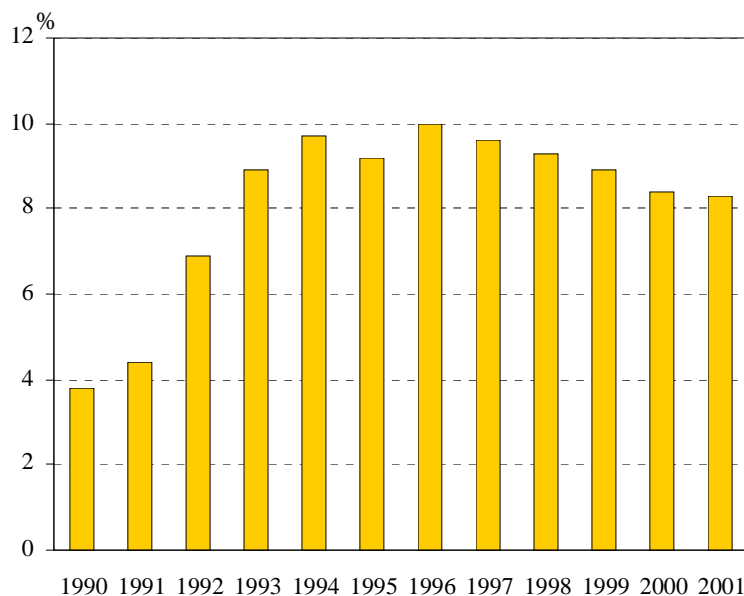
Kuvio 55. Pitkäaikaistyöttömyys vuosina 1991-2003



Yli vuoden työttömänä olleiden osuus työvoimasta



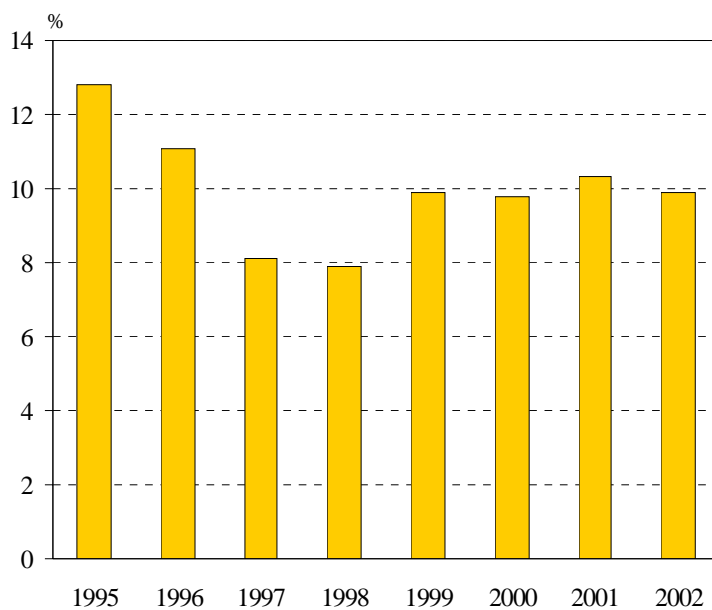
Kuvio 56. Työikäisten kotitalouksien osuus, joissa ei yhtään työllistä vuosina 1990-2001



Määritelmä: Kotitaloudessa vähintään yksi työikäinen (18-59-vuotias) henkilö, mutta ei yhtään työllistä vuoden aikana

Perusasteen jälkeistä koulutusta ilman olevia 18 – 24-vuotiaita nuoria on edelleen noin joka kymmenes ikäluokasta.

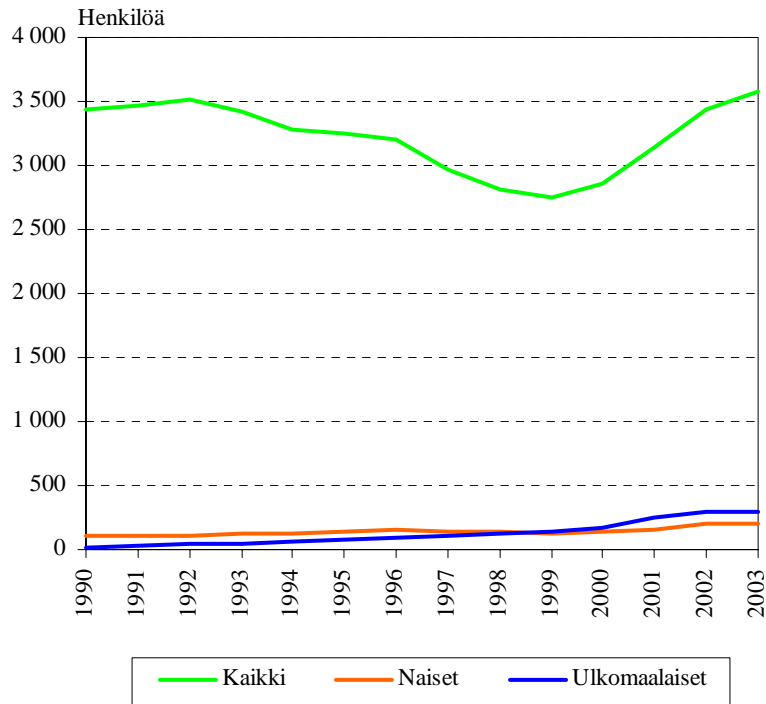
Kuvio 57. Vähäiselle koulutukselle jääneet nuoret,\*) osuus ikäryhmästä 18 -24 – vuotiaat vuosina 1995-2002



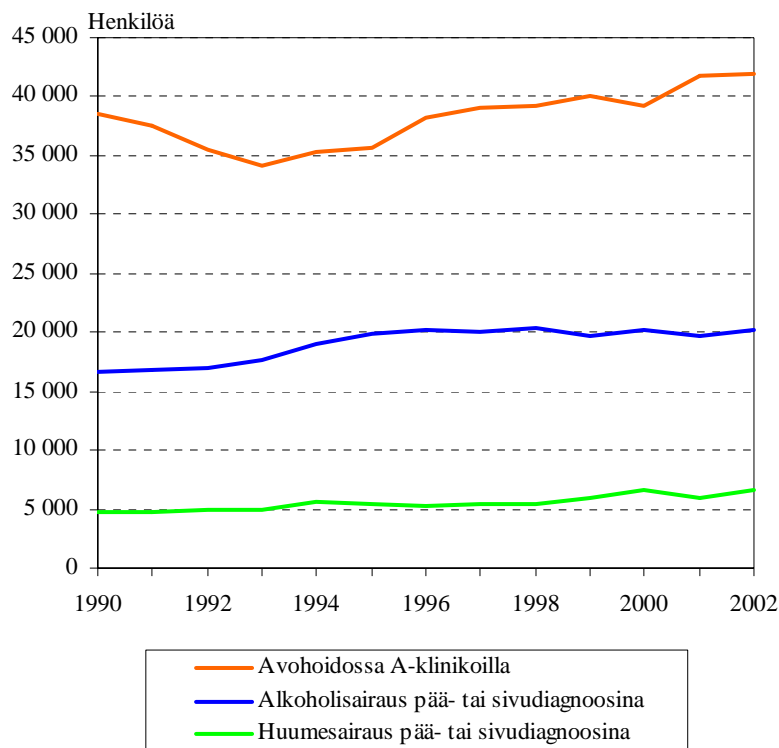
\*) 18-24 -vuotiaat, jotka eivät ole missään koulutuksessa ja joilla on vain perusasteen koulutus

Vankien lukumäärä Suomessa on kääntynyt jälleen kasvuun. Samalla ulkomaalaisten vankien määrä vankiloissamme on lisääntynyt. Vangeista valtaosa on miehiä.

Kuvio 58. Vankien lukumäärä keskimäärin vuoden aikana vuosina 1990-2003

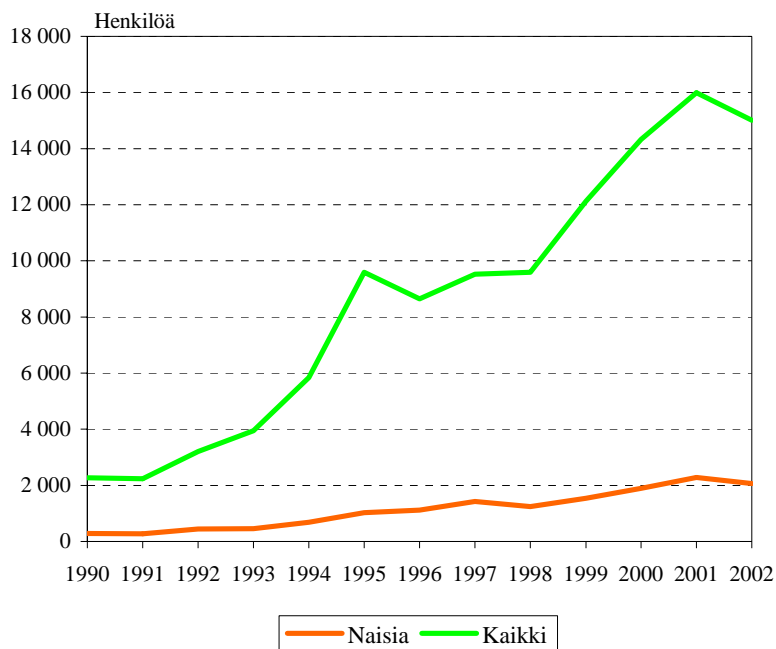


Kuvio 59. Alkoholi- ja huumesairauksien takia sairaaloissa hoidetut ja avohoidossa olleiden määrä vuosina 1990-2002



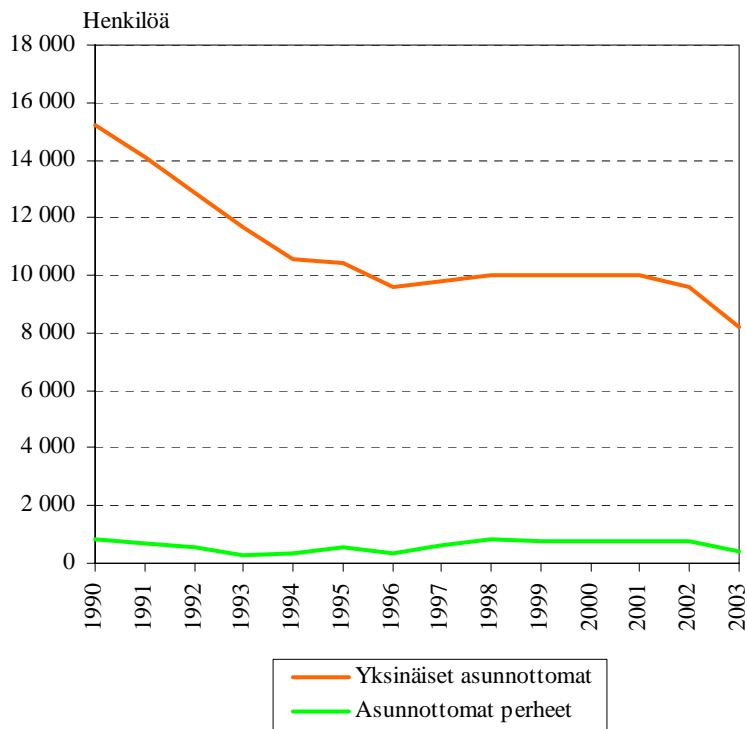
Huumeiden ja alkoholin käytön lisääntymien näkyy sekä hoidettujen potilaiden määrässä (kuvio 59) että huumausainerikosepäilyjen kasvussa (kuvio 60).

Kuvio 60. Huumausainerikoksista epäiltyjen määrän kehitys vuosina 1990-2002

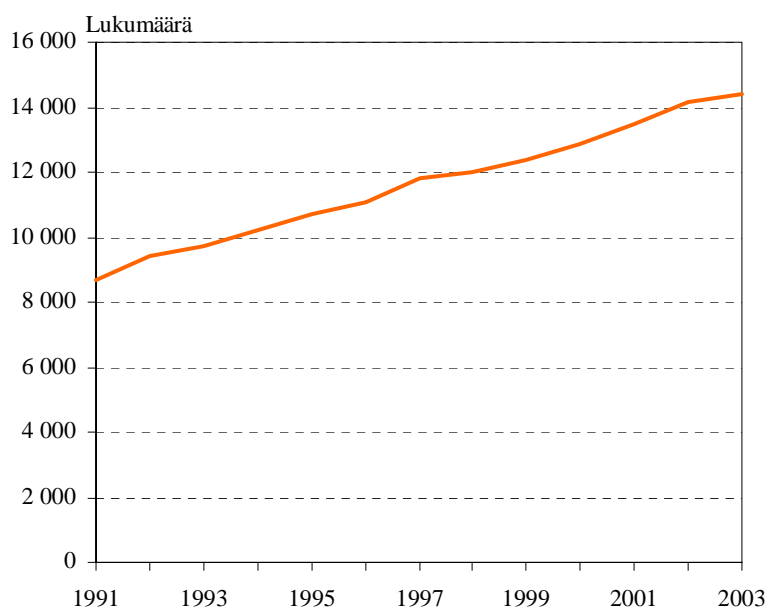


Asunnottomien määrä on saatu laskemaan. Asunnottomista valtaosa on edelleen yksin eläviä miehiä.

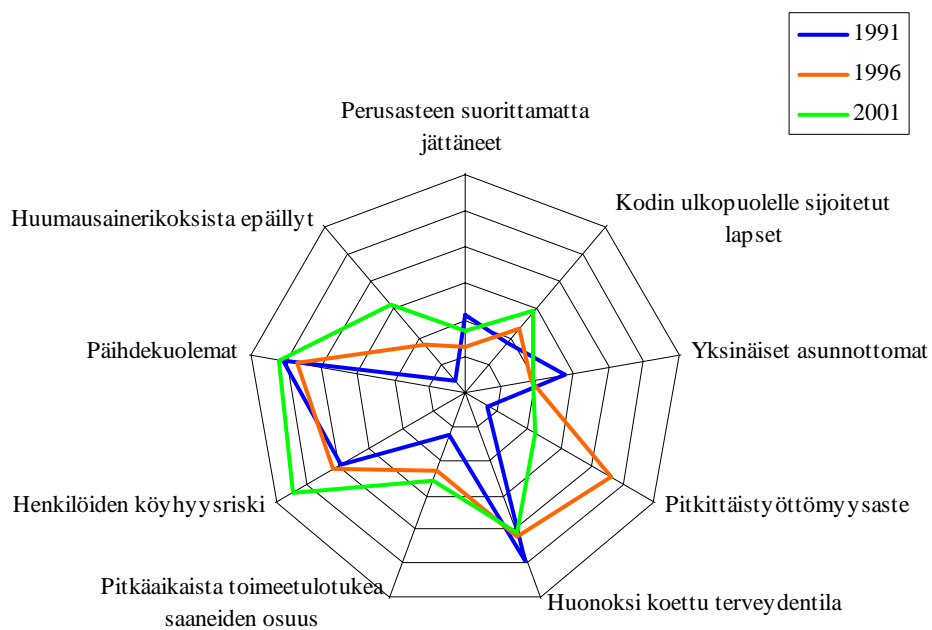
Kuvio 61. Asunnottomien määrän kehitys vuosina 1990 – 2003



Kuvio 62. Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret vuosina 1991 –2003



Kuvio 63. Syrjäytymisen riskitekijöiden kehitys Suomessa<sup>12</sup>



Syrjäytymisen eri riskiolottuvuuksilla ei ole viime vuosina tapahtunut suuria muutoksia. Toimeentulovaikeudet ja työttömyys ovat hellittäneet 1990-luvun lamavuosista, mutta 1990-luvun alun hyvää tilannetta ei ole saavutettu. Ongelmien pitkäaikaistuminen on huolestuttava merkki, koska se kasvattaa merkittävästi syrjäytymisriskiä. Myönteistä kehitystä on ollut nähtävissä asunnottomien määrän supistumisessa ja pitkäaikaistyöttömien osuuden vähenemisessä. Huolta herättää päihteiden käytön lisääntymisestä aiheutuvien ongelmien paheneminen sekä kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrän kasvu. Syrjäytymisriskit ovat yleisempiä miesten kuin naisten keskuudessa. Syrjäytymisen ehkäisy ja hoito vaativat eri hallinnonalojen määrätietoista ja tiivistä yhteistyötä, koska ilmiöön vaikuttavat useilla sektoreilla tapahtuva kehitys ja niillä tehtävä työ. Tuloksia voidaan kuitenkin arvioida vasta varsin pitkän ajan kuluttua.

Syrjäytymisen vähentämisen kannalta tärkeimpiä hallituksen käynnistämiä ohjelmia ovat kansallinen terveystyöprojekti ja kansallinen sosiaalialan kehittämissuunnitelma, työmarkkinoille pääsyn helpottamiseksi toteutettavat toimenpiteet ja uudistukset, asunnottomuuden vähentämiseen tähtäävät ohjelmat sekä oppilashuollon ja opinto-ohjauksen kehittäminen. Merkittäviä hankkeita syrjäytymisen ehkäisyssä ovat varhainen puuttuminen lasten ja nuorten ongelmiin, maahanmuuttajien kotouttamisen tukeminen sekä hankkeet, jotka liittyvät kansallisten alkoholi- ja huumausaineohjelmien toimeenpanoon ja rikollisuuden ehkäisyyn. Eri ohjelmien ja hankkeiden välillä vaaditaan tiivistä yhteistyötä ja koordinoitua tulosten varmistamiseksi. Euroopan unionin rakennerahasto-ohjelmista kuten Equal –ohjelmasta on saatu tukea syrjäytymisen ehkäisyhankkeiden toteutukseen.

Kunnilla on merkittävin vastuu Suomessa syrjäytymisen ehkäisystä ja tilanteen korjaamiseksi vaadittavista toimenpiteistä. Myös kolmannen sektorin järjestöillä ja kirkolla on tärkeä rooli. Euroopan unionin köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisessa yhteistyössä korostetaan kaikkien toimijoiden yhteistyötä. Syrjäytymistä aiheuttavien monimutkaisten mekanismien erittely, niihin vaikuttaminen sekä tilanteen seuranta ovat osoittautuneet vaikeiksi haasteiksi. Kuitenkin yhteiskunnan yhteenkuuluvuuden ja yhteiskuntarauhan edistämiseksi syrjäytymisen torjunta on keskeistä. Hyvät käytännöt ovat usein hyvin tilannesidonnaisia. Palvelujärjestelmien toimivuuden ohella myös taloudessa ja työelämässä tapahtuvat muutokset vaikuttavat pitkällä aikavälillä yhteiskunnallisen osattomuusilmiön yleisyyteen.

### **4.3 Köyhyyden ja syrjäytymisen vastainen kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2003 – 2005**

Euroopan unionin jäsenmaat laativat vuoden 2003 kesään mennessä kansalliset köyhyyden ja syrjäytymisen vastaiset toimintasuunnitelmat. Laadittavat toimintasuunnitelmat perustuvat jäsenvaltioiden yhdessä sopimiin köyhyyden ja syrjäytymisen torjunnan tavoitteisiin. Nizzassa hyväksytyjen yhteisten tavoitteiden neljä päälinjausta ovat:

- edistää työelämään osallistumista sekä turvata resurssien, oikeuksien, hyödykkeiden ja palveluiden saatavuus kaikille ihmisille

- ehkäistä syrjäytymisriskejä
- tukea heikoimmassa asemassa olevia
- lisätä ja edistää kaikkien toimijoiden yhteistyötä.

Suomen kansallisessa suunnitelmassa esitetyt strategiat, tavoitteet ja toimenpiteet perustuvat hallitusohjelmaan, valtion menoja koskevaan valtion talouden kehukseen vuosiksi 2004-2007, sosiaali- ja terveysministeriön laatimiin sosiaali- ja terveystalouden vuoteen 2010 ulottuviin strategioihin sekä eri toimijoiden ohjelmiin. Kansalliseen köyhyyden ja syrjäytymisen vastaiseen suunnitelmaan sisältyvät toimenpiteet toteutetaan pääosin hallituksen muihin ohjelmiin, hankkeisiin ja lainsäädäntötyöhön liittyen.

Suomen kansallisessa köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisessa toimintasuunnitelmassa tunnistettiin syrjäytymisen uhan kannalta erityiset riskiryhmät. Riskiryhmiin kuuluviksi luettiin pitkäaikais- tai toistuvaistyöttömät, vammaiset ja vajaakuntoiset, epävakaisissa oloissa elävät lapset, vaikeasti työllistyvät maahanmuuttajat, pitkäaikaissairaat, päihdeongelmaiset, väkivallan kohteeksi joutuneet lapset ja prostituoidut, ylivelkaantuneet, asunnottomat, rikoksista rangaistut sekä romanit. Syrjäytymisen riski on sitä suurempi, mitä useampaan riskiryhmään yksilö kuuluu. Riskiryhmien syrjäytymisen ehkäisyn tavoitteet ja toimenpiteet ilmenevät laaditusta toimintasuunnitelmasta. Lisääntyneet mielenterveyden ongelmat ja hallitsematon päihteiden käyttö ovat yhä useammin syrjäytymisriskiä kasvattavina taustatekijöinä.

Syrjäytymisen hoidossa korostuvat yksilökohtaiset räätälöidyt toimenpiteet ja toiminnan pitkäjänteisyys. Syrjäytymiselle annetut kulttuuriset merkitykset heijastavat myös yhteiskunnan arvoja. Syrjäytymisen hoidossa törmätään toisaalta yksilön vastuuta ja vapautta korostavien näkemysten, toisaalta yhteisvastuun ja yhteisön puuttumisen tarpeen väliseen ristiriitaan. Vaikka syrjäytymisessä on kyse usean osatekijän yhteisvaikutuksesta, kiinnittyy yhteiskunnan huomio etenkin työmarkkina-asemaan ja työelämästä syrjäytymiseen. Yhteiskunnallisessa keskustelussa sosiaalisten verkostojen ja lähiyhteisön merkitys jää helposti työmarkkinoilla suoriutumisen varjoon. Syrjäytymisen ehkäisyssä tulee edesauttaa työelämässä selviytymistä monin tavoin, mutta syrjäytymisen muut ulottuvuudet ansaitsevat myös huomiota. Työelämän ulkopuolelle syystä tai toisesta jääneiden hyvinvointia voidaan tukea sosiaalisia verkostoja vahvistamalla ja edesauttamalla ihmisten kiinnittymistä normaaleihin arjen rakenteisiin. Yksilön oman elämänhallinnan ja elämänlaadun parantamiseen tähtäävällä sosiaalityöllä ja sosiaalisella kuntoutuksella on kasvava merkitys työssä, joka tähtää syrjäytyneiden palauttamiseen yhteiskunnan täysivaltaisiksi jäseniksi. On hyvä panna merkille, että syrjäytymiskierteen katkaisu vaatii usein varsin voimakasta ulkopuolista puuttumista ja väliintuloa ongelmatilanteisiin. Ongelmien pitkittymisen vuoksi henkilön omat voimavarat tilanteen korjaamiseksi ovat jo ehtyneet. Avohoittoa korostava lähestymistapa ei ole tällöin käypä ratkaisu vakavan syrjäytymistilanteen korjaamiseksi.

## V Toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva

### **Toimivien palvelujen ja kohtuullisen toimeentuloturvan vaikuttavuustavoitteet**

- Parannetaan sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuutta ja laatua
- Sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuus suomeksi ja ruotsiksi turvataan
- Mahdollisuuksia saamenkielisiin sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluihin kehitetään
- Turvataan henkilöstön riittävyys
- Uudistetaan palvelujen järjestämisen rakenteita
- Vahvistetaan seudullista yhteistyötä
- Varmistetaan palvelujen kestävä rahoitus
- Edistetään vammaisten mahdollisuutta toimia yhteiskunnassa
- Taataan riittävä vähimmäisturva ja kohtuullinen ansioturva
- Turvataan sosiaalivakuutusten kestävä rahoitus

### **5.1 Toimivat palvelut**

#### **5.1.1 Sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämistavoitteet**

Hallitusohjelman tavoitteena on turvata väestön tarpeiden mukaisten kunnallisten palvelujen tasa-arvoinen saatavuus, laatu ja riittävä määrä kohtuullisella vero- ja maksurasitteella. Julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvastuu on kunnilla ja niiden rahoitus perustuu pääosin valtionosuuteen ja kuntien verotuloihin. Laadukkaiden ja riittävien palvelujen tuottamisessa ja kehittämisessä tulee käyttää apuna tietoteknologiaa, seudullista yhteistyötä sekä toimivia työnjako- ja hoitoketjukäytäntöjä. Uusien palvelujen tuotantotapojen ja teknologia- ja tuotantokehityksen merkitys arvioidaan suureksi sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Henkilöstön riittävyyteen vaikutetaan lisäämällä alojen houkuttelevuutta työpaikkana.

Valtioneuvoston sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma vuosiksi 2004-2007 sisältää hallitusohjelmaa tarkentavat tavoitteet ja tarvittavat toimenpiteet, suositukset ja ohjeet. Ohjelma on suunnattu erityisesti kunnille ja siinä huomioidaan kehittämishankkeiden palvelujen kehittämistavoitteet, ehkäisevä sosiaali- ja terveydenhuolto sekä palvelujen kehittäminen poikkihallinnollisesti. Sosiaali- ja terveystalvelupolitiikan kehittämisen painotukset on linjattu Sosiaalialan kehittämishankkeessa ja Kansallisessa terveydenhuollon hankkeessa. Terveystalveluja kehitetään valtion ja kuntien yhteistyönä sekä ottamalla huomioon järjestöjen ja yksityisen sektorin toiminta. Sosiaali- ja terveystalveluministeriön hallinnonalan toiminta- ja taloussuunnitelmassa vuosille 2005-2008 on listattu toimivien palvelujen vaikuttavuustavoitteet seuraavasti.

Kansallinen terveydenhuollon hanke sisältää toimenpide-ehdotuksia terveystalouden kehittämiseksi. Hankkeessa on yhteensä 40 osahanketta, jotka jakaantuvat seuraaviin hankekokonaisuuksiin:

- terveyden edistäminen ja ehkäisevä terveydenhuolto
- hoitoon pääsyn turvaaminen
- henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen
- toimintojen ja rakenteiden uudistaminen
- terveydenhuollon toimintakäytäntöjen kehittäminen
- terveydenhuollon rahoituksen vahvistaminen

Sosiaalialan kehittämishankkeen tavoitteena on:

- vanhustenhuollon, vammais- ja päihdehuollon palvelujen sekä lapsi- ja perhepoliittisten etuuksien ja palveluiden sekä sosiaalityön kehittäminen
- palvelujen saatavuuden turvaaminen, palvelujen laadun kehittäminen ja palvelurakenteiden uudistaminen
- henkilöstön riittävyyden ja osaamisen turvaaminen
- riittävän rahoituksen turvaaminen

Kuntien tehtävien ja velvoitteiden rahoituksen tasapainoa parannetaan hallituskauden pituisella valtion ja kuntien välisellä peruspalveluohjelmalla ja siihen liittyvällä vuosittaisella peruspalvelubudjetilla. Peruspalveluohjelman tarkoituksena on edistää palvelujen saatavuutta, tehokasta tuottamista ja kehittämistä sekä selvittää, miten voidaan turvata peruspalveluiden kestävä ja tasapainoinen rahoitus. Lisäksi arvioidaan eri toimenpiteitä, joilla tasapainotetaan kuntien velvoitteiden ja rahoituksen suhdetta, kehitetään peruspalveluita koskevan lainsäädännöstä ja rahoitusjärjestelmien valmistelusta vastaavien ministeriöiden yhteistyötä sekä parannetaan valtion ja kuntien yhteistyötä. Ohjelman pääpaino on sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetus- ja kulttuuritoimen lakisääteisissä valtionosuusjärjestelmän piiriin kuuluvissa palveluissa.

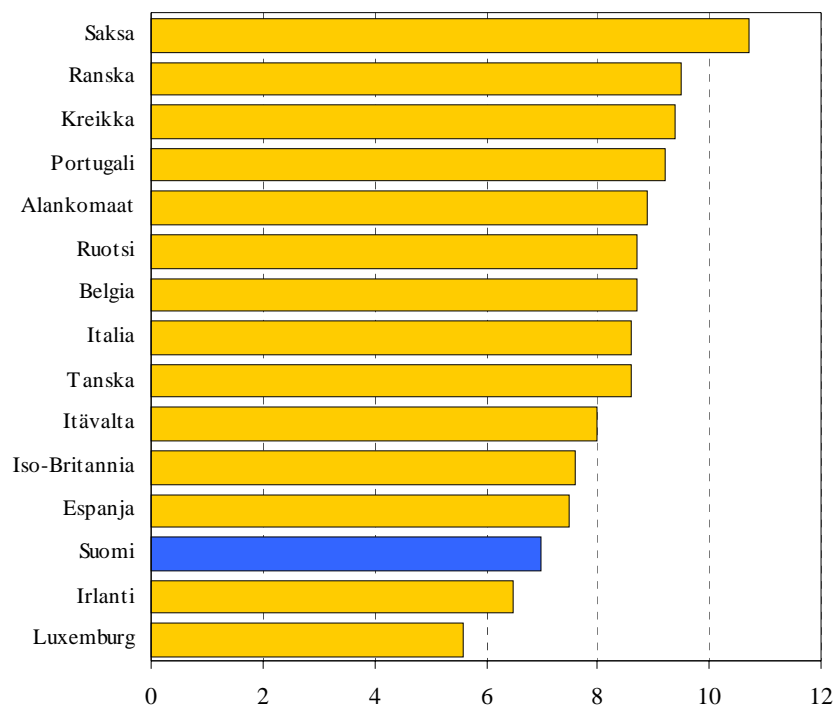
Sosiaali- ja terveystalouden tärkeimpänä vaikuttavuustavoitteena ja yleislähtökohdaksi on palvelujen saatavuuden ja laadun parantaminen. Tämä edellyttää tulevaisuudessa ennen kaikkea henkilöstön riittävyyden ja palvelujen kestävä rahoituksen turvaamista. Nämä osatavoitteet sisältyvät myös kansalliseen terveydenhuollon hankkeeseen ja sosiaalialan kehittämisohjelmaan. Terveystalouden- ja sosiaalihuollon palvelurakenteen kehittämistä tarkasteltaessa on hyvä muistaa, että väestön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta palvelujärjestelmien lisäksi tärkeitä tekijöitä ovat yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen erilaiset valinnat ja toiminnat.



### 5.1.2 Terveydenhuoltomenojen kehitys

Terveydenhuollon kokonaismenojen osuus Suomen bruttokansantuotteesta oli 7,3 prosenttia vuonna 2002. Tämä oli 0,3 prosenttiyksikköä enemmän kuin edellisellä vuonna. Menojen bruttokansantuoteosuus kääntyi nousuun vuonna 2001 usean vuoden laskusuunnan jälkeen. Syynä tähän oli menojen lisäyksen ohella BKT:n kasvuvauhdin selvä hidastuminen. Terveydenhuoltomenojen BKT-osuus on selvästi EU-maiden keskiarvoa pienempi. Myös terveydenhuoltomenot asukasta kohti ovat EU-maiden pienimpiä.

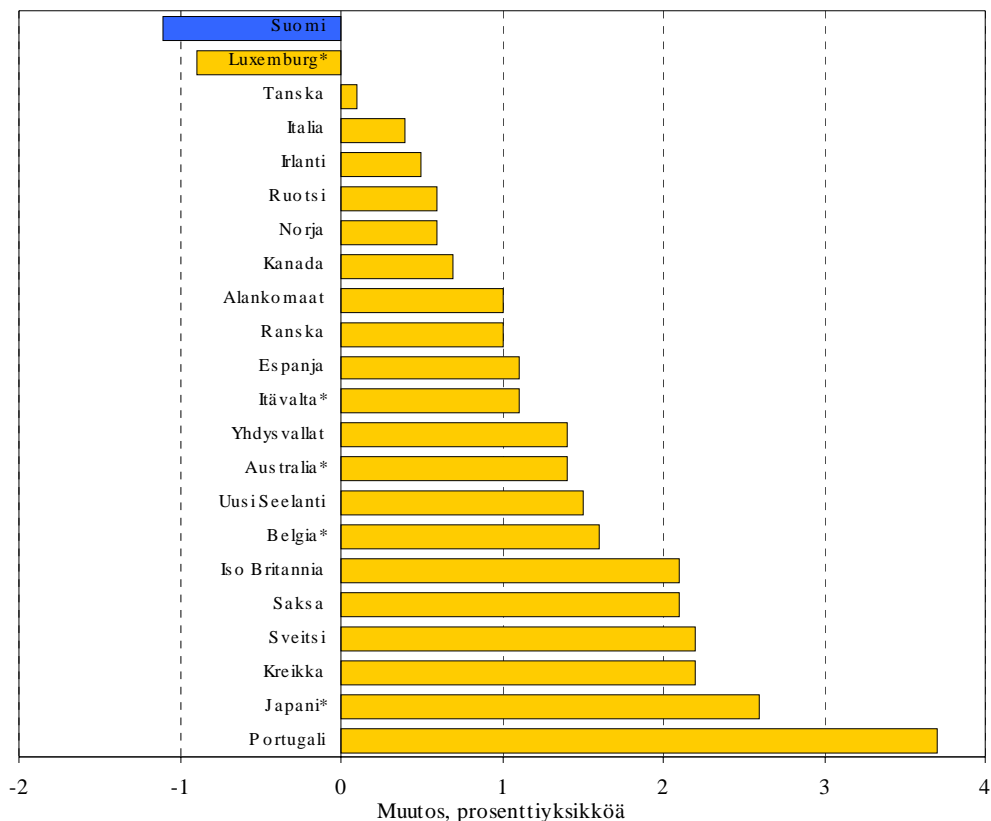
Kuvio 64. Terveydenhuoltomenot EU-maissa vuonna 2000/2001, % BKT:stä



Lähde: OECD Health Data 2003

Vaikka terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotteeseen on pienentynyt viime vuosikymmenen alkuun verrattuna, ovat menot kasvaneet reaalisesti vuodesta 1995 alkaen. Lisäksi terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet muita julkisia menoja nopeammin.

Kuvio 65. Terveystuotteen BKT-suhteen muutos 1990-2001, prosenttiyksikköä



\*1990-2000. Lähde: OECD Health Data 2003

Erityisesti lääkemenojen kasvu on ollut nopeaa, viime vuosikymmenen alusta lääkemenot ovat kasvaneet reaalisesti noin 5 prosenttia vuodessa. Lääkemenojen jakauma apteekki- ja sairaalalääkkeiden välillä ei ole merkittävästi muuttunut 1990-luvun alusta lääkemenojen tukkumyynnin jakautumisen perusteella; apteekkien osuus tukkumyynnin kokonaisarvosta on pysytellyt noin 80 prosentissa ja sairaaloiden osuus noin 20 prosentissa.<sup>13</sup>

Taulukko 7. Lääke- ja farmasiatuotemenot ja niiden muutos edellisvuodesta 1990–2002 vuoden 2002 rahassa, milj. €

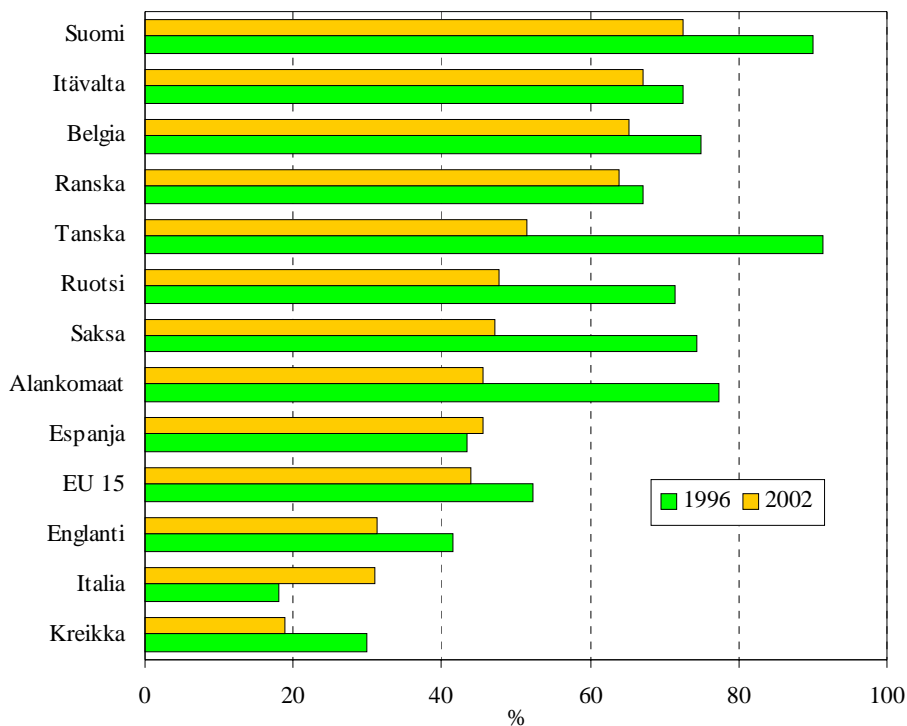
Vuosi	Milj. euroa	Muutos %
1990	931,6	
1991	991,0	6,4
1992	1 033,4	4,3
1993	1 074,6	4,0
1994	1 128,5	5,0
1995	1 203,1	6,6
1996	1 267,1	5,3
1997	1 323,1	4,4
1998	1 308,8	-1,1
1999	1 364,5	4,3
2000	1 428,1	4,7
2001	1 525,6	6,8
2002	1 620,9	6,2

Lähde: Stakes, Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2002. Tilastotiedote 5/2004.

### 5.1.3 Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen saatavuus ja laatu

Terveydenhuoltomenojen BKT-suhteen ja asukasta kohti tarkasteltujen menojen pienuutta voidaan tulkita kahdella tavalla. Positiivisen näkemyksen mukaan Suomessa on keskimääräistä tehokkaampi järjestelmä, koska kattavat ja laadukkaat palvelut, joihin suuri osa asiakkaita on tyytyväisiä, saadaan tuotettua näin pienellä panoksella. Tätä tulkintaa voidaan perustella sillä, että tutkimusten mukaan suomalaiset ovat EU-kansalaisista kaikista tyytyväisimpiä terveystalouden palveluihin eivätkä he haluaisi suuria muutoksia järjestelmään (kuvio 66). Myös vertailtaessa terveydenhuollon avulla vältettävissä olevaa kuolleisuutta<sup>14</sup>, kuuluu Suomen kuolleisuusluku EU-maiden alhaisimpien joukkoon (kuvio 67).

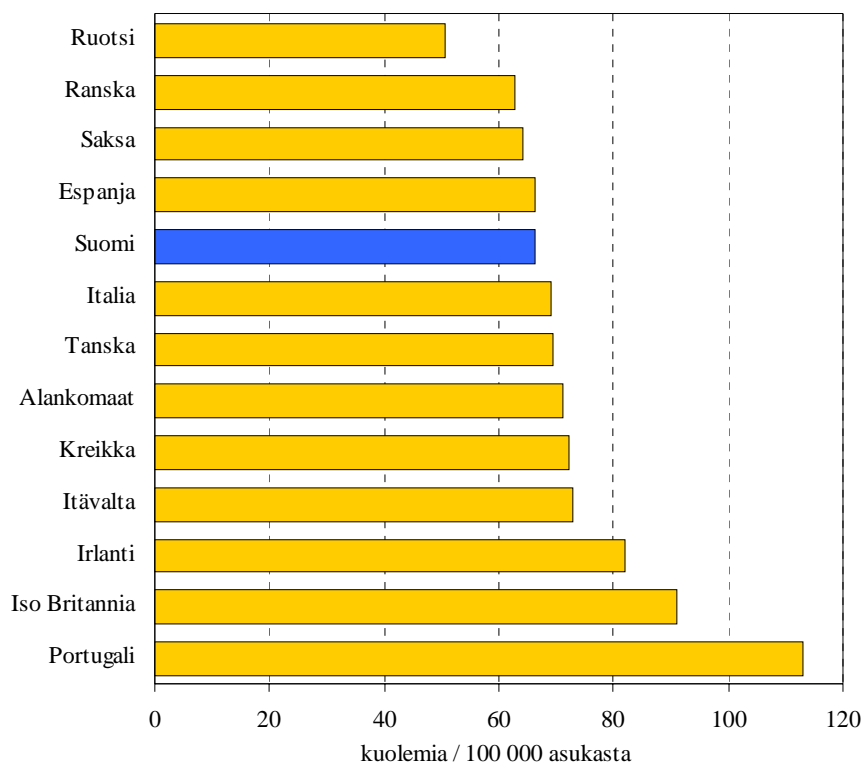
Kuvio 66. Kansalaisten näkemys terveydenhuollon toimivuudesta 1996 ja 2002, toimii hyvin tai tarvitsee vain pieniä muutoksia, %



Lähde: Eurobarometer 2003. Euroopan Komissio

Kriittisemmän näkemyksen mukaan on myös perusteltua arvioida sitä, onko Suomessa viime vuosina käytetty riittävästi rahaa terveydenhuoltoon. Tätä näkemystä tukevat erikoissairaanhoidon pitkät jonotusajat Suomessa muihin Euroopan maihin verrattuna (Taulukko 8).<sup>15</sup> Lisätarpeet on tunnistettu myös poliittisesti, sillä hallitus on ohjannut lisävoimavaroja terveydenhuoltoon hallitusohjelman ja kansallisen terveysohjelman puitteissa. Joka tapauksessa terveydenhuollon menojen lisääntymiseen kohdistuvat paineet on tunnistettava, jotta tulevaisuudessa voitaisiin toisaalta turvata palvelujen laatu ja saatavuus ja toisaalta turvata riittävät voimavarat.

Kuvio 67. Ikävakioitu vältettävissä oleva kuolleisuus eräissä EU-maissa



Lähde: Mossialos, E. CHES-online 1/2004, 11. Stakes, Terveystaloustieteen keskus - CHES. Alkuperäislähde: Nolte E ja McKee M. Measuring the Health of Nations: Analysis of Mortality Amenable to Health Care. BMJ Nov 2003, 327, 1129–1130

Taulukko 8. Jonotusaikojen keskiarvot (päivää) leikkaustyypeittäin eri Euroopan maissa vuonna 2000

	Lonkan tekonivel- leikkaus	Polven teko- nivel- leikkaus	Kai- hi- leik- kaus	Suoni- kohju- leik- kaus	Koh- dun pois- to	Etu- rauhas- leik- kaus	Sappira- kon pois- toleikkaus	Tyrä- leik- kaus	Sepelval- timoiden ohitus- leikkaus	Sepelval- timoiden pallolaa- jennus
Australia	163	201	179	216	54	69	83	87	44	
Tanska	112	112	71	99			75	73		
<b>Suomi</b>	206	274	233	280	100	81	159	125	42	30
Norja	133	160	63	142	64	75	103	109	46	53
Alanko- maat	96	85	111	107	61	60	71	75		18
Espanja	123	148	104	117	102	62	107	102	39	81
Ruotsi			199							
Iso- Britannia (Englanti)	244	281	206	227	159	52	156	150	213	80

Lähde: Siciliani, L ja Hurst, J. (2003): Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. OECD Health Working Papers No 7

Palvelujen saatavuuteen vaikuttavat taloudellisten ja henkilöstöresurssien riittävyys, henkilöstön ammattitaito, toimintakäytännöt sekä viestinnän ja tiedonvälityksen menetelmät. Saatavuus vaihtelee sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä alue- että tauti-/asiakasluokittain.

Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen tutkimusraportissa 'Yhteistyöllä ja kilpaillen – peruspalvelut 2000' määritellään hyvä palvelujärjestelmä sellaiseksi, jonka tuottamat palvelut 1) ovat väestön tarpeen mukaisia, 2) edistävät väestön hyvinvointia, 3) ovat saatavilla tasavertaisesti alueellisesti ja väestöryhmittäin, 4) tuotetaan tehokkaasti ja laadukkaasti ja 5) reagoivat tuotannon ja sisällön osalta muuttuviin tarpeisiin.

Palvelujen tarve keskittyy ikääntymisen alkuvaiheessa lähinnä avopalveluihin (Taulukko 9). Ikääntyneiden palvelurakenteessa tapahtunut muutos laitoshoidosta palveluasumisen lisääntymiseen vaikuttaa myös osaltaan palvelujen kysyntään. Säännöllisen kotihoidon tarve alkaa keskimäärin 76 vuoden iässä ja laitoshoidon tarve 82 vuoden iässä. Väestöstä 15 prosenttia on 65 vuotta täyttäneitä, 7 prosenttia 75 vuotta täyttäneitä ja 1,6 prosenttia 85 vuotta täyttäneitä. Naisten ja miesten suhde ikäluokittain jakaantuu siten, että 57 vuoden ikään asti naisia on vähemmän ja sitä vanhemmissa ikäluokissa enemmän kuin miehiä. Ikääntyneiden osuus vaihtelee maakunnittain. Vuonna 2002 65 vuotta täyttäneiden osuus oli suurin Etelä-Savossa (19,8 prosenttia) ja Etelä-Karjalassa (18,5 prosenttia) ja pienin Uudellamaalla (11,6 prosenttia).

Taulukko 9. Julkisten vanhuspalvelujen kattavuus 1991 – 2002

Palvelun saajat, % ikäryhmästä	1991	1995	1997	1999	2001	2002
Kodinhoitoapu, 65+	18,1	11,8	11,3	11,0	10,7	10,6
Kodinhoitoapu 75+	31,4	22,1	21,2	20,3	19,6	19,3
Tukipalvelut 65+	16,7	13,4	13,7	13,4	13,5	13,8
Omaishoidon tuki 65+	1,9	1,5	1,7	1,7	2,0	2,1
Palveluasuminen 65+, 31.12.		1,9	2,2	2,6	2,8	2,8
Palveluasuminen 75+, 31.12.		3,4	4,1	4,7	5,1	5,3
Vanhainkotihoito 75+, 31.12.	7,6	6,5	5,9	5,5	5,1	5,0
Pitkäaikaishoito terveyskeskusten sairaaloissa 75+, 31.12.	3,3	3,7	3,4	3,2	3,0	2,8

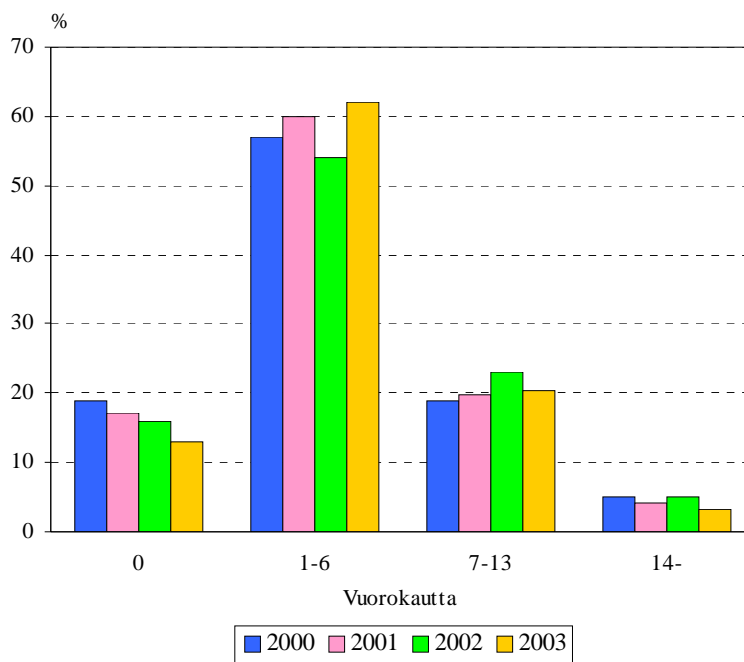
Lähde: Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002. Stakes, SVT Sosiaaliturva 2003:1

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry selvittää vuosittain julkisten hyvinvointipalvelujen tuottajien ja järjestöjen näkemyksiä kansalaisten hyvinvoinnista ja palveluista. Sosiaalibarometrin kyselyssä arvioidaan muun muassa julkisten hyvinvointipalvelujen määrällisiä muutoksia, palvelujen toimivuutta, riittävyyttä, saatavuutta ja laatua. Vuonna 2004 sosiaalitoimen arvioiden mukaan lähes kaikkia (pois laskien vanhusten laitoshoidon ja pakolaisille suunnatut palvelut) sosiaalitoimen palveluja on lisätty kunnissa useammin kuin vähennetty viimeksi kuluneen vuoden aikana. Julkisten palveluntuottajien arviot sosiaalipalvelujen toimivuudesta, riittävyydestä, saatavuudesta ja laadusta vaihtelevat paljon palveluntuottajittain.

Sosiaalibarometriin vastanneet pitivät sosiaalipalvelujen vahvimpina puolina käyttäjien kannalta palvelujen laatua ja toimivuutta ja huonoimpana palvelujen riittävyttä. Puolet sosiaalityöstä ilmoitti kunnan sosiaalipalveluihin olevan jonoa. Asiakkaat joutuvat jonottamaan erityisesti toimeentulotukipäätöksiä sekä vanhusten palveluasunto- ja laitospaikkoja. Terveyskeskuksista 82 prosenttia ilmoitti asiakkaittensa joutuvan jonottamaan, vuonna 2003 määrä oli 89 prosenttia. Yleislääkärin vastaanotolle pääsyn jonotusajat vaihtelevat parista päivästä kahteen viikkoon. Erikoissairaanhoidossa jonotusaika on palvelusta riippuen kahden kuukauden ja kahden vuoden välillä.

Viimesijaisen toimeentuloturvan muotona, toimeentulotuen jonotusajoilla on erityinen merkitys. Stakes on sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä vuodesta 2000 alkaen seurannut uusien toimeentulotukiasiakkaiden jonotilannetta. Marraskuussa 2003 keskimääräinen uusien asiakkaiden jonotusaika oli 4,3 vuorokautta. Tämä oli lähes sama kuin vuonna 2000. 75 prosenttia kunnista saavutti sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman mukaisen korkeintaan yhden viikon (0-6 vrk) uusien toimeentulotukiasiakkaiden jonotusajan. Heikoin tilanne oli kaupunkimaisissa kunnissa, joista ainoastaan 36 prosenttia saavutti tavoiteajan.

Kuvio 68. Uusien toimeentulotuen asiakkaiden jonotusaika prosentteina kyselyyn vastanneista kunnista marraskuussa viikolla 47/2000-2001 ja viikolla 48/2002-2003



Lähde: Stakes, Tilastotiedote 1/2004

Myös terveystalvelujen tarjonta on pääasiassa lisääntynyt kunnissa kuluneen vuoden aikana. Ainoastaan psykiatrista laitoshoidoa on useammin vähennetty kuin lisätty. Erityisesti on lisätty terveyden- ja sairaanhoitajan vastaanoton, kotisairaanhoidon ja työterveyshuollon palveluja. Vuosina 2003 ja 1999 terveystalveluja vähennettiin kunnissa nykyistä yleisemmin. Terveystalvelujen toimivuus ja laatu arvioidaan yleisesti hyväksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta vaatii jatkuvaa ammattitaidon uusiutumista ja ylläpitämistä. Täydennyskoulutuksen puutteet heikentävät palvelujen laatua ja aiheuttavat ongelmia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille, työnantajille ja asiakkaille. Täydennyskoulutusta koskevat säännökset on lisätty vuonna 2003 kansanterveys- ja erikoissairaanhoidolakiin ja annettu täydennyskoulutuksen sisältöä ja toteuttamista koskevat suositukset.

Hoitoon pääsyn turvaamisella ja laadun varmistamisella halutaan taata kaikille kansalaisille asuinpaikasta ja järjestämistavasta riippumatta helposti saatavat ja hyvälaatuiset sosiaali- ja terveystalvelut. Tavoite on osa valtioneuvoston periaatepäätöstä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, ja sen toteutumista on valmistellut Hoidon saatavuus ja jonojenhallinta –työryhmä sosiaali- ja terveysministeriössä.

Valtaosa terveydenhuollon potilaista pääsee nykyään hoitoon riittävän nopeasti. Jonoissa olevista potilaista 2-5 prosentin kohdalla odotusajan on arvioitu venyvän liian pitkäksi. Tietyissä potilasryhmissä jonojen pituus vaihtelee huomattavasti muun muassa jonoon asettamiserojen vuoksi. Selvitysten mukaan leikkausjonoissa odottaa vajaa 150 000 potilasta. Määrä on pysynyt melko samana viime vuosina, mistä voidaan päätellä tarjonnan vastaavan suurin piirtein kysyntää. Ongelmana ovat kuitenkin liian pitkiksi venyvät odotusajat.

Erikoissairaanhoido-, kansanterveys- ja mielenterveyslakeihin suunnitellaan sisällytettävän 1.1.2005 mennessä säännöksiä tutkimukseen ja hoitoon pääsyn enimmäisajoista. Tavoitteena on, että potilas saa ensiarvion perusterveydenhuollon ammattilaiselta kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta ja erikoissairaanhoidon lääkärin ensiarvion kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta. Hoitoon tai hoitotoimenpiteeseen potilaan tulee päästä kolmessa tai viimeistään kuudessa kuukaudessa. Toimenpidejonoihin asettamisesta on määritelty kansalliset yhtenäiset indikaatiot.

Hoidon saatavuutta ei voi tarkastella pelkästään leikkausjonojen ja jonotusaikojen perusteella. Kaikkien lääketieteen alojen potilaat eivät välttämättä kirjaudu jonoihin, vaikka hoidon saatavuudessa olisikin ongelmia. Sosiaali- ja terveystalvelujen yhteistyö- ja raja-alueille, kuten vanhusten hoivapalveluihin ja päihdehuoltoon, syntyy helposti palvelukatveja. Jonojen purkaminen onkin vain yksi osa hoidon saatavuuden turvaamisesta.

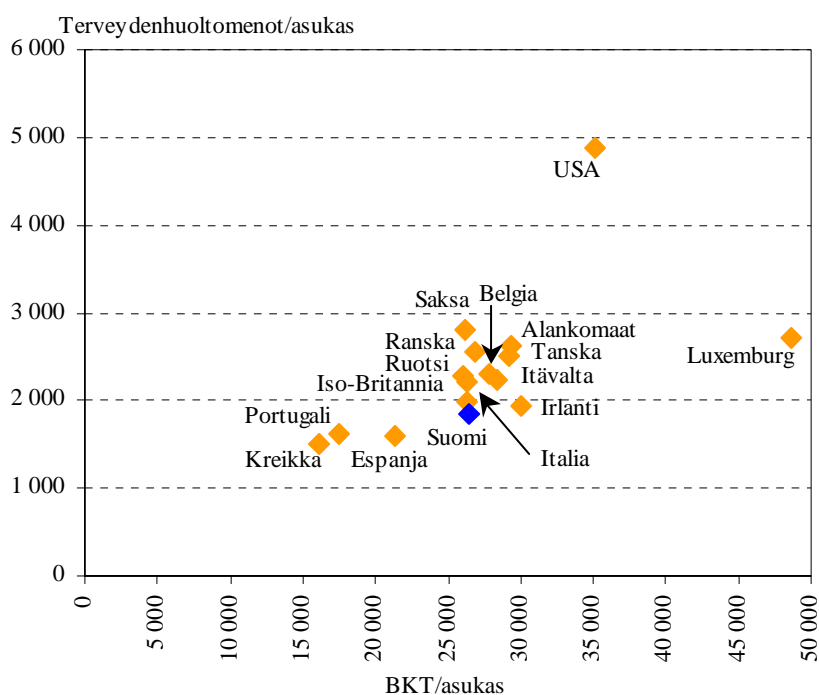


Hoidon saatavuuden ongelmat eivät niin ikään johdu pelkästään riittämättömistä resursseista, eikä voimavarojen lisääminen välttämättä poista jonoja. Pitkäaikaisten ratkaisujen tavoittelemisen hoidon saatavuuden parantamisessa edellyttää hoitoprosessien ja kokonaisuuksien sekä hoidon aiheiden arvioimista. Nykyisten ja kehitteillä olevien laatu- ja tietojärjestelmien avulla voidaan osaltaan varmistaa palvelujen tasavertainen saatavuus, vaikuttavuus ja kustannustehokkuus. Hoitokäytäntöjen ja potilaiden jonoon asettamisen perusteiden yhtenäistäminen sekä yhteisten sähköisten potilaskertomusjärjestelmien kehittäminen mahdollistavat myös tutkimus- ja toimenpidejonojen paremman hallitsemisen. Laadunhallinnan tavoitteena on hoitoprosessin mahdollisimman tehokas toteuttaminen sekä potilaan saama hyvä hoito ja laaja informointi hoidon tavoitteista ja toteuttamisesta.

### 5.1.4 Sosiaali- ja terveystalouden tarve tulevaisuudessa

Kansainvälisten vertailujen perusteella terveystalouden kysyntä on tähän mennessä lisääntynyt koulutustason nousun ja yleisen elintason parantumisen myötä. Yleisen elintason ja terveydenhuoltomenojen välillä esiintyy kuitenkin merkittävää vaihtelua, mikä selittyy suurelta osin palvelujen järjestämistavoilla (kuvio 69).

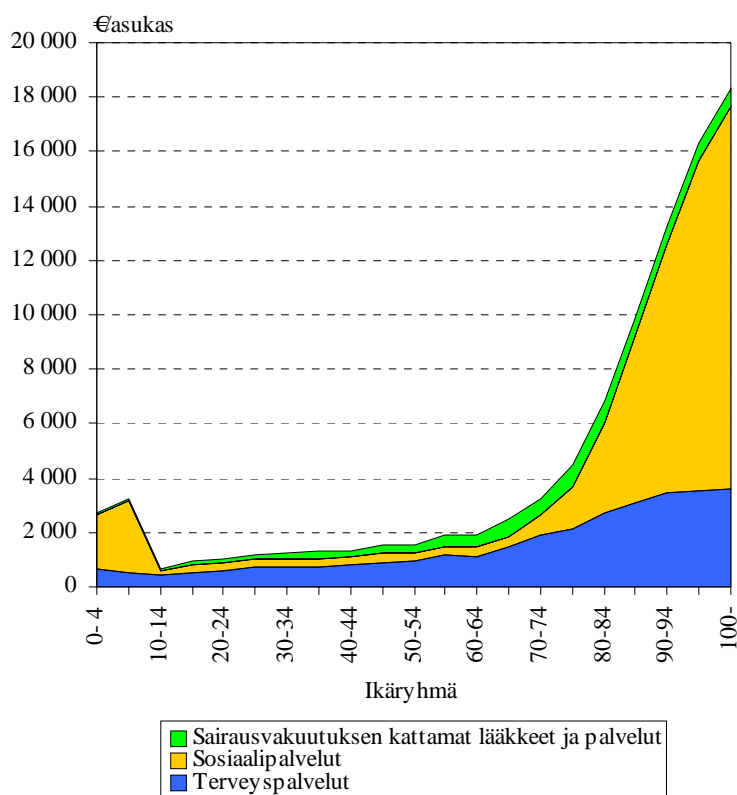
Kuvio 69. Terveydenhuoltomenot ja bruttokansantuote asukasta kohti EU-maissa ja USA:ssa vuonna 2001 (US\$ ostovoimakorjattuna)



Lähde: OECD Health Data 2003

Kuviossa 70 on esitetty keskimääräiset sosiaali- ja terveystalvelumenot ikäryhmittäin vuonna 2002. Väestön ikärakenteen vanhentuminen lisää sosiaali- ja terveydenhuolto- menoja. Vanhempien ikäluokkien - esimerkiksi 80-84-vuotiaiden menot suhteessa 30-34- vuotiaisiin ovat nelinkertaiset niin terveystalveluissa kuin sairausvakuutuksen kattamissa lääkkeissä ja palveluissa. Sosiaalipalveluissa vastaava ero on kaksikymmenkertainen.

Kuvio 70. Sosiaali- ja terveystalvelumenot (ml. käyttäjämaksut ja sairausvakuutuksen omavastuut) ikäryhmittäin etuusmuodon mukaan vuonna 2002, €/asukas



Sosiaali- ja terveystalvelumenojen voidaan arvioida kasvavan 2020- ja 2030-luvuilla, kun hyvin iäkkäiden ihmisten määrä lisääntyy voimakkaasti. Eri tutkimusten mukaan näyttää selvältä, että vanhusväestön palvelujen kustannukset kasvavat kuitenkin hitaammin ja vähemmän suoraviivaisesti kuin vanhusten lukumäärä. Väestön terveydentilan kohentuminen jatkuu myös tulevaisuudessa, ja vanhuksset pystyvät selviytymään itsenäisesti entistä pidempään. Tästä huolimatta palvelujen tarve lisääntyy jossain vaiheessa. Menokehitykseen voidaan merkittävästi vaikuttaa palvelujen tarjontapuolen ratkaisulla, kuten uusien teknologioiden nopealla hyödyntämisellä ja palvelu- ja tuotantorakenteen uudistuksilla yhdessä poliittisten päätöksentekijöiden halulla sitoutua uudistusten toteuttamiseen. Ter-

veyspalveluissa tarjonta luo myös kysyntää, minkä takia tuleviin kustannuksiin vaikutetaan olennaisesti tarjonnalla.

### 5.1.5 Henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaaminen

Vuoteen 2010 mennessä sosiaali- ja terveyspalveluista jää noin neljännes nykyhenkilöstöstä eli 55 000 ihmistä eläkkeelle. Perusterveydenhuollossa oli vuonna 2001 jo yli 300 lääkärin ja erikoissairaanhoidossa noin 600 erikoislääkärin vaje. Taulukossa 10 on esitetty vuosittainen työvoiman bruttotarve (työvoiman poistuman korvaamisen ja työvoiman määrän muutoksen summa) vuosina 2005 – 2015<sup>16</sup>. Arvion mukaan sosiaali- ja terveyspalveluissa tarvitaan yhteensä yli 130 000 uutta henkilöä, yksin terveyspalveluissa tarve on lähes 75 000 henkilöä vuoteen 2015 mennessä.

Suomen Lääkäriliiton tekemien tilastointien mukaan terveyskeskuksien lääkäritilanne on heikentynyt 2000-luvulla. Koko maan terveyskeskuksien lääkärinviroista ja toimista 12,1 prosenttia ei saatu täytettyä vuonna 2003. Luku on laskettu kaavalla: (virkoja täyttämättä + viranhaltija poissa) – (sijaisia + lääkäriä ei haettu). Vastaava luku vuonna 2000 oli 6,8 prosenttia, vuonna 2001 9,3 prosenttia ja vuonna 2002 11,3 prosenttia. Lääkäritilanne vaihtelee erikoisalojen lisäksi suuresti alueittain, vuonna 2003 heikoin lääkäritilanne oli Länsi-Pohjan alueella (27,9 prosenttia viroista jäi täyttämättä) ja Keski-Pohjanmaalla (27,6 prosenttia). Parhaiten terveyskeskusten lääkärintoimet saatiin täytettyä Pirkanmaalla (vain 3,8 prosenttia paikoista jäi täyttämättä).

Taulukko 10. Arvio uuden työvoiman kokonaistarpeesta vuosina 2005 - 2015

<b>Ammattiryhmä</b>	<b>Perusarvio</b>
Lääkärit	6 700
Sairaanhoitajat ym.	46 300
Muu terveydenhuoltotyö	20 700
Sosiaali- ja vapaa-aika-alan työ	59 700
<b>Sosiaali- ja hoitotyön ammatit yhteensä</b>	<b>130 340</b>

Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakoitotoimikunnan mietintö. STM Komiteamietintö 2001:7

Väestön ikääntyessä ja jäädessä eläkkeelle uusia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia on houkuteltava alalle nuorista pienemmistä ikäluokista. Samaan aikaan kasvavat asiakasmäärät lisäävät pienentyneen työvoiman työmäärää. Osaavan työvoiman saanti voikin olla ongelmallista tulevaisuudessa ja pula työntekijöistä voi johtaa palkkatason nopeaan nousuun. Osaavan ja motivoituneen henkilöstön saamisen turvaaminen saavutetaan koulutuksen kehittämisen lisäksi parantamalla työoloja, mitoittamalla henkilöstö tarvetta vastaavaksi ja tukemalla henkilöstöryhmien joustavaa työnjakoa. Toimiva työyhteisö ja

hyvä johtaminen parantavat työyhteisön hyvinvointia ja heijastuvat myös annettujen palvelujen laatuun. Henkilöstön riittävyteen voidaan lisäksi vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenteiden ja toimintojen uudistamisella. Nykyistä suuremmilla toiminnallisilla yksiköillä ja eri sektorien yhteistyötä kehittämällä (esim. kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistämiskokeilut) voidaan vähentää päällekkäisiä toimintoja, selkeyttää työnjakoa, parantaa toiminnan laatua, turvata ammattitaitoisen työvoiman saatavuus sekä tehokas ja joustava käyttö sekä turvata vakaa rahoitus.

### **5.1.6 Uudet hoitokäytännöt ja teknologinen kehitys**

Lääketieteen ja hoitoteknologioiden kehityksen avulla on mahdollista tehostaa ja monipuolistaa palveluja. Uuden teknologian sovellutuksia voidaan hyödyntää terveyspalveluisa aiempaa nopeammin ja laajemmin. Lääketieteen teknologian kehitys mahdollistaa uusia hoitotapoja sairauksissa, joiden hoitamisessa on tähän mennessä edetty hitaasti. Kehitys luo lisäodotuksia ja lisää asiakkaiden ja väestön palveluvaateita.

Palvelumenojen kannalta tarkasteltuna vaikutuksia voi olla kahteen suuntaan: teknologiaa käyttävä hoito voi tulla kalliimmaksi, toisaalta palvelutuotannon tuottavuus voi kasvaa. Kehitys voi lisätä tervettä vanhuutta, toisaalta se voi johtaa hoitajaksojen pituuden venymiseen, kun yhä useampia sairauksia pystytään hoitamaan entistä paremmin. Teknologian kehitys on arvion mukaan alentanut joidenkin sairauksien laatuvaikotuksia kustannuksia yhdestä kahteen prosenttia vuodessa, toisaalta todennäköisesti jopa kaksi kolmannesta terveydenhuoltomenojen BKT-osuuden kasvusta OECD-maissa selittyy teknologisella kehityksellä (Jones, 2002).

Myös uusilla lääkkeillä voi olla sekä menoja lisääviä että niitä hillitseviä vaikutuksia. Ne voivat antaa mahdollisuuksia oleellisesti halvempaan hoitoon, toisaalta uudet lääkkeet voivat joissakin tapauksissa olla hyvin kalliita. Viime vuosien lääkemenojen kasvuun ovat vaikuttaneet siirtyminen aiempaa kalliimpien lääkkeiden käyttöön ja merkittävien kalliiden lääkkeiden ottaminen sairausvakuutuksen korvauksen piiriin. Lääkekorvausmenojen kasvun on ennakoitu jatkuvan myös lähivuosina muita terveydenhuoltomenoja nopeammin.

Hoiva- ja hoitopalvelujen reaali hinnat ovat viimeisen neljännesvuosisadan aikana nousseet selvästi. Palkkakustannukset, jotka muodostavat valtaosan palvelujen kokonaiskustannuksista, ovat nousseet samaa tahtia muun väestön kanssa. Työvoimakustannusten osuus terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelujen kokonaiskustannuksista on vuodesta 1995 lähtien kuitenkin alentunut kolmella prosenttiyksiköllä 63 prosenttiin. Panostuotostutkimukset viittaavat siihen, että näissä palveluissa työtä on korvattu lääkkeillä. Jos näin jatkuisi myös tulevaisuudessa, hidastuisi hoiva- ja hoitopalvelumenojen kasvu, koska kallistuvaa työtä säästyisi näissä palveluissa (Parkkinen 2004).

Lääkevaihdo eli geneerinen substituuio otettiin Suomessa käyttöön huhtikuun 2003 alussa. Lääkevaihdon ensimmäisen vuoden eli huhtikuun 2003 ja maaliskuun 2004 välisenä aikana syntyneet säästöt olivat noin kuusi prosenttia korvattujen lääkkeiden kokonaiskustannuksista. Lääkkeiden korvausmenot kasvoivat vuonna 2003 (7 prosenttia) hitaammin verrattuna vuoteen 2002 (12 prosenttia). Lääkevaihdon vaikutusta lääkemenojen pidemmän aikavälin kasvuun on kuitenkin vaikea arvioida.

### 5.1.7 Terveydenhuollon rahoitus

Terveydenhuollon rahoitus rakentuu pääosin valtionosuuksin tuetusta kuntien rahoitusvelvollisuudesta, asiakasmaksuista sekä yksityissektorin palveluista myönnettävistä sairaskuutuksen rahoituksesta. Julkinen rahoitus muodostaa noin kolme neljäsosaa terveydenhuollon kokonaismenojen rahoituksesta yksityisen rahoituksen kattaessa lopun neljäsosan rahoituksesta. Yksityinen rahoitus on viime vuosikymmenen alusta lisääntynyt noin viidellä prosenttiyksiköllä. Tämä on tapahtunut lähinnä kotitalouksien osuuden nousun kautta. Kotitalouksien 20 prosentin rahoitusosuus on EU-maiden suurimpia. Julkisen sektorin sisällä valtion rahoitusosuus on lähes puolittunut 1990-luvun alun 36 prosentista 17 prosenttiin vuonna 2002. Samassa ajassa kuntien osuus on noussut yli kahdeksalla prosenttiyksiköllä ja Kansaneläkelaitoksen eli sairauskuutuksen osuus noin viidellä prosenttiyksiköllä (Taulukko 11). Sairaskuutusjärjestelmä rahoitetaan vielä pääosin vakuutettujen ja työnantajien sairauskuutusmaksuilla. Asiaksmaksujen osuus julkisista terveyspalvelujen kokonaismenoista on yhdeksän prosenttia.

Taulukko 11. Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitusosuudet 1980 – 2002

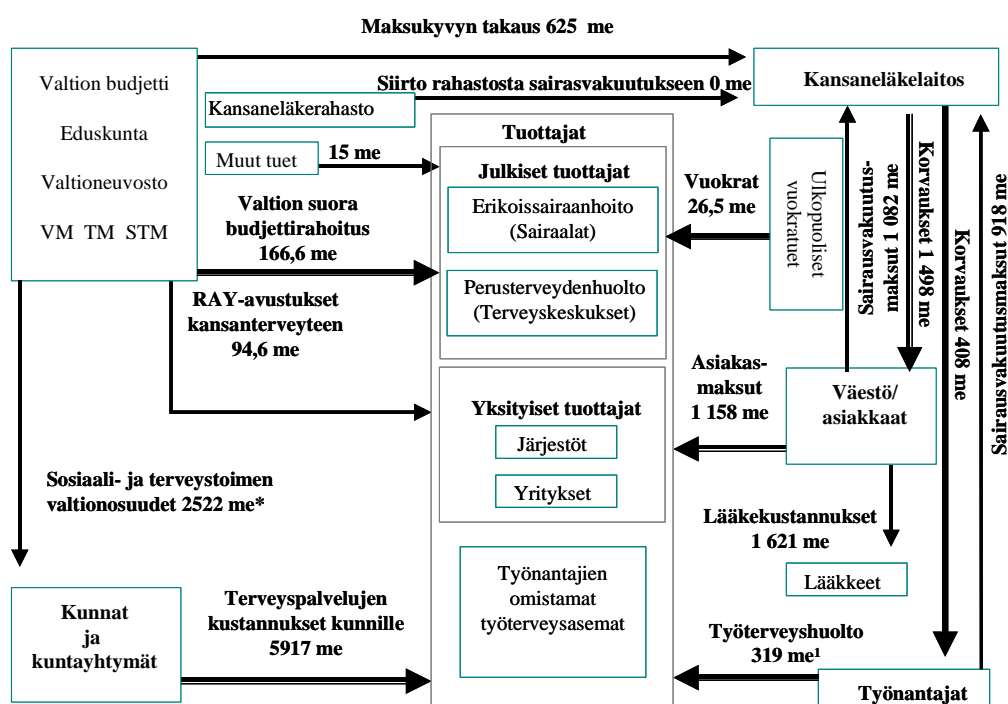
Vuosi	Valtio	Kunnat	Kela	Julkinen rahoitus yhteensä	Työnantajat	Sairuskassat	Yksityinen vakuutus	Kotitaloudet	Yksityinen rahoitus yhteensä
1980	38,2	28,9	12,4	79,6	1,2	0,6	0,8	17,8	20,4
1985	34,0	34,7	10,2	78,9	1,3	0,7	1,2	18,0	21,1
1990	35,6	34,7	10,6	80,9	1,4	0,5	1,7	15,6	19,2
1995	28,4	33,8	13,4	75,6	1,5	0,4	2,0	20,5	24,4
1996	24,1	37,8	13,9	75,8	1,6	0,5	1,9	20,3	24,2
1997	20,6	41,2	14,2	76,0	1,6	0,5	2,2	19,7	23,9
1998	18,9	42,5	14,8	76,2	1,7	0,5	2,2	19,4	23,7
1999	18,0	42,4	14,9	75,3	1,7	0,5	2,2	20,3	24,7
2000	17,6	42,2	15,4	75,2	1,9	0,5	2,1	20,4	24,9
2001	17,1	42,8	15,6	75,5	1,9	0,5	2,0	20,2	24,5
2002	16,8	43,0	*15,9	75,7	2,0	0,5	1,9	20,0	24,3

\*Tästä valtion rahoitustukea 5,2 prosenttiyksikköä.

Lähde: Stakes, Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2002. Tilastotiedote 5/2004

Suomalainen terveydenhuollon rahoitusratkaisu on yhdistelmä kuntien ja valtion rahoitusta, asiakasmaksuja ja sairausvakuutuksen tukemaa yksityistä terveystalvuselusektoria. Lainsäädännössä ei määritellä palvelujen järjestämistapaa, laajuutta tai sisältöä, vaan näiden arvioiminen ja toteutus on jätetty kuntien tehtäväksi. Terveydenhuollon rahoitus muodostaa varsin monimutkaisen ja vaikeasti hallittavan kokonaisuuden (kuvio 71).

Kuvio 71. Terveydenhuollon rahoituskanavat vuonna 2002



\*Suunnattu sekä sosiaali-, että terveystalveluihin

<sup>1</sup> Arvio vuodelta 2001

Lähde: Tarmo Rätv / VATT

Vuonna 2002 kuntien järjestämien terveystalvuselujen kustannukset olivat 5,9 miljardia euroa. Erikoissairaanhoidon käyttökustannukset olivat 3,3 miljardia euroa ja perusterveydenhuollon 2,4 miljardia euroa. Kunnat ostivat palveluja yksityisiltä tuottajilta 162 miljoonalla eurolla. Kunnat päättävät terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä samalla kun ne huolehtivat myös suurimmasta osasta järjestämiensä palvelujen rahoituksesta. Kunnat vastaavat noin 70 prosentista kunnallisten palvelujen rahoituksesta, laskennallisten valtionosuuksien kattaessa noin 22 prosenttia ja asiakasmaksujen kattaessa noin 9 prosenttia rahoituksesta. Kuntien järjestämät palvelut kattavat kuitenkin vain osan koko ter-

veydenhuollon kustannuksista ja kuntien järjestämien palvelujen osuus kokonaiskustannuksista on laskenut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Merkittävä osuus lääkkeistä ja palveluista, kuten lääkekustannukset avohoidossa, käsikauppalääkkeet, osin hammashuolto ja yksityiset terveyspalvelut ovat joko asiakkaan yksin tai Kansaneläkelaitoksen ja asiakkaan yhdessä kustannettavia.

Valtio osallistuu terveydenhuoltomenojen rahoitukseen etupäässä kuntien sosiaali- ja terveystoimen valtionosuuksien (2,6 miljardia euroa v. 2002) ja yliopistosairaaloille maksettavien korvauksien (128 miljoonaa euroa). Lisäksi eri ministeriöiden kautta jaetut investointi- ja työllistämistuet julkisille terveyspalvelujen tuottajille olivat vuonna 2002 noin 40 miljoonaa euroa.

Valtion budjetin kautta ohjataan myös Raha-automaattiyhdistyksen voittovaroja voittoa tavoittelemattomille yhteisöille. Vuonna 2002 jaettiin järjestöille yhteensä 280 miljoonaa euroa, näistä kansanterveyteen ohjattiin 95 miljoonaa euroa<sup>17</sup>. Lisäksi valtio osallistuu terveydenhuollon rahoitukseen sairausvakuutuksen rahoitustuen kautta.

Julkiseen rahoitukseen perustuvissa terveydenhuoltojärjestelmissä, kuten myös Suomessa, on terveydenhuoltomenojen kehitys pystytty pitämään paremmin hallinnassa kuin esimerkiksi sairausvakuutukseen perustuvien järjestelmien maissa. Suomessa menokehitystä ovat hillinneet myös maltilliset keskitetyt tulosopimukset, jotka pidätelleet alan työvoimakustannusten nousua.

#### *Yksityinen sairausvakuutus*

Vakuutusmuotoinen rahoitus voi perustua joko lakisääteiseen sosiaalivakuutukseen tai yksityisvakuutukseen. Suomessa yksityisen sairausvakuutuksen merkitys on vähäinen. Yksityiset terveyspalvelut rahoitetaan osin yksityisellä sairausvakuutuksella. Yksityisen sairauskuluvakuutuksen maksutulo oli vuonna 2002 vain noin 2 prosenttia lakisääteisen sairausvakuutuksen kokonaismenoista. Erityisesti työnantajien työntekijöilleen ottamien sairauskuluvakuutusten lukumäärä ja maksutulo on kuitenkin noussut viime vuosina (Taulukko 12).

Taulukko 12. Yksityisen sairauskuluvakuutuksen maksutulo ja vakuutusten lukumäärä vuosina 1999-2003

Miljoonaa euroa	1999	2000	2001	2002	2003
Lasten sairauskuluvakuutus	37,6	40,4	43,7	47,5	50,5
Yksityinen aikuisten sairauskuluvakuutus	22,5	24,3	25,9	28,1	29,5
Työnantajan ottama sairauskuluvakuutus	5,0	6,4	8,0	8,7	12,0
Yhteensä	65,0	71,1	77,6	84,3	92,0
Muutos %		9,3	9,2	8,6	9,1
1000 kappaletta					
Lasten sairauskuluvakuutus	325,9	345,8	359,5	372,7	381,3
Yksityinen aikuisten sairauskuluvakuutus	155,7	160,5	170,2	179,3	192,7
Työnantajan ottama sairauskuluvakuutus	11,7	15,3	18,4	22,0	27,5
Yhteensä	493,2	521,6	548,1	573,9	601,5
Muutos %		5,8	5,1	4,7	4,8

Lähde: Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto, Henkilövakuutusyksikkö

Vuonna 2000 yksityisten terveystalvelujen kustannukset olivat noin 1,4 miljardia euroa ja niiden osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista oli noin 20 prosenttia<sup>18</sup>. Yritysten osuus kokonaiskustannuksista oli 17 prosenttia ja järjestöjen 3 prosenttia. Yksityisten terveystalvelujen rahoitus toteutuu asiakasmaksujen (665 milj. euroa), kuntien ostamien talvelujen (162 milj. euroa), työnantajien kustantaman työterveyshuollon (118 milj. euroa) ja Raha-automaattiyhdistyksen avustusten (95 milj. euroa) kautta. Kansaneläkelaitoksen korvaukset kattavat yksityisen terveydenhuollon kuluista merkittävän osan, yli 40 prosenttia.

Yksityisten terveystalvelujen tuottajien lukumäärä oli vuonna 2000 noin 10 000 ja niissä oli vajaat 26 000 työntekijää. Tuottajien lukumäärä on noussut vuodesta 1996 noin kahdella tuhannella eli noin viidenneksellä samalla kun henkilöstön määrä on lisääntynyt vain kaksi prosenttia. Suhteellisesti eniten on lisääntynyt työterveyshuoltoa antavien talvelujen tuottajien lukumäärä. Toimialana yksityiset terveystalvelut on pienyritysvaltainen: toimipaikoista 98 prosenttia työllisti alle kymmenen työntekijää vuonna 2000.

Suurin osa yksityisistä terveystalveluiden tuottajista on yrityksiä. Poikkeuksena ovat yksityiset sairaalat, joista merkittävä osa on järjestöjen omistamia. Yksityiset terveystalvelujen tuottajat keskittyvät Etelä-Suomeen ja suuriin kaupunkeihin. Erityisesti suuret lääkärikeskukset ja yksityiset sairaalat sijaitsevat pääasiassa suurimmissa kaupungeissa.

#### *Asiakasmaksurahoitus*

Valtaosa julkisista terveystalveluista on Suomessa maksullisia. Asiakasmaksujen osuus julkisten terveystalvelujen kokonaismenoista oli vuonna 2002 noin 7,9 prosenttia, perusterveydenhuollossa 7,9 prosenttia ja erikoissairaanhoidossa 5,5 prosenttia. Vuonna 2002 kotitaloudet maksoivat erilaisia asiakasmaksuja julkiselle ja yksityiselle sektorille yhteen-



sä 1,1 miljardia euroa ja lääkekuluina yhteensä 1,7 miljardia euroa<sup>19</sup>. Tästä summasta kotitaloudet saivat sairausvakuutuksen kautta korvauksia 859 miljoonaa euroa vuoden 2002 aikana. Näin kotitalouksien maksettavaksi jäi 879 miljoonaa euroa. Julkisten terveystalouksien käyttömaksuina sairaalahoidosta maksettiin 218 miljoonaa euroa ja perusterveydenhoidosta 275 miljoonaa euroa. Yksityiset tuottajat saivat asiakasmaksuina 665 miljoonaa euroa.

Maksujen käytöllä on pyritty pääasiassa kahteen tavoitteeseen eli toiminnan rahoittamiseen ja kysynnän ohjailuun. Asiakasmaksujärjestelmä on syntynyt 1980-luvulla ja osin aikaisemminkin. Maksuihin on sen jälkeen tehty lukuisia yksittäisiä muutoksia. Terveystalouksissa on tällä hetkellä monia maksukattoja. Kuntien sosiaali- ja terveystalouksissa on varsinaisen perhekohtaisen maksukaton lisäksi välikatot terveyskeskusmaksussa, sairaalahoidon maksussa sekä alle 18-vuotiaiden lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Kelan kuntoutusmatkakustannuksissa ja sairausvakuutusjärjestelmän matka- ja lääkekustannuksissa on vuosikatto. Kuntasektorin asiakasmaksukatto otettiin käyttöön vuonna 2000.

#### *Työterveyshuollon rahoitus*

Vuonna 2002 olivat työterveydenhuollon kulut työnantajille 319 miljoonaa euroa. Työnantajien omistamien terveysasemien osuus tästä oli 139 miljoonaa euroa. Kansaneläkelaitos maksoi vuonna 2001 työnantajille työterveydenhuollon korvauksia 141 miljoonaa euroa. Lisäksi Kansaneläkelaitos maksaa yrittäjien työterveyshuollon korvauksia (1,3 milj. euroa vuonna 2002), valtionosuuksia maatalousyrittäjien työolosuhdeselvityksiin (0,6 milj. euroa) ja opiskelijoiden terveydenhuollon korvauksia 17,8 miljoonaa euroa.

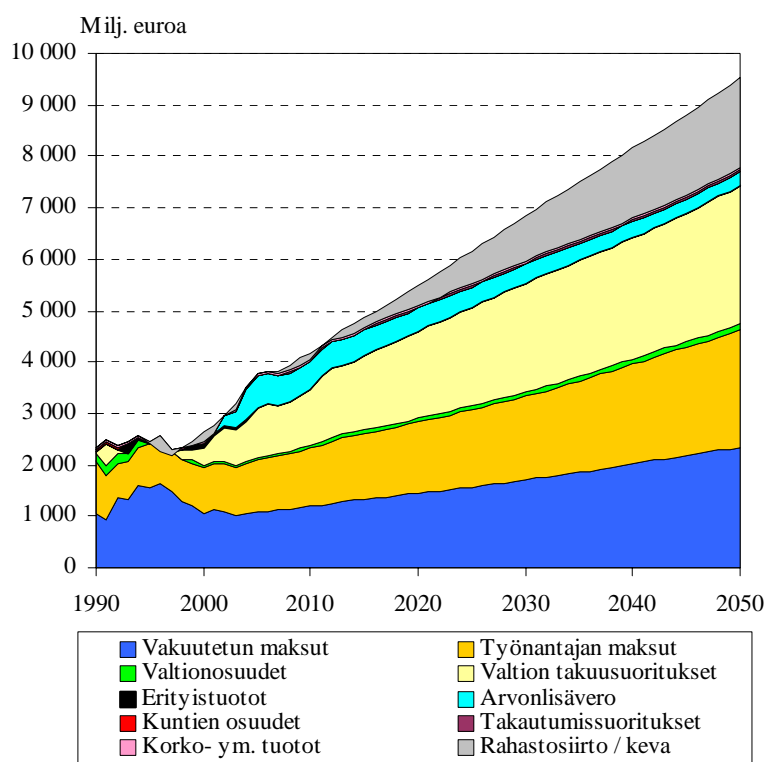
Työterveyshuolto on monin tavoin yhteydessä kunnalliseen perusterveydenhuoltoon. Työterveyspalveluja tarjotaan kuitenkin yleensä keskitetysti, lähellä työpaikkaa. Työterveyspalveluissa on myös mahdollisuus kiinnittää huomiota toimialan erityisongelmiin ja työolosuhteisiin. Samalla työnantajat voivat käyttää työterveydenhuoltoa henkilöstöpolitiikkansa välineenä. Työterveyshuollon kohdentuminen työssä olevaan väestöön selittää osin terveystalouksien väestöryhmittäisiä käyttöeroja.

#### **5.1.8 Sairausvakuutus ja sen uudistaminen**

Suomessa sairausvakuutus on osa sosiaalivakuutusta. Suomen sairausvakuutusjärjestelmä rahoitetaan periaatteessa vakuutettujen ja työnantajien sairausvakuutusmaksuilla. Rahoitusrakenne on kuitenkin muuttunut, kun vakuutusmaksuperusteita on alennettu<sup>20</sup> ja sairausvakuutusmenot erityisesti lääkemenojen osalta ovat samaan aikaan kasvaneet. Tällä hetkellä sairausvakuutus rahoitetaan työnantajilta ja vakuutetuilta perittävillä sairausvakuutusmaksuilla, valtion osuuksilla vähimmäisetuuksista, arvonlisäverotuotoilla, vakuutuslaitosten maksamalla ns. täyskustannusvastuumaksulla, rahastosiirrolla kansaneläkevakuutuksesta ja valtion takuuosuudella.

Sairausvakuutuksen menot katettiin vuoteen 1999 saakka lähes täysin työnantajan ja vakuutetun sairausvakuutusmaksuilla, kun vuonna 2005 menoista arvioidaan katettavan enää 55 prosenttia vakuutusmaksuilla. Valtion takuusuorituksen arvioidaan vuonna 2005 kattavan menoista selvästi yli viidenneksen. Mikäli rahoitusta ei uudistettaisi, osuuden ennakoitaisiin kasvavan edelleen. (Kuvio 72).

Kuvio 72. Sairausvakuutuksen vakuutustekninen tulos vuosina 1990-2003 sekä projek-  
tio vuoteen 2050 vuoden 2004 rahan arvossa, miljoonaa euroa



Kansaneläke- ja sairausvakuutuksen rahoitusta selvittänyt työryhmä tarkasteli muistiossaan keväällä 2003 vaihtoehtoja sairausvakuutuksen rahoituksen tasapainottamiseksi. Eräänä vaihtoehtona nostettiin esiin rahoituksen eriyttäminen työtulo- ja sairaanhoitovakuutukseen. Työtulovakuutukseen kuuluvat päivärahamenot sekä työterveyshuolto rahoitettaisiin työnantajien ja vakuutettujen maksuilla. Vakuutettujen osa katettaisiin sekä palkansaajilta että yrittäjiltä perittävällä uudella maksulla. Valtio rahoittaisi ainoastaan vähimmäispäivärahat. Sairaanhoitovakuutukseen kuuluisivat yksityisen sektorin sairaanhoidon korvaukset, lääkekorvaukset sekä kuntoutusmenot. Sairaanhoitovakuutuksen menoista vakuutetut rahoittaisivat pääosan. Valtio osallistuisi sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen pienemmällä osalla. Kaikilta vakuutetuilta perittäisiin sairaanhoitovakuutusmaksua,

joka korvaisi nykyisen sairausvakuutusmaksun.<sup>21</sup> Sairausvakuutuksen rahoituksen uudistamista valmistelua jatkettiin edelleen kolmikantaisesti syksystä 2003 lähtien. Kaikista uudistuksen periaatteista ei vielä kukaan syntynyt yhteisymmärrystä. Työryhmän työn pohjalta valmisteltiin sosiaali- ja terveysministeriössä uusi täsmennetty ratkaisumalli, jonka toteuttamisesta hallitus sopi elokuussa 2004 budjettineuvottelujen yhteydessä. Uudistus tulee voimaan vuoden 2006 alusta alkaen. Ratkaisumalli noudattaa pitkälle työryhmämuistion ehdotuksia. Sairaanhoidon vakuutuksen menot rahoitetaan kuitenkin puoliksi vakuutettujen sairausvakuutusmaksulla ja valtion varoista. Uudistuksen yhteydessä sovittiin myös eräiden etuuksien parannuksista. Perhekustannusten tasausta kehitetään siten, että nykyistä työnantajille maksettavaa vuosilomakustannusten korvausta korotetaan 55 prosentilla vuoden 2005 alusta lukien. Lähekkäin olevissa synnytyksissä turvataan aikaisempi äitiys- ja vanhempainpäivärahan taso. Pätkätyötä tekevien asemaa parannetaan korjaamalla päivärahan määräytymisperusteita. Nämä kaksi uudistusta koskevat tilanteita, joissa päiväraha alkaa 1.10.2005 tai sen jälkeen.

Rahoitusuudistus merkitsee sekä työnantajien että vakuutettujen vakuutusmaksujen nousua. Tarkoituksena on kuitenkin keventää vuoden 2006 verotusta vastaavasti, jotta työnantajien ja vakuutettujen verorasitus ei kokonaisuutena kiristyisi. Lisäksi yrittäjiltä perittävän maksun nousu on tarkoitus kompensoida. Palkansaajien ja yrittäjien vakuutusmaksujen nousua tasoittaa lisäksi se, että uusi työtulovakuutuksen kattamiseksi perittävä maksu on verovähennyskelpoinen. Eläkeläisten sairausvakuutusmaksu pysyy uudistuksessa ennallaan.

### **5.1.9 Julkisten ja yksityisten palvelujen suhde**

Julkisen vallan perustehtävä on taata tarpeelliset terveydenhuoltopalvelut. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että palvelut täytyisi tuottaa julkisesti. Toimivan kannustinjärjestelmän luominen julkiselle monopolille on vaikeata, kun taas täysin kilpailuilla markkinoilla kannustimet tehokkuuden parantamiseen ovat periaatteessa sisäsyntyisiä. Palveluiden ostaminen yksityiseltä sektorilta ei kuitenkaan itsessään takaa tehokasta ratkaisua, mutta voi lisätä kustannustietoisuutta. Harvan asutuksen seuduilla tähän ei välttämättä ole mahdollisuutta. Lisäksi julkiset tuet, kuten työllistämis- ja investointituet, starttirahat ja korkotuet lainat voivat vääristää kilpailutilannetta samoin kuin toimitilojen luovuttaminen yksityisen tai kolmannen sektorin yritykselle markkinahintaa halvemmalla.

Kuntasektorin asema sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajana on muuttumassa. Yksityisten palveluntuottajien osuus on kasvamassa. Yksityiset palveluntuottajat eli järjestöt ja yritykset tuottavat nykyään viidesosan sosiaali- ja terveyspalveluista. Sosiaalipalveluissa järjestöillä on suurempi osuus, kun taas suurin osa yksityisistä terveyspalveluista on yritysten tuottamia.

Kunnat ja kuntayhtymät käyttivät vuonna 2002 sosiaalipalvelujen ostoihin yksityisiltä 716 miljoonaa euroa. Summa on reaalisesti yli kaksinkertaistunut vuodesta 1995. Vuonna

2002 kunnat käyttivät sosiaalipalvelujen ostoon yksityisiltä 12 prosenttia sosiaalitoimen käyttökustannuksistaan, kun osuus vuonna 1995 oli 6 prosenttia.

Terveystieteidenhuollossa kuntien ja kuntayhtymien ostopalvelut ovat selvästi vähäisempiä kuin sosiaalipalveluissa. Eniten yksityisiä terveystieteidenpalveluja ostavat kotitaloudet, työntekijät ja Kela. Vuonna 2002 kunnat ja kuntayhtymät ostivat terveystieteidenpalveluja 162 miljoonalla eurolla. Siitä kuntien osuus oli 96,5 miljoonaa ja kuntayhtymien osuus 65,4 miljoonaa euroa

Kilpailuilla markkinoilla palvelut on tuoteistettava, mikä edellyttää kuntien kustannuslaskennan kehittämistä. Kustannuslaskennan tehostamisen kautta kunta pystyy myös vertaamaan itse tuotettujen ja ostopalvelujen välisiä hintoja. Sairaaloitten osalta organisaatioitten kustannuslaskenta onkin edennyt viime vuosina. Palvelujen hankinnoissa tarvitaan osaamista. Pienten kuntien kannalta esimerkiksi seutuyhteistyön kautta voidaan hankkia riittävät resurssit ostopalvelujen hankintaan.

Palvelujen tilaamiseen liittyvää osaamista kehittämällä, kuntasektorin sisäisellä yhteistyöllä ja kilpailuttamista hyödyntämällä voidaan tehokkaimpien ja asiakaslähtöisimpien tuotantotapojen käyttöä edistää. Monia toimiviksi ja taloudellisesti järkeviksi osoittautuneita tapoja palvelutuotannon organisoimiseksi on Suomessa kokeiltu jo usean vuoden ajan.

Julkisen vallan vastuu palvelutuotannon järjestämisestä säilyy myös tulevaisuudessa. Palveluja voidaan järjestää yksityisten yritysten tai voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen kautta. Selkiyttämällä palvelujen tuottamista ja tilaamista on mahdollista lisätä palvelutuotannon tehokkuutta. Jos valmisteilla oleva EUn palveludirektiivi toteutuisi komission ehdottamassa muodossa, sosiaali- ja terveystieteidenpalvelut avautuisivat entistä laajemmin ulkomaisille kilpailijoille. Toteutuessaan direktiivi pakottaisi yksityisen ja julkisen palvelutuotannon entistä selkeämpään eriyttämiseen.

Valtion, kuntien ja palvelujen tuottajien välinen ohjaussuhde ei toimi aina parhaalla mahdollisella tavalla. Informaatio-ohjaus on vielä vakiintumatonta ja vaikuttavuudeltaan vaihtelevaa ja edellyttäisi vielä järjestelmällistä kehitystyötä. Eri toimijoiden taloudelliset kannusteet hoidon järjestämiseen eivät ole aina oikeansuuntaisia ja lainsäädäntö on osittain perua ajoilta, jolloin resurssiohjauksen merkitys oli ratkaisevasti suurempi.

## **5.2 Kohtuullinen toimeentuloturva**

Hallitusohjelmaan sisältyy useiden toimeentuloturvaetuuksien korottaminen hallituskauden aikana. Lapsilisiä korotettiin jo vuoden 2004 alussa. Samoin lievennettiin työmarkkinatuen tulovähenteisyyttä puolisojen tulojen suhteen. Vuonna 2005 korotetaan kansaneläkkeitä, kotihoidon tukea sekä vähimmäissairaus-, äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahaa. Kansaneläkkeiden korotus piti alun perin toteuttaa vasta vuoden 2006 alussa. Vuoden

2005 talousarviota koskevissa neuvotteluissa hallitus kuitenkin sopi korotuksen aikaistamisesta maaliskuulle 2005.

Etuuksien korotukset voidaan nähdä osana hallitusohjelman muita tavoitteita. Lapsilisien, kotihoidon tuen ja vähimmäisvanhempainrahojen korotukset ovat eräs keino, jolla hallitus pyrkii parantamaan lapsiperheiden taloudellista asemaa ja ehkäisemään lapsiperheiden köyhyyttä ja ylisukupolvisen syrjäytymisen ketjua. Lapsiperheiden asema on varsin korostetusti esillä hallitusohjelmassa. Kansaneläkkeen korotus voidaan nähdä osana ensisijaisen toimeentuloturvan kehittämistä, jonka tavoitteena on köyhyyden ja syrjäytymisen vähentäminen. Samalla ensisijaisen toimeentuloturvan kehittäminen vähentää tarvetta toimeentulotuen pitkäaikaiseen käyttöön.

Toimeentuloturvan riittävä taso on hallitusohjelmassa kuitenkin vain eräs osakeinona köyhyyden ja syrjäytymisen torjunnassa. Työllisyyden merkitys köyhyyden ja syrjäytymisen torjunnassa todetaan hyvin korotetusti: ”Syrjäytymisen estäminen ja köyhyyden torjuminen onnistuvat vain työllisyystavoitteiden toteutumisen kautta.” Tämän työllisyyden ja syrjäytymisen torjunnan välisen yhteyden voidaan nähdä syntyvän kahdella tavalla. Hyvä työllisyyskehitys on välttämätöntä, jotta etuuksien riittävä taso voidaan turvata. Mikäli työllisyyskehitys jää heikoksi, on etuuksien saajia enemmän, kun samalla niiden rahoitukseksi kerättäviä veroja ja sosiaalivakuutusmaksuja kertyy vähemmän. Tässä tilanteessa etuuksien riittävän taso turvaaminen olisi vaikeaa. Taloudellisen kytkennän lisäksi työllisyys on syrjäytymisen torjunnassa keino sinänsä. Välittömän taloudellisen hyödyn lisäksi työllisyyden voidaan nähdä olevan keskeinen osa työikäisen väestön ”hyvää elämää”. Mikäli tämä osa-alue elämästä ei toteudu, saattaa sillä olla ajan myötä kielteisiä vaikutuksia myös muille elämän osa-alueille.

Jo edellisten hallitusten ohjelmissa toimeentuloturvan kannustavuuteen liittyvät kysymykset olivat painotetusti esillä. Työllisyystavoitteen korostamisen takia ei ole yllättävää, että kannustavuusteema on esillä myös nykyisessä hallitusohjelmassa. Pääpaino on kuitenkin nyt sosiaaliturvan rahoituksen vaikutuksissa työvoiman kysyntään. Tällaisia kysymyksiä ovat matalapalkkaiseen työn välillisten työvoimakustannusten keventäminen sekä suurten työnantajien työkyvyttömyyseläkkeiden omavastuut.

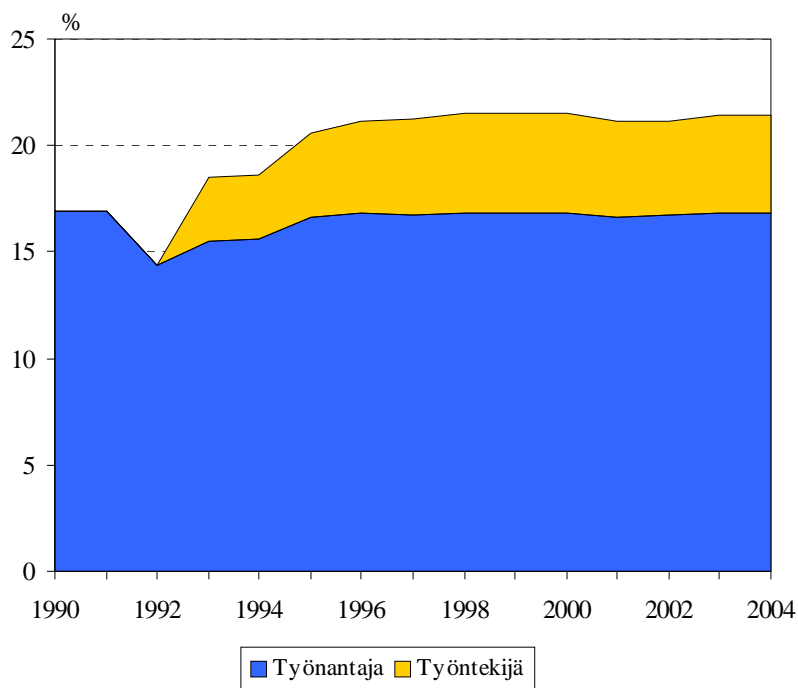
### **5.2.1 Eläkejärjestelmän rahoituksen turvaaminen**

#### *Työeläkkeiden rahoitus*

Sekä yksityisten että erityisesti julkisten alojen työeläkejärjestelmiin tehtiin 1990-luvulla lukuisia muutoksia, jotka hillitsivät eläkemenojen kasvua sekä lyhyellä että pidemmällä aikavälillä. Tämä vaikutti osaltaan siihen, että esimerkiksi TEL-järjestelmän vakuutusmaksujen kasvu taittui 1990-luvun puolivälissä (kuvio 73). Tästä huolimatta työeläkerahastot ovat kasvaneet voimakkaasti. Vuonna 2003 työeläkelaitosten ylijäämä oli 2,6 prosenttia suhteessa bruttokansatuotteeseen. Työeläkerahastojen sijoitusten markkina-arvo oli

vuoden 2003 lopussa 78,6 miljardia euroa eli 54,8 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen.

Kuvio 73. TEL-järjestelmän vakuutusmaksuprosentin kehitys vuosina 1990-2004

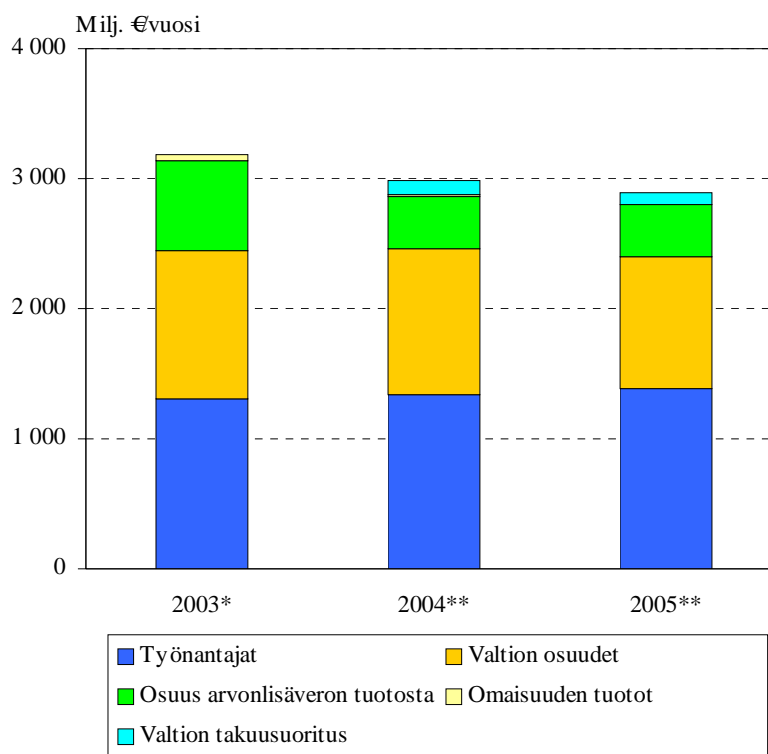


Lähde: Eläketurvakeskus

#### *Kansaneläkevakuutuksen rahoitus*

Kansaneläkevakuutuksen pääasiallisia rahoittajia ovat työnantajat ja valtio. Valtion rahoitusosuus koostuu varsinaisista valtion osuuksista<sup>22</sup> sekä arvonlisäveron tuotosta kansaneläkerahastoon ohjattavasta osasta. Vuosina 2004 ja 2005 valtion täytyy osallistua kansaneläkevakuutuksen rahoitukseen myös takuusuorituksella, jolla turvataan kansaneläkerahaston riittävä suuruus (kuvio 74). Kansaneläkevakuutuksen etuusmenojen arvioidaan pienenevän verrattain voimakkaasti 2010-luvun alkupuolelle saakka. Tämä saattaa luoda tilaa työnantajan kansaneläkevakuutusmaksujen alentamiselle vaarantamatta pidemmällä aikavälillä kansaneläkevakuutuksen rahoitusta.

Kuvio 74. Kansaneläkevakuutuksen rahoitusrakenne vuosina 2003-2005

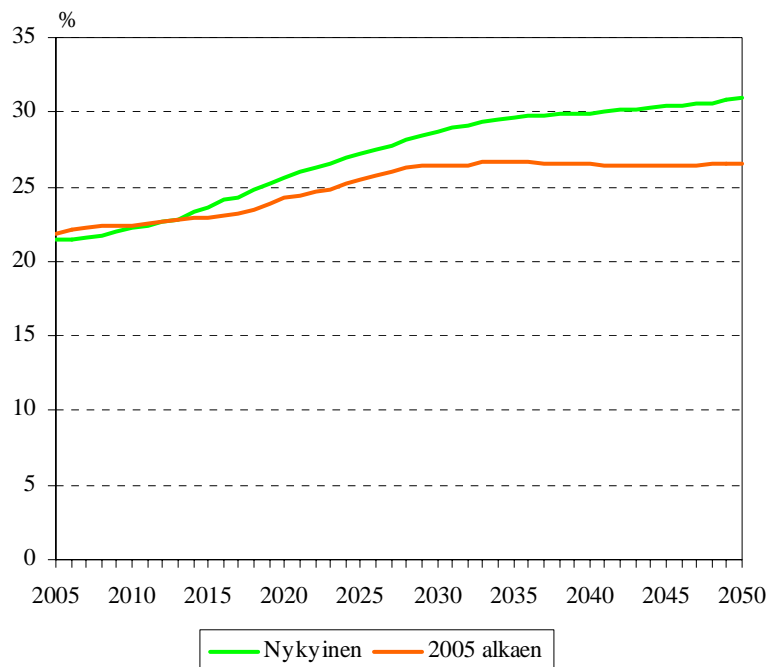


Lähde: KELA / Valtion talousarvioesitys

*Ikärakenteen muutos ja eläkejärjestelmän kestävyys*

Väestön ikääntymisen myötä vanhuuseläkeikäisen väestön osuus tulee seuraavina vuosikymmeninä kasvamaan merkittävästi. Erityisesti työeläkejärjestelmien rahoitukselle tämä muodostaa huomattavan haasteen. Ilman eläkejärjestelmiin tehtäviä muutoksia olisi työnantajien ja vakuutettujen työeläkemaksuja jouduttu korottamaan tuntuvasti. Vuoden 2005 alusta asteittain voimaan tulevien yksityisen ja julkisten alojen eläkeuudistusten ansiosta sekä työeläkemenon että eläkemaksujen kasvun ennakoidaan jäävän selvästi pienemmäksi kuin nykyainsäädännön mukaan olisi tapahtunut.<sup>23</sup> Eläketurvakeskus arvioi yksityisen sektorin työeläkemaksun nousevan nykyisestä 21 prosentista noin 26 prosenttiin palkoista vuoteen 2030 mennessä ja pysyvän sillä tasolla ainakin vuoteen 2050 saakka. Ilman uudistusta eläkemaksun ennakoitiin nousevan 30 prosenttiin palkoista jo 2030-luvun puoliväliin mennessä (kuvio 75).

Kuvio 75. Arvio vuoden 2005 eläkeuudistuksen vaikutuksesta TEL-vakuutusmaksun kehitykseen vuosina 2005-2050, % palkasta



Lähde: Eläketurvakeskus

Eläketurvaa koskeviin pitkän aikavälin ennusteisiin sisältyy luonnollisesti lukuisia epävarmuutta aiheuttavia tekijöitä. Eläkeuudistuksen onnistumisen kannalta keskeinen kysymys on työllisyyden kehitys. Uudistuksen oletetaan nostavan työllisyysastetta erityisesti vanhemmissa ikäluokissa eläkkeelle siirtymisen lykkäytyessä nykyisestä. Uudistuksessa tähän on pyritty varhaiseläkejärjestelmiä karsimalla sekä lisäämällä taloudellisia kannustimia työuran pidentämiseen. Uudessa työeläkejärjestelmässä työssä jatkaminen 63 ikävuoden jälkeen palkitaan 4,5 prosentin vuosittaisella eläkekattumalla, minkä oletetaan kannustavan työssä jatkamiseen. Eläkkeen kattuminen jatkuu 68 vuoden ikään asti ja toisin kuin nykyjärjestelmässä eläkeprosentti voi olla suurempi kuin 60 prosenttia.

Suomen eläkejärjestelmää ovat arvioineet myös ulkomaiset asiantuntijat. EU:n komission ja neuvoston yhteisraportissa Suomen eläkejärjestelmän taloudellinen kestävyys nähtiin pienin tarkistuksin hyväksi. Samalla eläkejärjestelmän todettiin takaavan riittävän eläketurvan ja ehkäisevän hyvin eläkeläistalouksien köyhyysriskiä. Vuoden 2005 eläkeuudistuksen todettiin olevan askel eläkejärjestelmän tasapainottamisessa. Samalla raportissa kuitenkin arvoiteltiin uudistuksen pitkiä voimaantuloaikoja, jonka ansiosta suuret ikäluokat voivat vielä hyödyntää varhaiseläkejärjestelmiä. Hieman samansuuntaisen arvion esitti OECD tutkimusraportissaan, jossa arvioitiin ikääntyvän väestön työvoimapolitiikalle asettamia haasteita. Ikääntyneiden työllisyysaste on Suomessa alhainen. Raportin mukaan eräs syy tähän on se,



että Suomessa on liian monia väyliä varhaiseläkkeelle. Eläkeuudistuksen muutokset nähtiin OECD:n raportissa oikeasuuntaisiksi, mutta niiden epäiltiin olevan riittämättömiä. Sama näkemys toistui OECD:n lokakuussa 2004 julkaistussa taloudellisessa maa-arviossa, jossa suositeltiin varhaiseläkejärjestelmien rajoittamista edelleen.

### **5.2.2 Riittävä vähimmäisturva ja kohtuullinen ansioturva**

Hallituksen strategia-asiakirjaan kirjatut toimeentuloturvan tasoa koskevat vaikuttavuustavoitteet antavat mahdollisuuden hyvin monenlaisiin tulkintoihin. Sinällään tämä on luonnollista, koska mahdollisuudet toimeentuloturvan kehittämiseen ovat pitkälti sidoksissa hallitusohjelman muiden tavoitteiden toteutumiseen. Mitä enemmän työllisyystavoitteesta jäädyään jälkeen, sitä rajatummat ovat mahdollisuudet toimeentuloturvan kehittämiseen. Toimeentuloturvan riittävää ja kohtuullista tasoa joudutaankin jatkuvasti peilaamaan toimintaympäristössä tapahtuviin muutoksiin.

#### *Etuuksien kehitys*

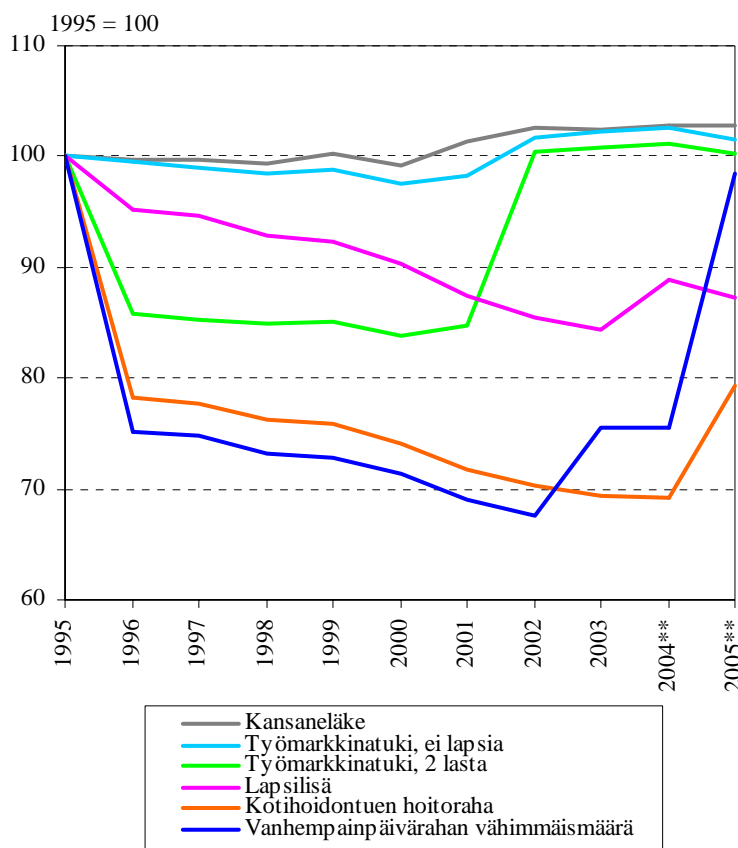
Kuviossa 76 on esitetty täysimääräisen kansaneläkkeen, työmarkkinatuen sekä eräiden perhe-etuuksien reaalin kehitys vuodesta 1995 alkaen.<sup>24</sup> Kotitalouksien vähimmäisturvan takaavia etuuksia tarkistetaan pääsääntöisesti kuluttajahintojen muutosta vastaavasti. Sen sijaan erityisesti perhe-etuuksien tarkistukset tehdään lähinnä erillisillä päätöksillä (lapsilisät, kotihoidon tuki). Lakiin kirjattu indeksisidonnaisuus näyttää takaavan etuukseen ostovoiman säilymisen selvästi paremmin kuin erilliset korotuspäätökset.

Sekä kansaneläkkeeseen (1.6.2001) että työmarkkinatukeen (1.3.2002) tehtiin tarkastelujaksolla myös pienehköt tasokorotukset. Vuoden 2002 alussa työmarkkinatuen lapsikorotukset palautettiin yhtä suuriksi kuin ansio- ja peruspäivärahassa. Maaliskuun alussa 2005 kansaneläkkeisiin tehdään uusi tasokorotus, jossa kansaneläkkeitä korotetaan noin 7 eurolla kuukaudessa. Lapsilisään vuoden 2004 alussa tehdystä korotuksesta huolimatta sen reaaliarvo on edelleen selvästi alhaisempi kuin lapsilisäleikkauksen jälkeen vuonna 1995.<sup>25</sup> Kotihoidon tuen hoitorahan ja vanhempainpäivärahan vähimmäismäärään vuoden 2005 alussa tehtävät korotukset palauttavat niiden arvon lähemmäs 1990-luvun puolivälin tasoa.

Monet etuuksien suuruuteen vaikuttavista muutoksista eivät tule kuvion 76 pelkistetyssä tarkastelussa esiin. Perhetyypistä riippuen kotihoidon tuen kokonaismäärään vaikuttavat varsinaisen hoitorahan lisäksi hoitorahan sisäkorotukset sekä tulovähenteinen hoitolisä.<sup>26</sup> Näiden määräytymisperusteet muuttuivat elokuussa 1997. Uudistuksen kokonaisvaikutukset vaihtelivat perhetyypistä ja perheen muista tuloista riippuen. Työmarkkinatuen ja muiden veronalaisten tulonsiirtojen nettomäärää on aavistuksen pienentänyt myös keskimääräisen kunnallisveroprosentin nousu. Pelkkää kansaneläkettä saavan eläkeläisen tuloihin kunnallisveroprosentin muutos ei vaikuta, koska kunnallisverotuksen eläketulovähennyksen takia hän ei maksa kunnallisveroa.<sup>27</sup> Työmarkkinatuen tulovähenteisyyttä lie-

vennettiin puolison tulojen suhteen sekä syyskuussa 2000 että vuoden 2004 alussa. Täysimääräisen työmarkkinatuen tarkastelussa tulovähenteisyyden lievennykset eivät tule esiin. Pelkästään vuoden 2004 alussa toteutettu uudistus saattoi kasvattaa perheen bruttotuloja 150 eurolla kuukaudessa.

Kuvio 76. Eräiden toimeentuloturvaetuuksien reaalin kehitys vuosina 1995-2005



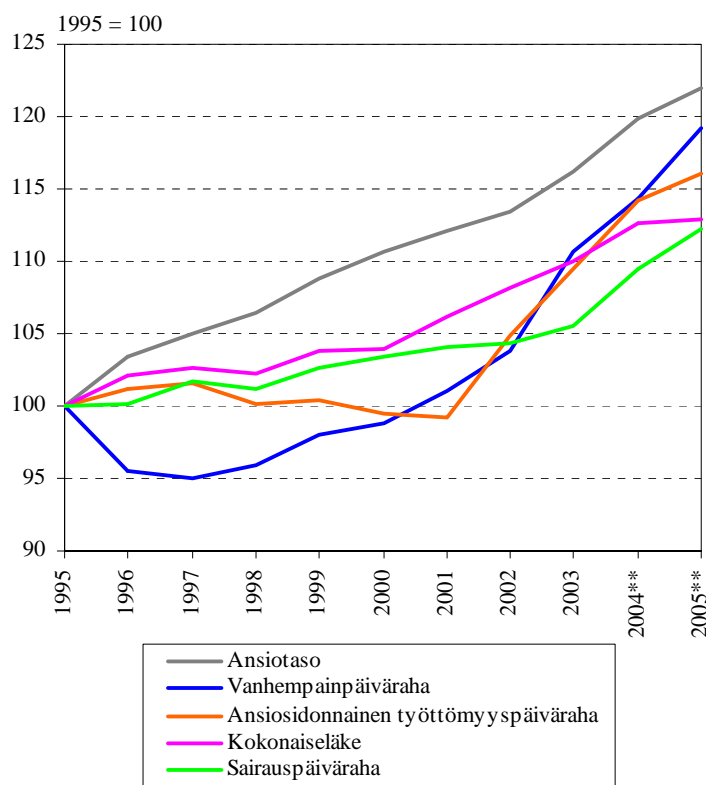
Lapsilisä: Vuoden 2003 lopun perherakenteella painotettu lasta kohti laskettu keskiarvo  
 Työmarkkinatuki: Täysimääräinen työmarkkinatuki + mahdollinen lapsikorotus  
 Kansaneläke: Täysimääräinen kansaneläke, yksin asuva, I kuntaryhmä  
 Kotihoidon tuen hoitoraha: Pl. mahdolliset sisäkorotukset, vuoteen 1996 perusosa  
 Painotettu vuosikeskiarvo, mikäli etuutta korotettu vuoden aikana

Keskimääräiset päivärahat ja eläkkeensaajien keskimääräinen kokonaiseläke ovat kehittyneet vähimmäis- ja perhe-etuuksia paremmin. Kehitys johtuu etuuksien perustana olevien ansioiden kasvusta, mutta osin myös etuuksien määräytymisperusteisiin tehdyistä muutoksista. Kansaneläkkeen ja työttömyyspäivärahan tasokorotukset korottavat myös keskimääräistä kokonaiseläkettä ja työttömyysturvan ansiopäivärahaa. Työttömyysturvan tasokorotuksen yhteydessä 1.3.2002 palautettiin ansio-osan 1990-luvun alussa alennettu

korvausaste 42 prosentista 45 prosenttiin.<sup>28</sup> 1.1.2003 jälkeen työttömäksi jääville on voitu maksaa lakkautetun erorahan sijaan korotettua ansio-osaa, mikäli työttömäksi jäävä on ollut eläkkeeseen oikeuttavassa työssä vähintään 20 vuotta. Erorahan siirtymäsäännöksen poistumisen jälkeen tämä on alkanut korottaa keskimääräisiä päivärahoja. Keskimääräistä sairaus- ja vanhempainpäivärahaa kasvattaa 2005 alussa vähimmäispäivärahaan tehtävä korotus.

Erityisesti eläkkeensaajien osalta on muistettava, että kehitys ei kuvaa tarkastelujakson alussa eläkkeellä olleiden eläkkeensaajien tulokehitystä. Keskimääräisten eläkkeiden ja päivärahojen kehitykseen vaikuttavat myös ryhmien rakenteessa tapahtuvat muutokset. Bruttoeläkkeiden tarkastelu ei tuo myöskään esiin eläkkeensaajien verotuksen keventymistä 1990-luvun lopussa ja 2000-luvun alussa. Keskieläkkeen kasvusta huolimatta, keskimääräistä kokonaiseläkettä saavan eläkkeensaajan tuloveroprosentti oli vuonna 2002 noin 4-5 prosenttiyksikköä alhaisempi kuin vuonna 1995.

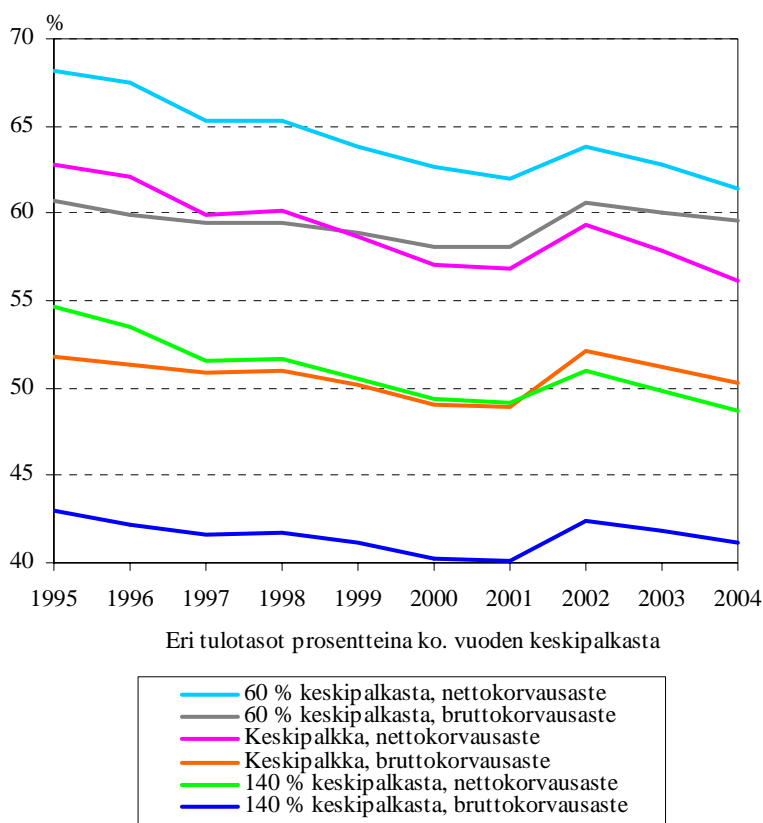
Kuvio 77. Keskimääräisen kokonaiseläkkeen, keskimääräisten päivärahojen ja ansiotasoindeksin reaalin kehitys vuosina 1995-2005



Keskimääräiset päivarahat ovat kehittyneet yleistä ansiotasoa hitaammin. Koska taustalla voi olla myös päivärahansaajien tulotasossa ja rakenteessa tapahtuneet muutokset tämä ei sinällään kerro etuusjärjestelmien korvaustasojen muutoksista eri tulotasolla. Bruttokor-

vausaste kuvaa etuuden ja sen perustana olevan palkan suhdetta. Työttömyysturvan bruttokorvausaste on keskipalkkaa pienemmillä tuloilla pysynyt lähes ennallaan (kuvio 78). Suurempituloisilla korvausaste on laskenut, koska tulotason nousun myötä yhä suurempi osa tuloista oikeuttaa vain ansio-osan alempaan korvausprosenttiin.<sup>29</sup> Nettokorvausaste kuvaa bruttotulojen sijasta verotuksen jälkeisen nettopäivärahan suhdetta nettopalkkaan. Työttömyysturvan nettokorvausaste on laskenut kaikilla tulotasoilla. Yleisten sekä palkkatuloja että veronalaisia toimeentuloturvaetuuksia koskevien veromuutosten lisäksi nettokorvausastetta on erityisesti pienillä tuloilla alentanut kunnallisverotuksen ansiotulovähennyksen kehittäminen. Ansiotulovähennykseen oikeuttaa nykyisin vain palkka- tai yrittäjätulot. Esimerkiksi pienillä tuloilla (60 prosenttia keskitulosta) nettokorvausaste on laskenut lähes seitsemän prosenttiyksikköä. Tästä noin puolet selittyy ansiotulovähennyksen muutoksilla. Kunnallisverotuksen ansiotulovähennyksen keskeisenä tavoitteena on ollut pienipalkkaisen työn vastaanottokynnyksen madaltaminen.

Kuvio 78. Ansiosidonnaisen työttömyysturvan brutto- ja nettokorvausaste eri tulotasoilla vuosina 1995-2004, %



Keskituloina käytetty OECD:n keskivertotyöntekijän palkkatasoa. Ko. luku sisältää myös lomarahaa, jota ei oteta huomioon päivärahaa laskettaessa. Tämä alentaa hieman korvausastetta verrattuna niihin laskelmiin, jossa lomarahaa ei ole sisällytetty työssäoloajan tuloihin. Tarkastelussa ei ole huomioitu työttömyyskassan jäsenmaksua.

Erityisesti pienituloisten kotitalouksien toimeentulo saattaa koostua useista eri tulolähteistä. Elämäntilanteesta ja perhetyypistä riippuen tilanteet voivat olla hyvin erilaisia. Vaikka verotuksen vaikutus otettaisiin huomioon, ei yksittäisen toimeentuloturvaetuuden ja palkkatulojen tarkastelu aina anna riittävän kattavaa kuvaa toimeentulosta ja toimeentuloturvassa tapahtuneiden muutosten yhteisvaikutuksista. Yksin vuokralla asuvan työttömän tuloihin voivat vaikuttaa työttömyyspäivärahan tai työmarkkinatuen lisäksi etuuden verotus, asumistuki sekä tuloja mahdollisesti täydentävä toimeentulotuki. Lapsiperheissä tulomuodostuksen vaikuttavat tekijät voivat olla tätäkin lukuisampia. Tämä ei rajoitu pelkästään toimeentuloturvaetuuksiin. Koska pienten lasten päivähoidon tarve yleensä riippuu vanhempien työssäkäynnistä, päivähoitomaksut muodostavat erityisen menoerän. Molempien vanhempien työllistymisestä seuraavan tulojen kasvun vastapainona syntyy uusi menoerä, päivähoitomaksut.

#### *Ansioturvan kattavuus*

Ansioturvan piiristä putoaminen saattaa aiheuttaa työttömälle tulojen tuntuvan pienenemisen. Työttömien toimeentulon kannalta pienet muutokset ansioturvan määräytymisperusteissa saattavatkin olla merkitykseltään vähäisempiä kuin se, miten työttömät jakautuvat ansio- ja vähimmäisturvan piiriin. Vastaavasti pienituloisten eläkeläisten lukumäärä riippuu eläkejärjestelmiin tehtävien muutosten lisäksi eläkkeensaajien työhistoriasta. Nykyinen sitkeä pitkäaikaistyöttömyys voi tulevaisuudessa näkyä toimeentulo-ongelmista kärsivien eläkkeensaajien määrän lisääntymisenä. Eri toimeentuloturvaetuuksien tason lisäksi on siis tärkeää, miten etuuksien saajat jakautuvat ansio- ja vähimmäisturvan saajiin. Työmarkkinatuen suhteellisen alhainen taso olisi selvästi pienempi ongelma, jos enemmistö työttömistä saisi ansioturvaa ja työmarkkinatukea saavien tukijaksot olisivat kohtalaisen lyhyitä.

Vuonna 2003 runsaat 40 prosenttia työttömistä työnhakijoista sai ansiosidonnaista työttömyyspäivärahaa. Työmarkkinatukea sai noin puolet työttömistä työnhakijoista. Ansio-päivärahaa saavien osuus oli suurimmillaan heti 1990-luvun laman ensimmäisinä vuosina. Tämän jälkeen ansiopäivärahaa saavien osuus hiljalleen pienentyi samalla kun työttömien työnhakijoiden kokonaismäärä väheni. Vuonna 2003 ansioturvaa saavien osuus kääntyi vähäiseen kasvuun. Osa työttömistä on siirtynyt työttömyyseläkkeelle. Työttömyyseläkkeen saajien lukumäärä on kasvanut aivan viime vuosiin saakka. (Taulukko 13)

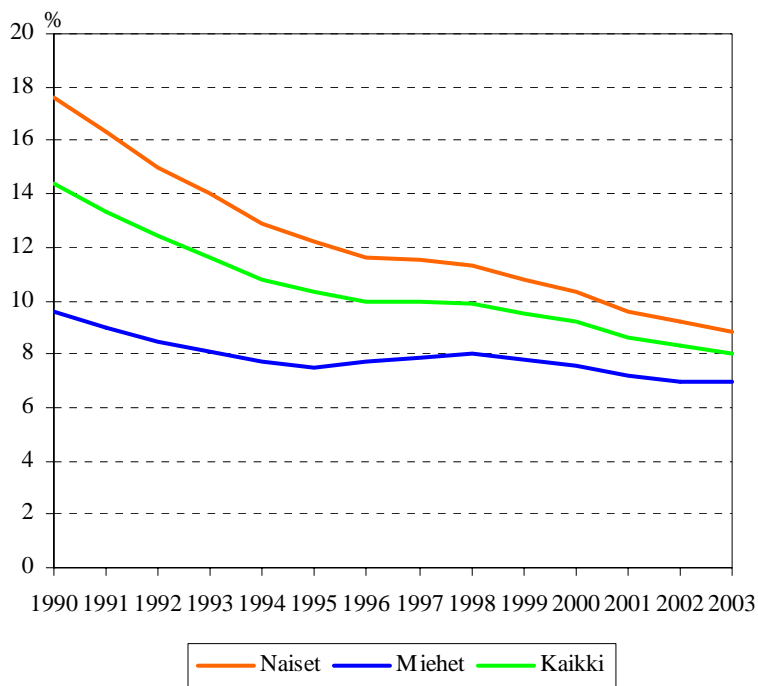
Eläkkeensaajien toimeentulossa ansioturvan merkitys on korostunut jatkuvasti. Pelkkää kansaneläkettä saavien eläkkeensaajien osuus supistui nopeasti 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa. Tämän jälkeen osuus on edelleen supistunut, mutta hieman hitaammin. Erityisen nopeasti on supistunut pelkkää kansaneläkettä saavien naisten osuus. (Kuvio 79.)

Taulukko 13. Työttömät työnhakijat toimeentuloturvan lajin mukaan sekä työttömyyseläkkeensaajat vuosina 1995-2003

Vuosi	Työttömät työnhakija			Työttömyyseläkkeellä
	Ansiopäiväraha	Peruspäiväraha	Työmarkkinatuki	
1995	238700	76400	142700	39800
1996	237100	28700	178300	37900
1997	208500	25500	173300	41100
1998	169900	19200	180500	44900
1999	150000	16700	175900	48000
2000	135700	15900	159600	50900
2001	122400	15800	153500	52700
2002	118200	17200	150600	54700
2003	121600	19100	144400	53000

Keskimäärin vuoden aikana. Lähde: Työpoliittinen Aikakauskirja. Työministeriö

Kuvio 79. Pelkkää kansaneläkettä saavien eläkkeensaajien osuus kaikista eläkkeensaajista vuosina 1990-2003



Lähde: Tilasto Suomen eläkkeensaajista. ETK/KELA

Pelkkää kansaneläkettä saavien osuuden kehitys ei välttämättä kerro paljoo eläkkeensaajien toimeentuloturvan kehityksestä, sillä ryhmän ulkopuolelle rajautuvat myös hyvin pientä työeläkettä saavat. Taulukossa 14 on esitetty niiden 65 vuotta täyttäneiden omaa eläkettä saavien osuus, jotka saavat pelkkää työeläkettä. Kansaneläkkeen pohjaosa poistui kokonaan vasta vuoden 2001 alussa. Tämän takia tarkastelu on tehty vasta vuodesta 2001 alkaen. Vuonna 2003 jo runsaat 40 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä eläkkeensaajista sai pelkkää työeläkettä. Miehistä pelkkää työeläkettä sai selvästi yli puolet ja naisistakin vajaa kolmannes. Koska naiset elävät keskimäärin pidempään kuin miehet, on naisten ryhmässä selvästi enemmän vanhempiin ikäluokkiin (yli 75-vuotiaat) kuuluvia eläkkeensaajia, joka vaikeuttaa sukupuolten välisiä vertailuja. Tämä takia pelkkää työeläkettä saavien osuudet on esitetty erikseen 65-69- ja 70-74-vuotiaiden ikäryhmissä.<sup>30</sup>

Taulukko 14. Pelkkää työeläkettä saavien eläkkeensaajien osuus 65 vuotta täyttäneistä omaa eläkettä saavista vuosien 2001-2003 lopussa, %

	2001	2002	2003
Kaikki 65 vuotta täyttäneet			
Kaikki	37,9	39,3	41,4
Miehet	52,3	53,8	55,9
Naiset	28,7	30,0	31,9
65-69-vuotiaat			
Kaikki	51,9	53,9	56,2
Miehet	64,6	66,6	68,6
Naiset	41,1	43,0	45,5
70-74-vuotiaat			
Kaikki	40,4	42,4	45,0
Miehet	52,7	54,8	57,
Naiset	31,3	33,1	35,5

Lähde: Tilasto Suomen eläkkeensaajista. ETK/KELA

Sairauspäiväraha korvaa työkyvyttömyydestä aiheutuvaa ansionmenetystä. Päiväraha maksetaan yleensä hakijan työtulojen mukaan, mutta tietyissä tilanteissa vakuutettu on oikeutettu vähimmäismääräiseen tai vähimmäismääräistä pienempään päivärahaan.<sup>31</sup> Vähimmäismääräisten tai vähimmäismäärää pienempien sairauspäivärahojen osuus kaikista päivärahopäivistä oli 5,8 prosenttia vuonna 2003. Vähimmäispäivärahan saajien osuus on selvästi suurin nuorimmassa 16-24-vuotiaiden ikäluokassa. Vanhempainrahan vähimmäispäiväraha on samansuuruinen kuin sairauden perusteella maksettava vähimmäispäiväraha. Vuonna 2003 runsas viidennes päivärahopäivistä maksettiin pienituloisuuden takia vähimmäismääräisinä. Vähimmäismääräisten vanhempainpäivärahopäivien osuus on pienentynyt viime vuosina.

### *Toimeentulotuki muiden etuuksien täydentäjänä*

Syyperusteisten etuuksien pitäisi pääsääntöisesti tarjota riittävä toimeentulo esimerkiksi sairauden, työkyvyttömyyden tai työttömyyden varalta. Toimeentulotuen laajamittainen tarve syyperusteisten etuuksien täydentäjänä on osoitus toimeentuloturvajärjestelmään sisältyvistä jännitteistä. Toimeentulotuen tarve liittyy kiinteästi työttömyyden vähimmäisturvaan. Marraskuussa 2002 toimeentulotukea saaneista kotitalouksista vajaat 47 prosenttia oli saanut myös työmarkkinatukea tai peruspäivärahaa. Asumistukea toimeentulotukea saaneista talouksista oli saanut runsaat 55 prosenttia. Tyypillinen tukiyhdistelmä oli työmarkkinatuki ja asumistuki, jota täydennettiin toimeentulotuella. Neljännes toimeentulotukea saaneista talouksista sai sekä työmarkkinatukea että asumistukea.

Eläkkeensaajilla toimeentulotuen tarvetta esiintyy suhteellisen harvoin. 12,4 prosenttia toimeentulotukea marraskuussa 2002 saaneista talouksista oli saanut myös eläkettä. Eläketurvan mitoituksessa on siis pystytty ottamaan huomioon se, että tuki on tarkoitettu pitkäkestoiseksi. Työmarkkinatuki on alun perin tarkoitettu lähinnä väliaikaiseksi tukimuodoksi työtä etsiville, työmarkkinoille ensi kertaa tuleville nuorille. Tuen mitoituksessa korostuvat tällöin myös erilaiset pienipalkkaisen työn vastaanottoon liittyvät kannustinpohdinnat. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien toimeentuloturvan muodoksi työmarkkinatuki soveltuu huonosti. Työllistymisen esteet saattavat tällöin olla hyvin moninaiset ja etuuden tason vaikutus työllistymiseen saattaa olla vähäinen.

Käytännössä toimeentulotuen tarve saattaa johtua syyperusteisten etuuksien tason lisäksi myös muista, kotitalouksittain vaihtelevista tekijöistä. Toimeentulotuen tarve määräytyy kotitalouskohtaisesti, kotitalouden toimeentulotuen perusosan sekä erikseen huomioitavien menojen ja kotitalouden tulojen erotuksena. Tästä seuraa väistämättä eroja henkilökohtaisiin syyperusteisiin etuuksiin verrattuna. Mikäli toimeentulotuen tarve haluttaisiin lähes kaikissa tilanteissa välttää, edellyttäisi se syyperusteisten etuuksien vähimmäistasojen tuntuvaa nostamista tai niiden määrätymisperusteiden oleellista muuttamista. Etuustasojen korotuksesta hyötyisivät myös ne syyperusteisten etuuksien saajat, joiden toimeentulo on jo nyt turvattu. Etuuksien korotusten aiheuttamat menonlisäykset saattaisivat olla huomattavia, mikä vähentäisi mahdollisuuksia muun sosiaaliturvan kehittämiseen. Laajamittaiset korotukset saattaisivat myös vinouttaa toimeentuloturvan taloudellisia kannustimia.

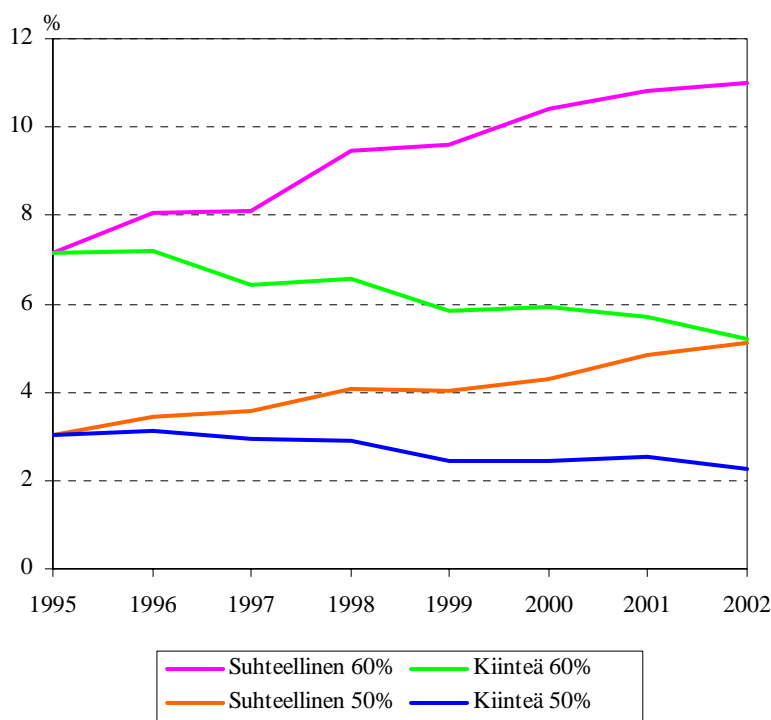
### *Köyhyyden torjunta ja pienituloisten tulokehitys*

Eräs toimeentuloturvan keskeisistä tavoitteista on köyhyyden torjunta ja pienituloisen väestön kohtuullisesta toimeentulosta huolehtiminen. Köyhyyden yleisyyteen ja pienituloisen väestön tulokehitykseen vaikuttavat toimeentuloturvan lisäksi monet muut tekijät. Muutokset työllisyydessä, pienipalkkaisten ansiokehitys, verotus sekä muutokset perherakenteessa ovat eräitä tällaisia tekijöitä. Täten toimeentuloturvan riittävyyden arviointi köyhyyskehityksen tai pienituloisten tulokehityksen kautta on tehtävä varoen.



Köyhyyttä mitataan yleensä köyhyysrajan alittavan väestön osuudella koko väestöstä. Köyhyysraja määritetään suhteessa väestön keskimääräiseen tulotasoon ja se seuraa yleisen tulotason muutoksia ("suhteellinen köyhyysraja"). Yleisimmin suhteellinen köyhyysraja asetetaan 50 tai 60 prosenttiin kotitalouksien mediaanitulosta. Näin mitattuna köyhän väestön osuus on viime vuosina kasvanut. Edellä esitettyjen toimeentuloturva koskevien tarkastelujen perusteella tämä ei ole kovin yllättävää. Useiden vähimmäis- ja perheetuksien taso on jäänyt jälkeen yleisestä tulokehityksestä. Samalla pitkäaikaistyöttömyys on edelleen yleistä ja monen työttömän toimeentulo vähimmäisturvan varassa. Osaltaan köyhyyttä on tässä tarkastelussa lisännyt köyhyysrajan nousu yleisen tulotason myötä. Viimeaikaisesta kehityksestä saa toisenlaisen kuvan, jos köyhyysrajana käytetään tarkastelujakson alun tuloarajaa hintojen muutoksella tarkistettuna ("kiinteä köyhyysraja"). Köyhyysraja alittavan väestön osuus on tällöin supistunut. (Kuvio 80.)

Kuvio 80. Köyhyysrajan alittavan väestön osuus suhteellisella ja kiinteällä vuoden 1995 köyhyysrajalla vuosina 1995-2002, %. Köyhyysraja 50 tai 60 % kotitalouksien mediaanitulosta



Lähde: STM, tulonjakotilaston palvelutiedosto

Suhteellinen köyhyysraja: Raja määritetty suhteessa kunkin vuoden kotitalouksien mediaanituloon. Yleisen tulotason noustessa raja nousee reaalisesti. Kiinteä pienituloisuusraja: Raja määritetty tarkastelujakson alun kotitalouksien mediaanitulon mukaan. Tämän jälkeen rajaa tarkistettu vain hintojen muutosta vastaavasti. Raja pysyy reaalisesti ennallaan. Kotitalouksia painotettu tarkastelussa niiden henkilöluvulla.

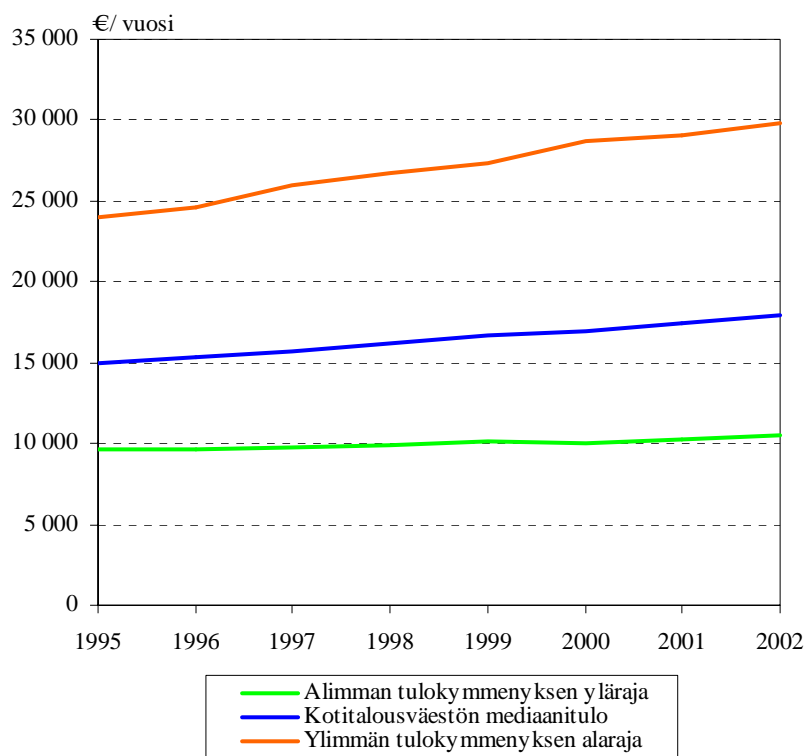
Pienituloisen väestön tulokehitys on ollut selvästi heikompaa kuin keski- ja hyvätuloisilla. Vuonna 1995 kotitalouksien käytettävissä oleva mediaanitulo oli 56 prosenttia suurempi kuin käytettävissä oleva tulo alimman tulokymmenyksen ylärajalla. Vuoteen 2002 mennessä ero oli kasvanut 71 prosenttiin (taulukko 15). Tästä huolimatta myös pienituloisen väestön reaalitytulot ovat hieman kasvaneet (kuvio 81). Pienituloisimman kymmenyksen bruttotuloista noin kaksi kolmasosaa on toimeentuloturvaetuksia ja muita tulonsiirtoja, joten niiden kehityksellä on keskeinen merkitys ryhmän tulojen kehittymiselle.

Taulukko 15. Käytettävissä olevien tulojen suhde eri kohdissa tulojakaumaa vuosina 1995-2002, %

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Ylimmän tulokymmenyksen alaraja/Alimman tulokymmenyksen ylärajalla	249	256	265	272	271	286	285	285
Kotitalouksien mediaanitulo/ Alimman tulokymmenyksen ylärajalla	156	160	161	165	165	168	170	171

Lähde: STM, tulonjakotilaston palvelutiedosto

Kuvio 81. Kotitalouksien kulutusyksikköä kohti laskettujen käytettävissä olevien reaalitytulojen kehitys vuosina 1995-2002. Vuoden 2002 hinnoin



Lähde: STM, tulonjakotilaston palvelutiedosto

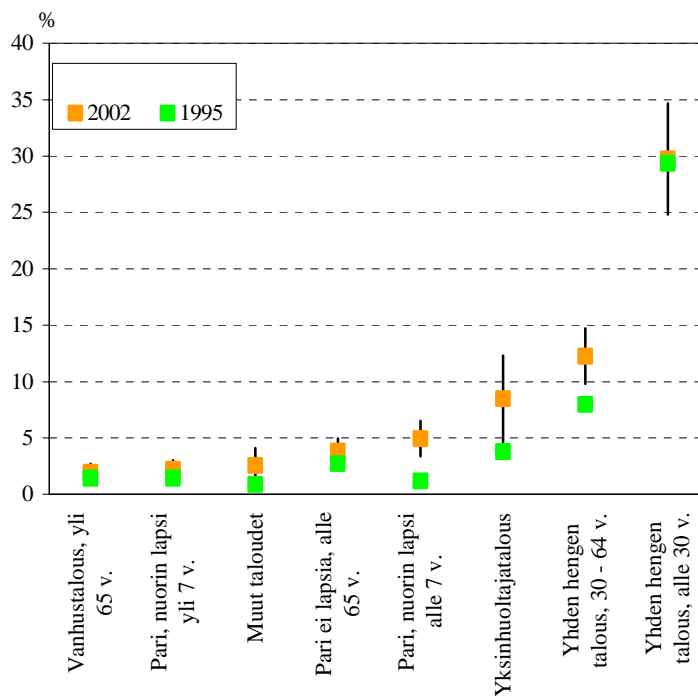
Modifioidut OECD-kulutussyksiköt. Kotitalouksia painotettu niiden henkilöluvulla.

Ripeän talouskasvun aikana ei pienituloisen väestön väliaikainen, hieman yleistä kehitystä heikompi tulokehitys ole välttämättä varsinaisen syrjäytymisen kannalta kovin suuri ongelma. Tärkeämpää on, että työllisyys kohentuu ja myös pienituloisten reaalitulot kasvavat. Pitkään jatkuessa muita heikompi tulokehitys muodostuu kuitenkin vakavammaksi ongelmaksi. Pienituloisten kotitalouksien mahdollisuudet pitää yllä väestön valtaosan kohtuullisena pitämää vähimmäiskulutustasoa eivät toteudu. Vaarana on, että ajan myötä pienituloisen väestön arkielämä etäännyy yhä kauemmas muusta väestöstä. Tästä näkökulmasta toimeentuloturvan kohtuullisesta tasosta huolehtiminen on keskeinen osa syrjäytymisen torjuntaa.

Pienituloisuuden yleisyys vaihtelee merkittävästi elämänvaiheen ja perhetyypin mukaan. Erityisesti nuorten alle 30-vuotiaiden pienituloisuus on hyvin yleistä, vaikka pienituloisuusrajana käytettäisiin alempaa 50 prosenttiin kaikkien kotitalouksien keskituloista asetettua tulorajaa. Huomattava osa näistä kotitalouksista on opiskelijatalouksia. Pienituloisuus ei tällöin välttämättä ole kovin pysyvää, vaan enemmänkin tiettyyn elämänvaiheeseen liittyvää. Toinen pienituloisuuden uhkaa lisäävä tekijä on kuuluminen kotitalouteen, jossa on vain yksi aikuinen. Pienituloisten osuus on sekä yksin asuvien 30-64-vuotiaiden että yksinhuoltajien joukossa keskimääräistä selvästi suurempi. Molemmissa ryhmissä pienituloisten osuus on myös kasvanut tarkastelujakson alkuun vuoteen 1995 verrattuna. Tarkastelujaksolla pienituloisuus on lisääntynyt myös niissä kahden huoltajan lapsiperheissä, joissa on alle kouluikäisiä lapsia. (Kuviot 82 ja 83)

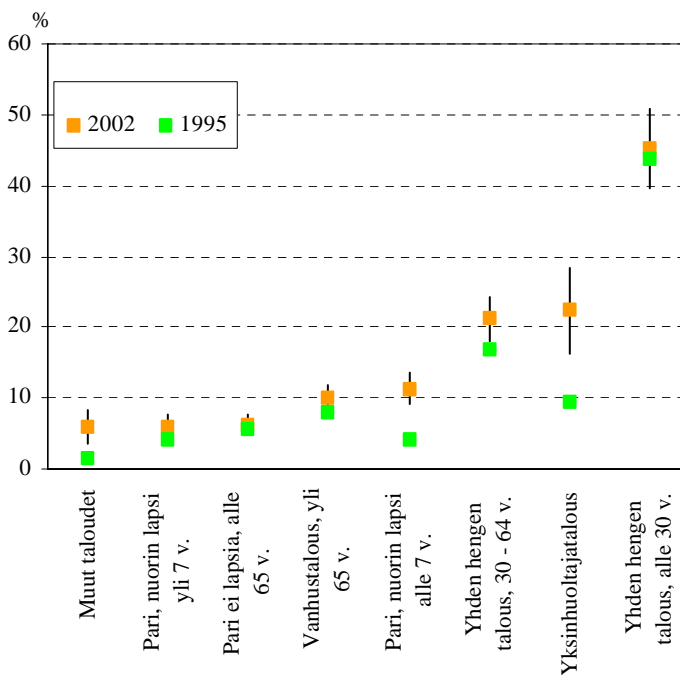
Otantaan perustuviin lukuihin sisältyy satunnaisvaihtelun takia epävarmuutta. Aivan kuten mielipidekyselyjä koskee tämä myös otantaan perustuvia tulotilastoja. Tämän takia kuvioissa 82 ja 83 on vuoden 2002 osalta esitetty myös luottamusväli (pystyviiva), jonka sisälle pienituloisen väestön osuus 95 prosentin todennäköisyydellä sijoittuu. Kuviosta voidaan havaita, että eräissä ryhmissä (yksinhuoltajat, yhden hengen taloudet) virhemarginaali on varsin suuri. Tämän takia erityisesti pienten vuosimuutosten perusteella ei pidä tehdä kovin pitkälle meneviä päätelmiä.

Kuvio 82. Pienituloisen väestön osuus eri perhetyypeissä vuosina 1995 ja 2002, %  
Pienituloisuusraja 50 % kotitalouksien mediaanitulosta



Lähde: STM, tulonjakotilaston palvelutiedosto

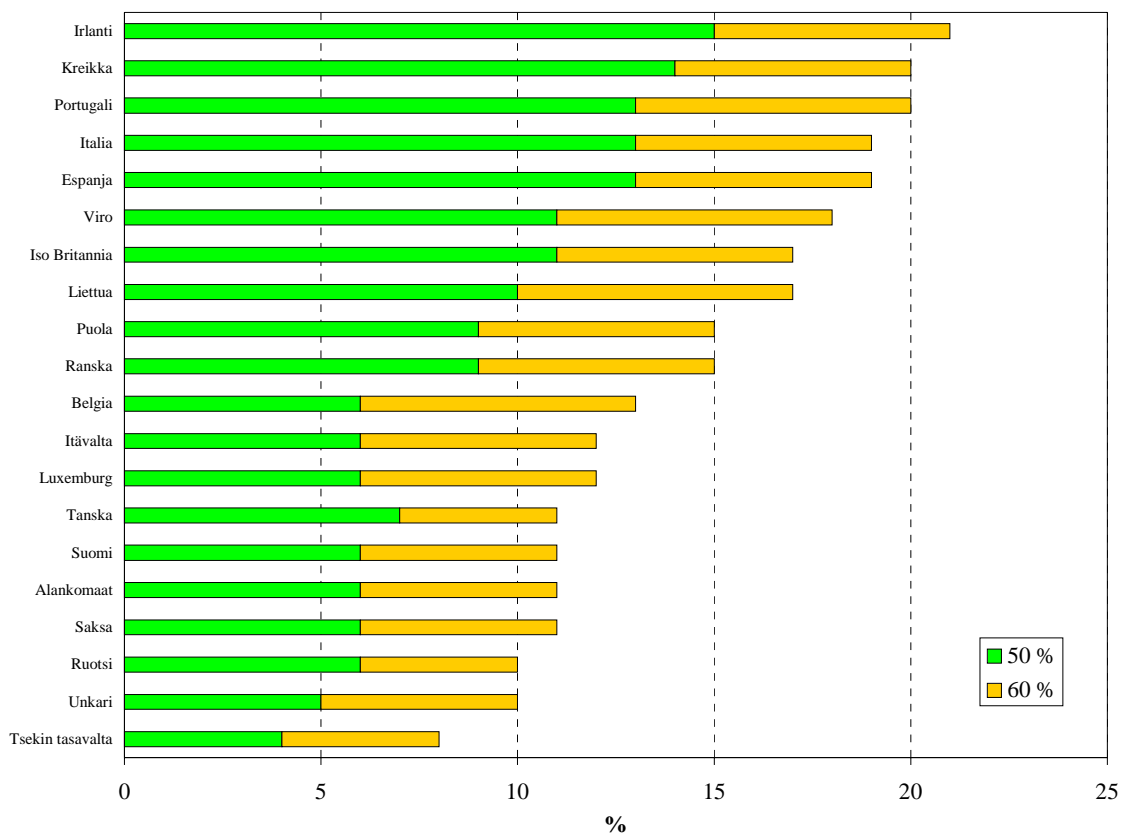
Kuvio 83. Pienituloisen väestön osuus eri perhetyypeissä vuosina 1995 ja 2002, %  
Pienituloisuusraja 60 % kotitalouksien mediaanitulosta



Lähde: STM, tulonjakotilaston palvelutiedosto

Useimpiin muihin EU-maihin verrattuna suhteellinen köyhyys on Suomessa vähäistä. Uusien EU-maiden Tsekin tasavallan ja Unkarin pieni köyhyysaste saattaa tuntua yllättävältä. Köyhyys on kussakin maassa määritelty suhteessa saman maan kotitalouksien mediaanituloihin, joten matalan tulotason maissa myös köyhyysraja on alhaisempi kuin korkean tulotason maissa.<sup>32</sup> Tämän takia eri maiden köyhyysasteita ei sellaisenaan voi käyttää pienituloisen väestön tulojen vertailuun eri maiden välillä. Tulojen ostovoimalla mitattuna esimerkiksi Suomen ja Ruotsin köyhyysraja on selvästi alhaisempi kuin Tanskan ja Saksan. (Kuvio 84)

Kuvio 84. Köyhyysaste nykyisissä EU-maissa vuonna 2000, %. Köyhyysrajana 50 ja 60 % kunkin maan kotitalouksien kulutusyksikköä kohti lasketusta käytettävissä olevasta tulosta



Lähde: Eurostat, New Cronos

### *Työssäkäyvät köyhät*

E erityisesti Yhdysvalloissa, mutta viime aikoina yhä enemmän myös Euroopassa, on kiinnitetty runsaasti huomiota ”työssä käyvien köyhien” ryhmään. Ansiotyössä käynti ei tällöin riitä takaamaan edes kohtuullista toimeentuloa. Matalan palkkatason lisäksi syynä voi olla myös työn epäsäännöllisyys tai osa-aikaisuus. Lisäksi pienellä palkalla saatetaan osal-

taan vastata myös mahdollisen puolison tai lasten toimeentulosta. Osittain pätkätyökustelun myötä pohdinta ilmiöstä on levinnyt myös meille.

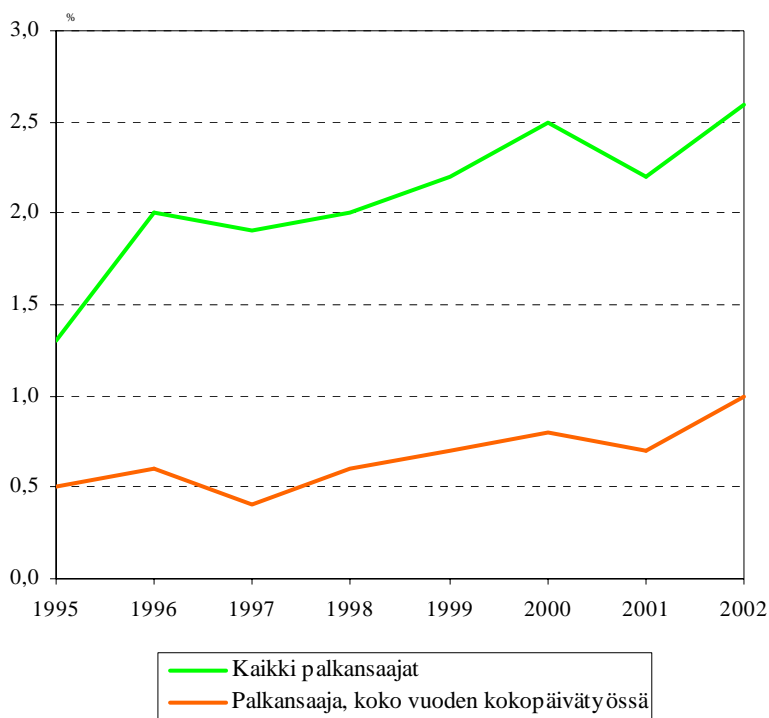
Hallitusohjelmassa on mainittu hyvän työllisyyskehityksen ja köyhyyden torjunnan välinen kiinteä yhteys. Yhteyden ei luonnollisesti täydy perustua ainoastaan työllistymiseen keinona pois köyhyydestä. Hyvä työllisyyskehitys luo rahoituspohjan laajentumisen kautta edellytykset kohtuullisen toimeentuloturvan takaamiseen myös työelämän ulkopuolella oleville varsinkin, jos ryhmän koko pysyy kohtuullisena. Tulkinnasta riippumatta työssäkäynnin ja köyhyyden yhdistyminen olisi hallitusohjelman tavoitteiden kannalta hankala yhdistelmä.

Työssäkäyvien köyhyyden tarkastelun kannalta keskeinen kysymys on työpanoksen mitaaminen. Tulot mitataan vuoden ajalta, joten työssäkäyntiaika täytyy jotenkin suhteuttaa tähän. Koko vuoden kokopäivätyössä ollut henkilö, joka on samalla pienituloisen täyttää useimpien mielestä työssä käyvän köyhän määritelmän. Osan vuotta työttömänä ja osan vuotta työssä olleen henkilön kohdalla tulkinta on jo hankalampi. Toinen oleellinen kysymys liittyy siihen mitataanko henkilön omia tuloja vai kotitalouden tuloja kuten kuviossa 85 on tehty.<sup>33</sup> Käytettäessä kotitalouden tuloja vaikuttaa pienituloisuuden arviointiin muiden kotitalouden jäsenten tulot ja vastaavasti tuloilla elätettävien kotitalouden jäsenten määrä.

Kuvion 85 perusteella koko vuoden kokopäivätyössä olleiden pienituloisuus (kotitalouden tulot) ei näytä meillä kovin yleiseltä. Enemmistö pienituloisista kuului kahden huoltajan lapsiperheisiin ja yleensä he olivat perheen ainoita työllisiä. Ryhmän pienuuden takia pienituloisten osuuden kasvusta on vaikea tehdä johtopäätöksiä.

Pitäytyminen koko vuoden kokopäivätyössä olleisiin rajaa heikommin työmarkkinoille kiinnittyneet ryhmät tarkastelun ulkopuolelle. Mikäli työmarkkinoille tapahtuu polarisaatiota, jossa pienipalkkaiset työt yhä useammin ovat myös osa-aikaisia tai lyhyitä määräaikaistöitä, saattaa rajaus antaa kehityksestä harhaanjohtavan kuvan. Tämän takia kuviossa 85 on esitetty myös pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvien osuus kaikkien palkansaajiksi<sup>34</sup> luokiteltujen osalta. Pienituloisten osuus on nyt selvästi suurempi, sillä tarkastelussa ovat mukana myös palkansaajat, jotka ovat vuoden aikana olleet työttömiä tai joilla on ollut muita katkoja työllisyydessä. Suurimman ryhmän muodostaa nyt yhden hengen taloudet. Pienituloisten osuus on tällä rajauksella kasvanut. Vain osan vuotta työskennelleiden palkansaajien keskimääräiset palkansaajakuukaudet ovat tarkastelujaksolla pysyneet ennallaan. Heidän palkkakehityksensä ei myöskään oleellisesti poikkea koko vuoden kokopäivätyössä olleiden palkkakehityksestä. Yleensä vuoden aikainen toiminta koostui erilaista koko- ja osa-aikatyön sekä opiskelun ja työttömyyden yhdistelmistä.

Kuvio 85. Pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvien osuus palkansaajista erilaisilla palkansaajakäsitteillä vuosina 1995-2002, %  
Pienituloisuusraja 60 % kotitalouksien mediaanitulosta



Lähde: STM, tulonjakotilaston palvelutiedosto

Luokitteluilla on merkitystä myös tilastoista tehtäviin politiikkajohtopäätöksiin. Jos koko vuoden kokopäivätyössä olleiden köyhyys näyttää yleistyvän, olisi pienipalkkaisten verotuksen ja heille myönnettävien etuuksien tarkistaminen eräs mahdollinen ratkaisu. Jos köyhyys vielä koskee erityisesti lasten elatuksesta vastaavia vanhempia saattaa ongelma liittyä perhe-etuuksiin. Sen sijaan jos osan vuotta palkansaajana ja vuotta työttömänä olleiden henkilöiden köyhyys lisääntyy, voi ongelman ydin olla lähinnä työttömyys ja myös ratkaisut täysin toisentyypisiä.

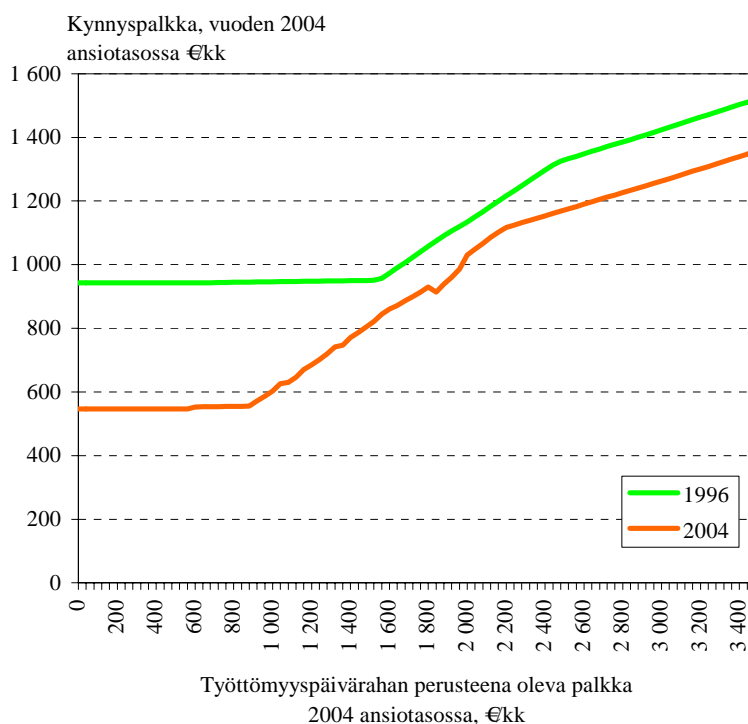
#### *Toimeentuloturva ja kannustavuus työhön*

Toimeentuloturvan kohtuullista tasoa määritettäessä joudutaan pohtimaan myös etuuksien mahdollisia kannustinvaikutuksia. Mikäli etuuksien varassa eläminen tarjoaa lähes saman toimeentulon kuin työssäkäynti, saattaa etuuksien alkuperäinen tarkoitus unohtua. Erilaisen yllättävien elämäntilanteiden kuten työttömyyden tai sairauden aikaiseksi väliaikaiseksi turvaksi tarkoitetuista etuuksista saattaa muodostua pysyvä toimeentulon lähde. Toimeentuloturva ei enää toimi ponnahduslautana työelämään, vaan toimii pahimmillaan jopa esteenä työelämään paluulle.

Eräs tapa havainnollistaa toimeentuloturvan kannustavuutta on tarkastella sitä bruttopalkkaa, jolla käytettävissä oleva nettotulo muodostuu samaksi kuin pelkän toimeentuloturvan varassa eittäessä. Mitä korkeampi tämä kynnyispalkka on, sitä luultavampia toimeentuloturvaan liittyvät kannustinongelmat ovat. Kuviossa 86 on esitetty ansiosidonnaista työttömyyspäivärahaa saavan, yksin vuokralla asuvan henkilön kynnyispalkka eri työttömyyttä edeltävillä tulotasoilla vuosien 1996 ja 2004 etuus- ja veroperusteilla. Etuus- ja veroperusteiden muutosten lisäksi kynnyispalkan laskennassa on otettu huomioon ansio- ja vuokratason muutos vuosien 1996 ja 2004 välillä. Kuvioista voidaan havaita, että esimerkkitapauksessa työttömyyspäivärahaa saavan kynnyispalkka on laskenut ja kannustavuus työhön on parantunut kaikilla tulotasoilla.<sup>35</sup>

Kynnyispalkkaa koskeva tarkastelu on tietysti hyvin pelkistetty. Tulokset riippuvat tarkasteltavasta etuudesta, perhetypistä, asumiskustannuksista sekä muista oletuksista. Lisäksi kynnyispalkka kuvaa ainoastaan sitä palkkatasoa, joka takaa samat käytettävissä olevat tulot kuin toimeentuloturva. Koska työssäkäynnistä saattaa aiheutua kustannuksia ja vapaa-ajalla on oma arvonsa, kynnyispalkka pitäisi ehkä määritellä palkkatasona, jolla käytettävissä olevat tulot työssä ollessa jossain määrin ylittävät toimeentuloturvan tason.

Kuvio 86. Kynnyispalkat vuosien 1996 ja 2004 vero- ja etuusperusteilla, euroa kuukaudessa vuoden 2004 ansiotasossa



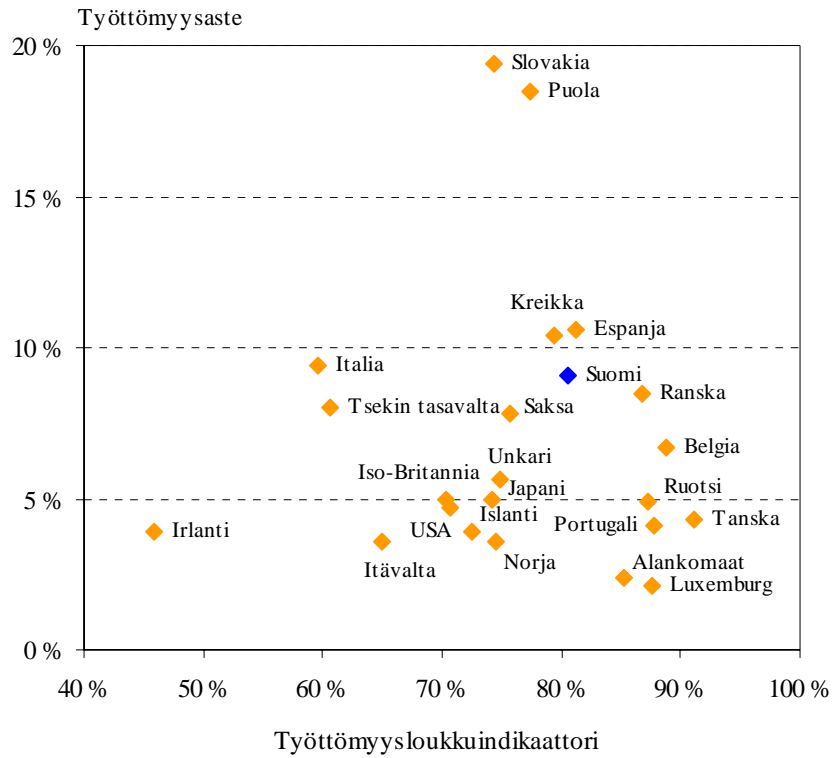
Lukuesimerkki: 1600 euron kuukausipalkalta työttömäksi jäävän henkilön täytyisi vuonna 2004 työllistyessään ansaita vähintään 860 euron kuukaudessa, jotta hän vuositasolla saavuttaisi samat käytettävissä olevat tulot kuin työttömänä ollessa. Tarkastelussa huomioita ansiopäiväraha, asumistuki ja verotus sekä työttömänä ollessa myös mahdollinen toimeentulotuki.



Toimeentuloturvan kannustavuutta voidaan tarkastella myös työssä käyvän tulonlisäyksen näkökulmasta. Tällöin mielenkiinto kohdistuu siihen käytettävissä olevien tulojen lisäykseen, joka ansiotulojen lisäyksestä seuraa. Osa bruttotulon lisäyksestä hupenee veroihin. Samaan kotitalouteen saatetaan maksaa myös tulovähenteisiä etuuksia (asumistuki, tulovähenteinen työmarkkinatuki, kotihoidontuen hoitolisä), jotka supistuvat ansiotulojen kasvaessa. Tämä voi pienentää nettotulojen kasvua edelleen. Lapsiperheissä bruttotulojen mukaan kasvavat kunnalliset päivähoitomaksut saattavat edelleen pienentää nettotulojen lisäystä. Äärimmillään eri järjestelmien yhteisvaikutus saattaa johtaa niin sanottuun tuloloukkuun, jossa kotitalouden nettotulot eivät juurikaan kasva. Kuvitteellisia esimerkkita-pauksia tällaisista tilanteista on varsin helppo kehittää, mutta tällaisten tilanteiden yleisyyttä todellisuudessa on hankalampi tutkia. Parpo (2004) tutki tuloloukkujen esiintymistä empiirisesti koko väestöä edustavalla otosaineistolla. Tuloloukuksi määriteltiin tutkimuksessa tilanne, jossa kotitalouden nettotulojen kasvu jäi alle 20 prosenttiin kotitalouden ansiotulojen lisäyksestä. Näin määritellyt tuloloukut olivat palkansaajatalouksissa harvinaisia ja tuloloukut näyttivät olevan enemmän työttömien ongelma.<sup>36</sup>

Laskentamallien kehittyminen ja kansainvälisten vertailutietojen saatavuuden parantuminen on lisännyt toimeentuloturvan korvaustasoja ja kannustavuutta koskevia vertailuja. Maiden välisissä vertailuissa on vaikea löytää suoraa yhteyttä työttömien toimeentuloturvan tason ja työttömyysasteen välillä. Työttömyysturvan kohtuullinen taso voidaan yhdistää matalaan työttömyyteen ja korkeaan työllisyyteen. Tästä esimerkin tarjoavat muun muassa Tanska ja Ruotsi (kuviot 87). Toimeentuloturvan tasoon ja työhön kannustavuuteen sisältyy väistämättä tietty ristiriita. Toimeentuloturvan tason ja kannustavuuden välistä ristiriitaa voidaan kuitenkin pyrkiä lieventämään myös muilla keinoin kuin turvan tasosta tinkimällä. Työttömien työnhaun aktiivinen seuranta ja tukeminen ovat eräitä keinoja. Työttömille on oltava tarjolla koulutusta, kuntoutusta tai muuta työllistymistä edistävää toimintaa. Vastaavasti tuen saajilta voidaan edellyttää osallistumista näihin toimintoihin. Viime kädessä osallistumisesta kieltäytymisestä voi seurata etuuden leikkaus tai menettäminen jopa kokonaan. Valitettavasti näiden seikkojen mittaaminen ja kansainvälinen vertailu on varsin hankalaa, jolloin vertailut keskittyvät helposti etuustasojen mittaamiseen. Vaarana on, että samalla nämä seikat unohtuvat mietittäessä niitä keinoja, joilla toimeentuloturva kehitetään työllisyyttä paremmin tukevaksi.

Kuvio 87. Työttömyysaste ja työttömyysloukkuindikaattori eräissä OECD maissa vuonna 2001



Työttömyysloukkuindikaattori: Mitä suurempi arvo, sitä pienemmät taloudelliset kannustimet työttömällä on ottaa vastaan työtä. Ks. tarkemmin: Carone (2003)

## VI Lapsiperheiden hyvinvointi

### Lapsiperheiden hyvinvoinnin vaikuttavuustavoitteet

- Tuetaan vanhemmuutta ja perheiden yhtenäisyyttä
- Tasataan lapsista aiheutuvia kustannuksia
- Vahvistetaan lasten turvallista kasvu- ja kehitysympäristöjä
- Helpotetaan työ- ja perhe-elämän yhteensovitusta

Lasten hyvinvoinnin turvaamiseksi pääministeri Vanhasen hallitus sitoutuu hallitusohjelmassaan perhe- ja lapsipolitiikan vakauteen ja ennakoitavuuteen. Hallituksen strategia-asiakirjan mukaan perheiden luottamusta tulevaisuuteen parannetaan pitkäjänteisellä politiikalla, jossa lasten ja nuorten sekä lapsiperheiden hyvinvointi otetaan selkeäksi yhteiskuntapoliittiseksi tavoitteeksi. Haasteina ovat väestön vanheneminen, aleneva syntyvyys, ensisynnyttäjien korkea keski-ikä ja perheen perustamisen myöhentyminen. Viime aikaisessa keskustelussa on tuotu esiin, että nykyinen väestön kasvu ei riitä turvaamaan tulevana vuosikymmeninä hyvinvointipalvelujen rahoitusta ja korkeaa tasoa.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi keväällä 2002 Perhepoliittisen strategian, jossa esitettiin tavoitteita perhepolitiikan uudistamiseksi. Perhe- ja lapsipolitiikan päätavoitteiksi asetettiin seuraavat viisi kohtaa:

- yhteiskunnan arvostukset muuttuvat ja lapsiperheiden asema kohentuu siten, että yhä useampi perhe voi hankkia toivomansa määrän lapsia
- kodin ja vanhempien merkitys lasten hoidossa ja kasvatuksessa lisääntyy
- kasvuympäristö tarjoaa lapselle turvalliset kehittymisen edellytykset ja tukee vanhempia heidän hoito- ja kasvatustehtävissään
- perheiden henkinen hyvinvointi parantuu
- lapsiperheiden aineelliset olosuhteet kohentuvat

### 6.1 Perheen perustaminen ja perheellistyminen

Perheen perustaminen on siirtynyt yhä myöhemmäksi. Sosiaali- ja terveysministeriön perhepolitiikan linjausten tavoitteena on kannustaa nuoria aikuisia perheen perustamiseen helpottamalla asumisjärjestelyjä, kohentamalla palveluita ja toimeentuloa sekä tukemalla opintoja ja työelämää. Opiskeluvaihe on pidentynyt ja työelämään siirtyminen myöhentynyt. Sosiaali- ja terveysministeriön Perhepoliittisessa strategiassa todetaan, että perheen perustamisen aientamiseksi tulisi opintojen eteneminen ja perheen perustaminen sovittaa nykyistä paremmin yhteen. Avioliitto solmitaan nykyisin entistä vanhempana. Hyvin usein sitä edeltää avoliitto saman tai eri kumppanin kanssa. Vuonna 2002 ensimmäisen

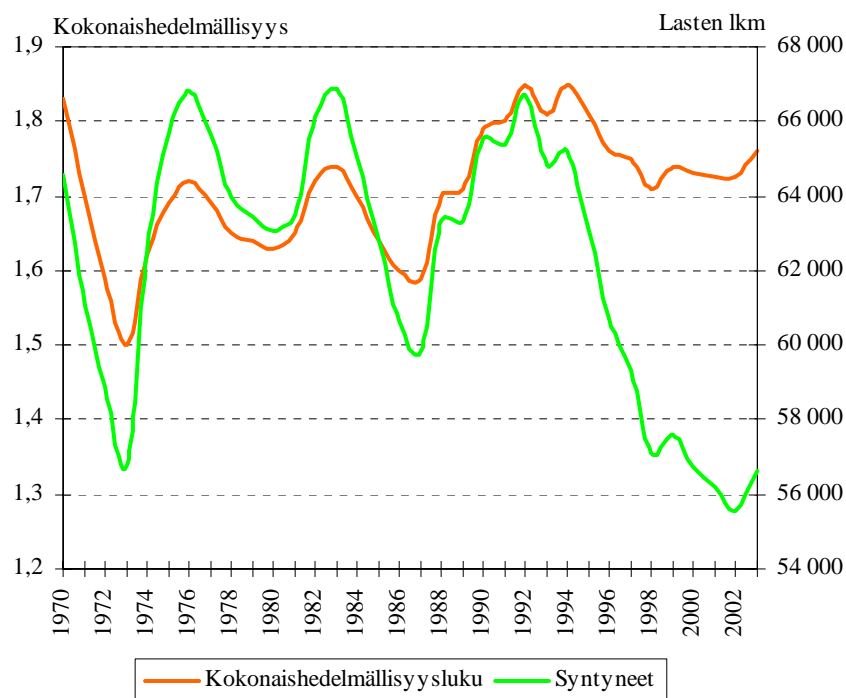
avioliiton solmineiden naisten keski-ikä oli 29,1 vuotta ja miesten 31,3 vuotta. Kymmenessä vuodessa ensimmäisen avioliiton solmineiden miesten ja naisten keski-ikä on nousut yli kahdella vuodella.

### Syntyvyys

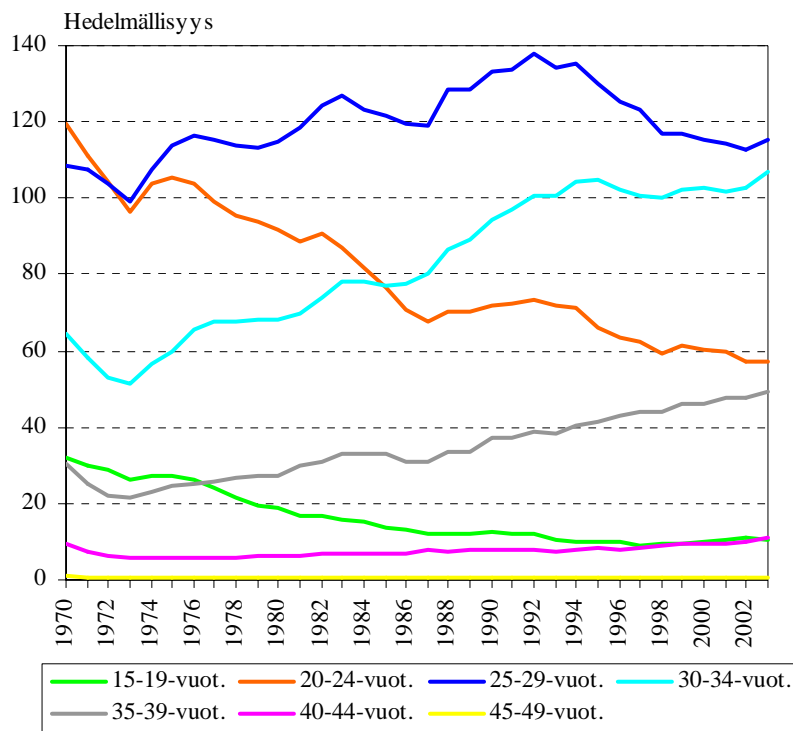
Vuonna 2003 syntyi 56 645 lasta, mikä on 8200 lasta vähemmän kuin kymmenen vuotta sitten (kuvio 88). Syntyvien lasten määrä on vähentynyt varsinkin Kainuussa ja Lapissa asutuskeskuksiin kohdistuneen muuttoliikkeen seurauksena.

Syntyneiden lasten määrän aleneminen johtuu pääosin siitä, että synnytysikään ovat tulleet pienet 1970-luvun ikäluokat. Kokonaishedelmällisyysluku on meillä eurooppalaisittain tarkasteltuna varsin korkea.<sup>37</sup> Vuonna 2003 kokonaishedelmällisyysluku oli 1,76, kun vuotta aiemmin EU-maiden keskiarvo oli 1,47. Ikäryhmittäisissä hedelmällisyyslukuissa on tapahtunut muutoksia viime vuosina. Alle 25-vuotiden hedelmällisyys on laskenut ja yli 30-vuotiaiden puolestaan kohonnut. Myös 25 – 29-vuotiaiden hedelmällisyys on kääntynyt laskuun (kuvio 89).

Kuvio 88. Syntyneiden lasten määrä ja kokonaishedelmällisyys vuosina 1970 – 2003

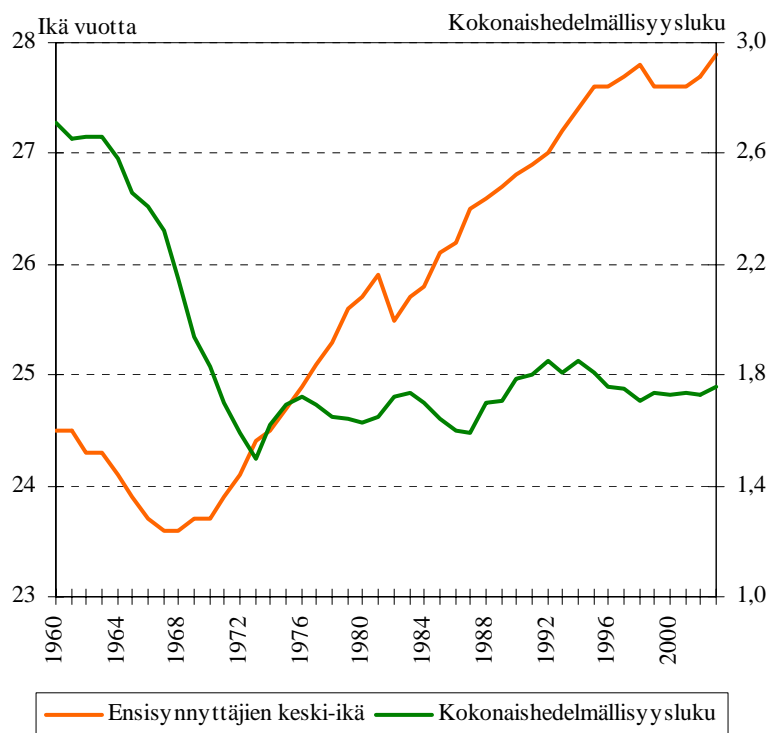


Kuvio 89. Ikäryhmittäiset hedelmällisyysluvut<sup>38</sup> vuosina 1970-2003



Viime vuosina suhteellisen tasaisena pysynyt kokonaishedelmällisyysluku johtuu verrattain suuresta perheen toisten ja kolmansien lasten hankinnasta. Sen sijaan ensimmäisen lapsen hankkiminen on siirtynyt myöhempään ajankohtaan opiskeluaikojen pidentymisen ja pätkätöiden lisääntymisen vuoksi. Ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut jatkuvasti (kuvio 90). Vuonna 2003 se oli 27,9 vuotta. Näyttää siltä, että perhepoliittinen tuki on turvannut mahdollisuudet lasten hankintaan perheissä, joissa jo ennestään on lapsia. Perhepoliittisella tuella voidaan vaikuttaa lasten syntymisen ajoitukseen, mutta ei ratkaisevasti siihen, kuinka monta lasta perheeseen hankitaan.

Kuvio 90. Ensisyntyäjän keski-ikä ja kokonaishedelmällisyysluku vuosina 1960-2003



### Perherakenne

Lapsiperheiden määrä on jatkuvasti vähentynyt. Vuoden 2003 lopussa oli 595 000 lapsiperhettä, mikä on 17 600 perhettä vähemmän kuin vuonna 2000. Samanaikaisesti perherakenteissa on tapahtunut muutoksia. Avopariperheiden määrä kasvaa jatkuvasti. Avopariperheitä on 17 prosenttia lapsiperheistä. Perheen ensimmäisistä lapsista jo 53 prosenttia syntyy avioliiton ulkopuolella. Tosin vanhemmat menevät usein myöhemmin keskenään naimisiin.

Taulukko 16. Lapsiperheet tyypeittäin vuosina 1970 – 2003

	Aviopari ja lapsia, %	Avopari ja lapsia, %	Äiti/isä ja lapsia, %	Perheitä
1970	88,9	0,9	10,2	677 035
1980	83,1	4,7	12,3	688 732
1990	76,6	9,4	14,0	659 052
1995	70,2	12,3	17,5	640 637
2000	65,1	15,5	19,4	612 627
2003	63,0	17,1	19,9	595 027

Lähde: Tilastokeskus

Avioerojen yleistyessä yksinhuoltajaperheiden määrä kasvoi 1990-luvulla. Vuoden 2003 lopussa yksinhuoltajaperheitä oli 20 prosenttia lapsiperheistä. Myös uusperheiden määrä on viime vuosina jonkin verran kasvanut. Noin 8 prosenttia lapsiperheistä on uusperheitä.

Taulukko 17. Lapsiperheiden lapsiluku vuosina 1990 – 2003, %

	Perheen lapsiluku			
	1	2	3	4-
1990	44,7	39,1	12,7	3,5
1995	44,5	37,8	13,4	4,2
2000	43,8	37,7	13,9	4,6
2003	43,3	38,0	14,0	4,7

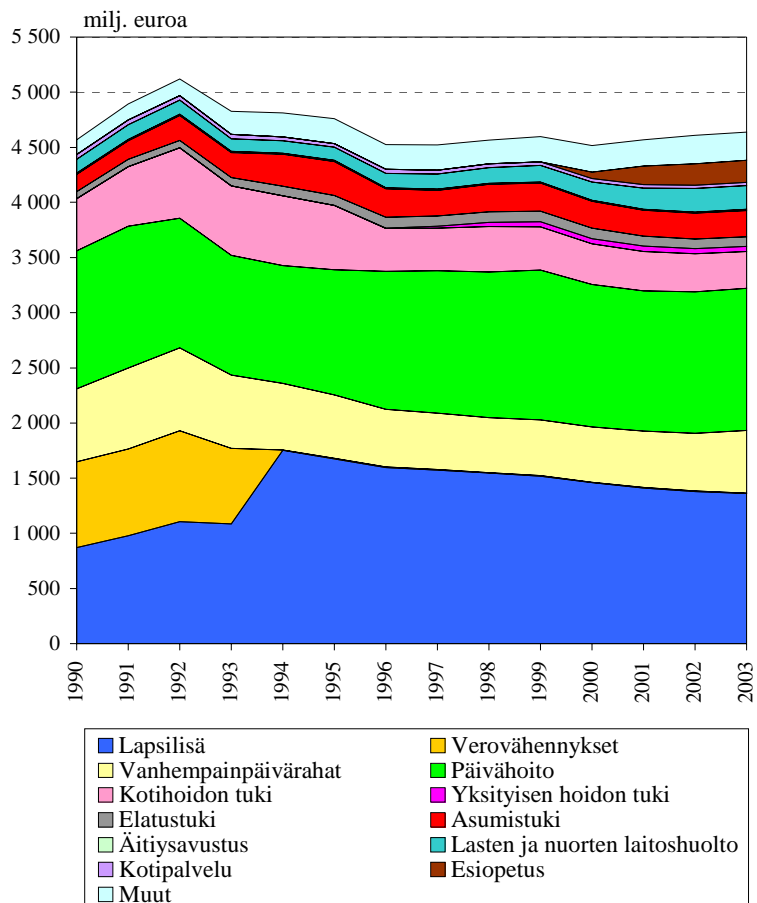
Lähde: Tilastokeskus

Viime vuosina yksilapsisten perheiden määrä on pienentynyt ja samanaikaisesti kolme- ja nelilapsisuus on lisääntynyt. Perheellistymisessä on havaittavissa kahdensuuntaista kehitystä. Lapsiperheiden lapsimäärä on lievässä kasvussa, mutta toisaalta yhä useammat naiset jäävät lapsettomiksi. Viimeisempien tilastojen mukaan noin 15 prosenttia 50–54-vuotiaista naisista on lapsettomia. Lapsettomuus on yleisintä korkeasti koulutetuilla naisilla. Keski-ikäisistä korkeasti koulutetuista naisista 23 prosenttia on lapsettomia, kun vailla ammattikoulutusta olevista naisista lapsettomia on vain 14 prosenttia. Alustavien arvioiden mukaan lapsettomien naisten osuus saattaa tulevaisuudessa nousta 20 prosenttiin.

## 6.2 Lapsista aiheutuvien kustannusten tasaaminen

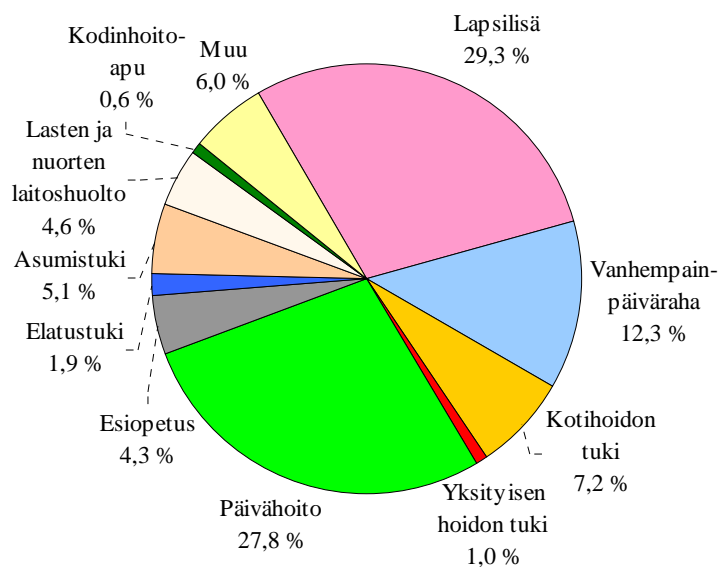
Perhepolitiikan lähtökohtana on ollut tasata lapsista vanhemmille aiheutuvia kustannuksia. Viime vuosina perhepolitiikan painopiste on ollut lapsiperheille suunnattujen palvelujen kehittämisessä. Hallitusohjelmaan kuuluu monien perhepoliittisten etuuksien korottaminen. Yhteiskunnan tuki lapsiperheille on pienempi kuin kymmenen vuotta sitten. Vuonna 2003 perhepoliittinen tuki oli 4,6 miljardia euroa eli noin 3,2 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen. Suurin tuki lapsiperheille tulee lapsilisien ja lasten päivähoidon kautta (kuviot 91 ja 92).

Kuvio 91. Perhepoliittisen tuen kehitys vuosina 1990 – 2003 vuoden 2003 hinnoin, milj. euroa



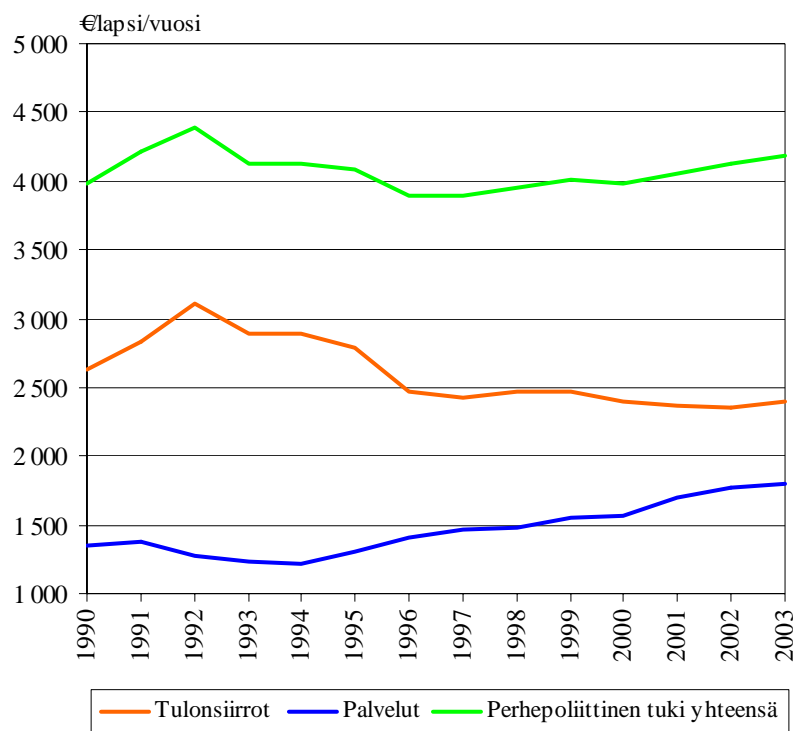


Kuvio 92. Perhepoliittisen tuen<sup>39</sup> jakautuminen vuonna 2003



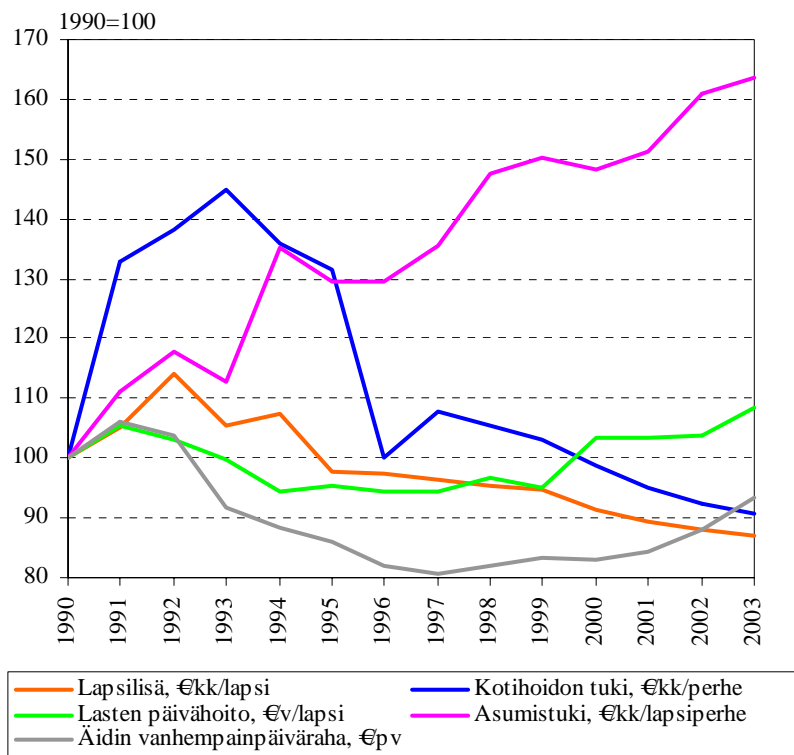
Perhepoliittinen tuki lasta kohti on noin 5 prosenttia pienempi kuin vuonna 1992. Tosin viime vuosina on ollut havaittavissa tuen määrän kasvua (kuvio 93). Yhteiskunnan tuki lapsiperheiden palveluihin on lisääntynyt vuodesta 1996 alkaen päivähoito-oikeuden laajenemisen ja esiopetusuudistuksen myötä. Sen sijaan tulonsiirrot lapsiperheille ovat vähentyneet vuodesta 1992 lähtien. Valtion talouden tasapainottamiseksi lapsiperheiden tulonsiirtoja leikattiin vuosina 1995 ja 1996. Vuoden 2004 alussa lapsilisää ja osittaista hoitorahaa korotettiin ja vuonna 2005 korotetaan lasten kotihoidon tukea, yksityisen hoidon tukea sekä vanhempainpäivärahan vähimmäistasoa. Osittainen hoitoraha laajeni koskemaan peruskoulun 1. ja 2. luokkalaisten lasten vanhempia elokuussa 2004.

Kuvio 93. Perhepoliittinen tuki vuosina 1990 - 2003, euroa/lapsi/vuosi vuoden 2003 hinnoin



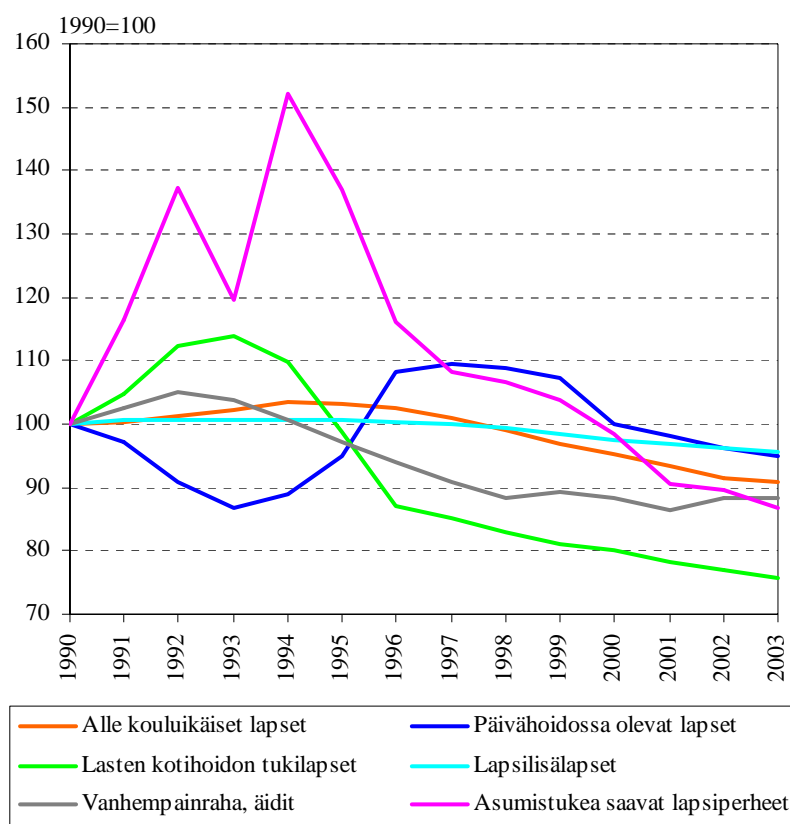
Lapsiperheille suunnattuja tulonsiirtoja ei ole sidottu indeksiin. Tämä on näkynyt varsinkin lapsilisän ja kotihoidon tuen ostovoiman heikkenemisenä. Niihin ei tehty korotuksia yli kymmeneen vuoteen (kuvio 94). Lapsilisään vuoden 2004 alussa tehty korotus nosti keskimääräistä lasta kohti maksettavaa lapsilisää noin 6 euroa kuukaudessa. Eniten korotuksesta hyötyivät yksinhuoltajaperheet. Lapsilisän taso on edelleen noin 14 prosenttia alhaisempi kuin kymmenen vuotta sitten. Lasten kotihoidon tuen hoitorahaa korotetaan vuonna 2005 noin 16 prosentilla. Vastaava korotus tulee yksityisen hoidon tukeen. Myös äitiys- isyys- ja vanhempainrahan vähimmäistaso nousee vuonna 2005. Vähimmäismääristä vanhempainpäivärahaa saavien osuus on vähentynyt. Vuonna 2003 vähimmäismääristä vanhempainpäivärahaa sai 21 prosenttia äideistä.

Kuvio 94. Eräiden perhepoliittisten tukien reaalin kehitys vuosina 1990 – 2003



Viime vuosina perhepoliittisten etuuksien saajien määrät ovat vähentyneet (kuvio 95). Syntyvyyden alenemisen vaikutus on näkynyt erityisesti lapsilisämenojen pienenemisenä ja päivähoitopaikkojen tarpeen vähenemisenä. Kehityksen oletetaan jatkuvan samansuuntaisena.

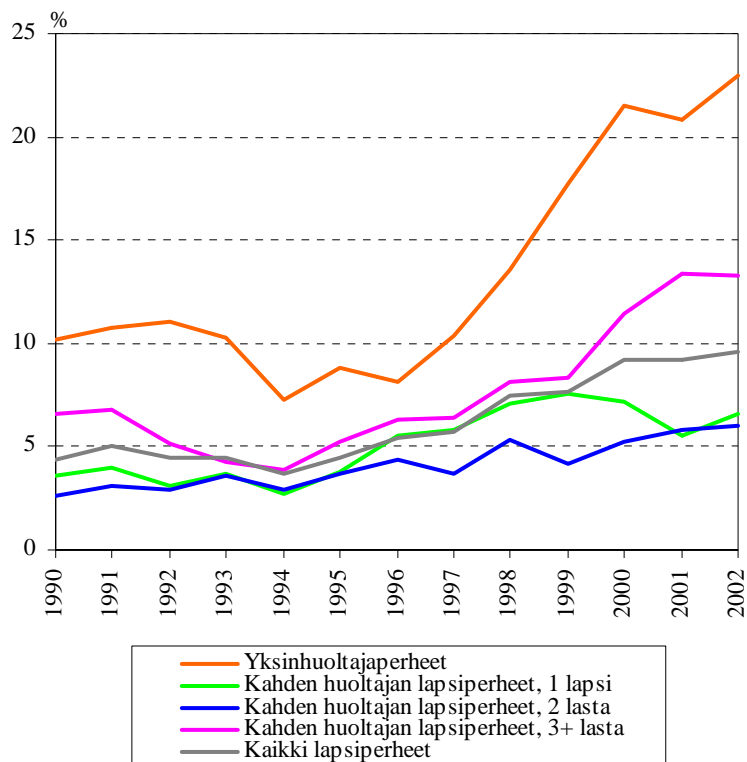
Kuvio 95. Perhepoliittisten tukien saajamäärien kehitys vuosina 1990 – 2003 (31.12)



### *Lapsiperheiden toimeentulo*

Työllisyyden myönteinen kehitys ja verotuksen keveneminen ovat parantaneet lapsiperheiden taloudellista asemaa. Lapsiperheiden toimeentulon kehitys on kuitenkin jäänyt jälkeensä muun väestön toimeentulon kehityksestä. Erityisesti yksinhuoltajien toimeentulo on laman jälkeen parantunut muita väestöryhmiä hitaammin. Pääsiallisin syy tähän on ollut yksinhuoltajien muita korkeampi työttömyys. Viime vuosina myös yksinhuoltajien tulot ovat kääntyneet nousuun.

Kuvio 96. Pienituloisuusrajan alapuolella olevien lapsiperheiden osuus vuosina 1990 – 2002. Pienituloisuusraja, 60 % mediaanitulosta



Lähde: Tilastokeskus

Köyhyysrajan alapuolella olevien lapsiperheiden määrä ei ole vähentynyt. Varsinkin monilapsisten perheiden köyhyys on lisääntynyt (kuvio 96). Vuonna 2002 köyhyysrajan alapuolella oli 22 prosenttia yksinhuoltajaperheistä. Kahden huoltajan kaksilapsisista perheistä köyhyysrajan alapuolella oli 6 prosenttia. Pienituloisiin kotitalouksiin kuului 123 000 lasta. Noin 11 prosenttia kaikista alle 18-vuotiaista lapsista kuului köyhyysrajan alittaneisiin perheisiin.

### 6.3 Vanhemmuuden tukeminen

Ensisijainen vastuu lasten kasvatuksesta ja hyvinvoinnista on lasten vanhemmilla. Äitien ja isien vanhemmuutta tulee tukea niin, että perheen ja lasten hyvinvointi paranee. Vanhemmuutta on tuettava paitsi ongelmien ilmetessä, myös ennalta ehkäisevästi ja vanhempien aineellisia ja henkisiä voimavaroja lisäävästi. Perheen toimeentulosta ja aineellisista tarpeista huolehtiminen on läheisyyden, hoivan ja kasvatuksen ohella tärkeä osa vanhemmuutta.

*Työelämä*

Aikuisten ajan puute lapsilleen on tullut esiin useissa lasten mielipiteitä kartoittaneissa tutkimuksissa. Mahdollisuus työ- ja perhe-elämän yhteensovittamiseen on keskeinen tekijä vanhemmuuden tukemisessa. Nykyinen lainsäädäntö antaa pienten lasten perheille monia mahdollisuuksia työ- ja perhe-elämän joustavaan järjestämiseen. Lähtökohtana on ollut luoda erilaisia valinnan mahdollisuuksia työssäkäynnin ja lasten hoidon yhteensovittamiseksi erilaisten tuki- ja palvelujärjestelmien avulla.

Työssäkäynti lapsiperheissä on yleisempää kuin muissa kotitalouksissa. Lapsiperheiden vanhempien työttömyys väheni 1990-luvun loppupuolelta alkaen. Lapsiperheistä yli puolessa molemmat vanhemmat ovat työssä kodin ulkopuolella. Yksinhuoltajaäitien työttömyys on laman jälkeen alentunut hitaammin kuin muiden äitien (taulukko 3).

Taulukko 18. Äitien työllisyys ja työttömyys vuosina 1989 – 2002, %

	1989	1992	1994	1996	1998	2000	2002
<i>Työllisyysaste</i>							
Yksinhuoltajaperheet	87,3	74,3	64,1	62,6	68,5	66,0	67,0
Kahden huoltajan perheet	83,0	75,3	69,9	70,1	71,6	74,7	77,4
<i>Työttömyysaste</i>							
Yksinhuoltajaperheet	3,0	12,4	23,5	21,1	16,7	14,3	11,8
Kahden huoltajan perheet	2,0	7,0	13,7	12,0	9,7	7,5	6,1

Lähde: TASTY-tietokanta/ Tilastokeskus, Työvoimatutkimus

Epätuottavissa työsuhteissa (osa-aikaisessa tai määräaikaisessa työssä) työskentelevien määrä on viime vuosina lisääntynyt. Määräaikaisuus kytkeytyy erityisesti korkeasti koulutettujen naisten työuran alkuvuosiin. Määräaikaiset työsuhteet ovat suhteellisesti yleisempiä julkisella kuin yksityisellä sektorilla. Nuorten naisten määräaikaisten työsuhteiden on oletettu olevan yhteydessä alentuneeseen syntyvyyteen.

*Perhevapaat*

Perhevapaiden käyttö keskittyy edelleen naisille. Naisista kaikki käyttävät äitiysvapaan ja lähes kaikki sitä seuraavan vanhempainvapaan. Isyysvapaan käyttö on jatkuvasti lisääntynyt (taulukko 19). Isistä noin kaksi kolmasosaa käyttää isyysvapaata. Isien vanhempainvapaan käyttö on ollut hyvin vähäistä. Vuonna 2003 vanhempainvapaata käytti 5,6 prosenttia isistä. Tämä oli silti yli kaksi kertaa enemmän kuin vuotta aiemmin. Vanhempainrahaa saaneiden osuuden kaksinkertaistuminen johtui isien uudesta ns. bonusvapaajärjestelmästä. Vuoden 2003 alusta 18 päivän isyysvapaa piteni 12 arkipäivällä, mikäli isä pitää vanhempainvapaata vähintään 12 arkipäivää vanhempainrahakauden lopussa ja isyysvapaan pidennyspäivät heti sen jälkeen. Vanhempainrahaa käyttäneiden isien osuuden kasvusta huolimatta uuden vapaan käyttö on jäänyt odotettua vähäisemmäksi. Tämä saattaa

johtua vapaan käyttöön liittyvästä aikarajoituksesta. Isän oman vapaan pitäminen tilanteessa, jossa äidillä on tarkoitus jäädä hoitovapaalle, saattaa aiheuttaa ongelmia, koska isyysvapaan pitäminen edellyttää äidin palaamista yhdeksi kuukaudeksi töihin. Vuonna 2003 uutta järjestelmää käytti 2105 isää.

Taulukko 19. Isyys- ja vanhempainrahaa saaneet isät vuosina 1990 – 2003, % päätyntä kautta kohti

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Isyysraha	44,7	51,5	45,7	52,6	53,5	54,6	55,7	58,5	61,1	62,9	64,7	67,4	68,2
Vanhempainraha	3,5	3,3	2,9	2,6	1,4	2,1	2,4	2,2	2,3	2,2	2,2	2,6	5,6

### *Perheiden hajoaminen*

Avioerojen määrä kasvoi nopeasti 1970- ja 1980-luvuilla. Viimeisimpien tilastojen mukaan avioerojen kasvu näyttää pysähtyneen. Vuonna 2003 päätyi eroon 13 500 avioliittoa (taulukko 20). Näissä perheissä oli yhteensä noin 19 000 lasta. Avioerotilastoissa eivät näy avoparien erot. Avoliittojen eronneisuus on lähes kaksinkertainen verrattuna avioliittojen eronneisuuteen. Erojen lisääntyessä on myös yksinhuoltajaperheiden määrä kasvanut. Yksinhuoltajaperheissä asui 184 300 lasta vuonna 2003, mikä on 56 600 lasta enemmän kuin 1990-luvun alussa.

Taulukko 20. Avioerot ja yksinhuoltajaperheissä asuvien lasten määrä vuosina 1970-2003

	Avioerot	Yksinhuoltajaperheen lapsi
1970	6 044	
1980	9 464	
1990	13 127	127 667
1995	14 025	167 085
2000	13 913	182 829
2002	13 336	183 690
2003	13 475	184 309

### *Vanhemmuuden tukeminen osana kunnan järjestämiä palveluja*

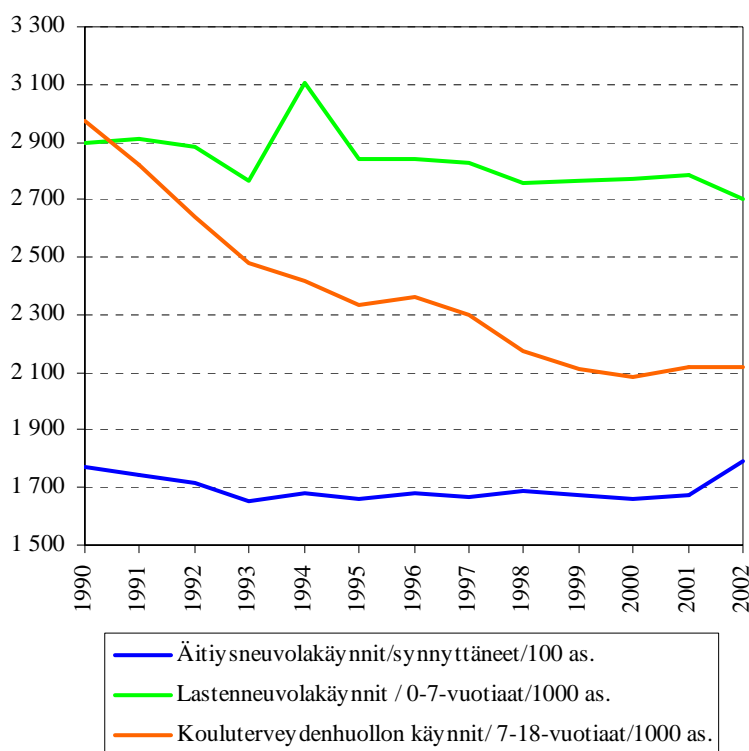
Äitiys- ja lastenneuvolan tehtävänä on edistää lasta odottavien ja alle kouluikäisten lasten perheiden terveyttä ja hyvinvointia. 1990-luvulla äitiys- ja lastenneuvoloiden voimavaroja supistettiin, jolloin neuvolakäynnit vähenivät etenkin määräraikaistarkastusten ja kotikäyntien osalta (kuva 97). Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistui syksyllä 2004 lastenneuvolaopas, joka sisältää suuntaviivat kunnille lastenneuvolatoiminnan kehittämiseksi osana kunnan peruspalveluja. Neuvolatyössä painottuu yhä enemmän vanhemmuuden tukeminen sekä lapsen ja koko perheen psykososiaalisen hyvinvoinnin edistäminen. Tässä tarvi-

taan lapsiperhetyötä tekevien yhteistyötä, jonka tehostamiseksi ehdotetaan perhepalveluverkoston muodostamista kuntaan. Määräaikaisseuranta ja erilaiset seulonnat sekä niihin liittyvä neuvonta ja tukeminen ovat edelleen neuvolatoiminnan tukiranka. Vanhemmuutta tuetaan myös erilaisten vanhempainryhmien avulla.

Voimakkainta käyntien väheneminen on ollut kouluterveydenhuollossa (kuvio 97). Kouluterveydenhuollon palvelujen järjestämisessä ja toimintatavoissa on suuria kuntakohtaisia eroja. Kaikissa terveyskeskuksissa ei ole tällä hetkellä riittävästi terveydenhoitajia eikä lääkäreitä kouluterveydenhuollossa.

Kouluterveydenhuollon tavoitteena on koko kouluyhteisön hyvinvoinnin ja oppilaiden terveyden edistäminen sekä terveen kasvun ja kehityksen tukeminen yhteistyössä oppilaiden ja heidän vanhempiensa, opettajien, oppilashuollon ja koulun muun henkilöstön kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto ovat julkaisseet yhteistyössä kouluterveydenhuollon laatusuosituksen. Laatusuosituksen tarkoituksena on ohjata ja tukea kuntia siten, että koululaiset saavat laadukkaita kouluterveydenhuollon palveluita asuinpaikasta riippumatta.

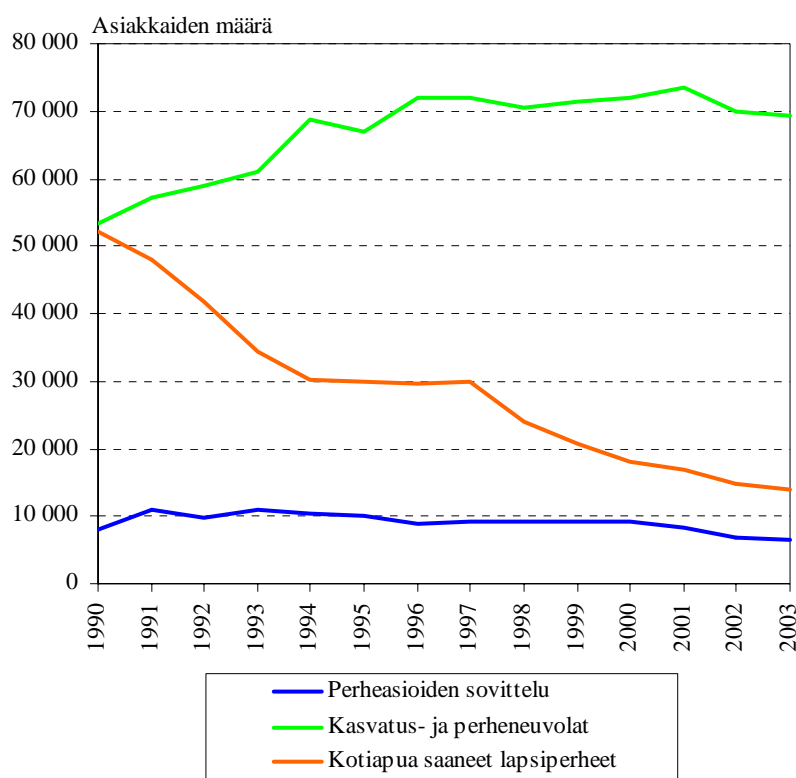
Kuvio 97. Äitiys-, lastenneuvola- ja kouluterveydenhuollon käynnit vuosina 1990-2002





Lapsiperheiden mahdollisuudet saada kunnan järjestämää kotipalvelua ovat heikentyneet huomattavasti. Kymmenessä vuodessa kotipalvelua saaneiden lapsiperheiden määrä väheni yli 30 000:lla (kuvio 98). Samaan aikaan kasvatus- ja perheneuvoloiden asiakasmäärät kasvoivat. Perheasioiden sovittelun asiakasmäärät ovat viime vuosina jonkin verran vähentyneet.

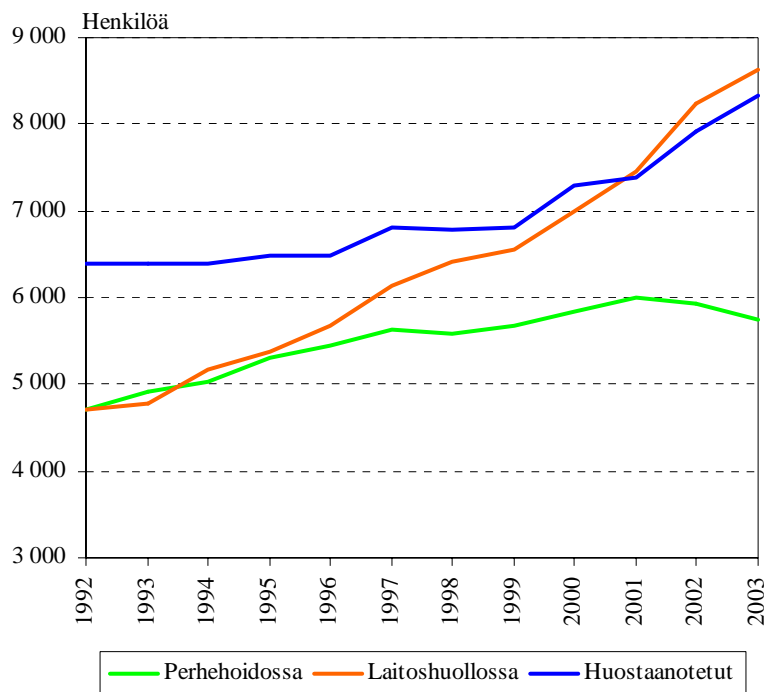
Kuvio 98. Lapsiperheiden erityispalvelut vuosina 1990 – 2003



### Lasten suojelu

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä kasvoi koko 1990-luvun (kuvio 99). Vuonna 2003 sijoitettuja lapsia ja nuoria oli 14 392 eli 1,0 prosenttia ikäluokasta. Näistä lapsista 60 prosenttia oli laitos- tai muussa huollossa ja 40 prosenttia perhehoidossa. Huostaanotettuja lapsia ja nuoria oli 8 325. Suurin osa huostaanotoista tehdään asianomaisten suostumuksella. Kuitenkin kiireellisellä päätöksellä ja vastoin tahtoa tehdyt huostaanotot ovat lisääntyneet. Kodin ulkopuolelle sijoittamisen yleisimpiä syitä ovat vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat, jotka usein johtavat lapsen hoidon laiminlyöntiin tai perheväkivaltaan. Nykyään yhä useampi sijoitus perustuu lapsen oirehtimiseen, joka näkyy kouluvaikeutena, rikollisuutena tai huumeiden käyttönä.

Kuvio 99. Kodin ulkopuolelle sijoitetut sekä huostaanotetut lapset ja nuoret vuosina 1992-2003



Lyhytaikaiset lasten sijoitukset ilman huostaanottoa ovat yleistyneet. Useiden sijoitusten kasaantuminen yhdelle lapselle on lisääntynyt. Lastensuojelulaitosten paikkapula lisääntyi 2000-luvulle tullessa. Kunnallisia yksiköitä on lakkautettu, mutta yksityisten yksiköiden paikkamäärä on lisääntynyt. Henkilöstön kuormittuvuus on kasvanut.

Viime vuosina lastensuojelun avohuollon asiakkaana olevien lasten määrä on lisääntynyt ja asiakkuus on tullut pitkäaikaiseksi. Kuitenkin erilaisia perheiden selviytymistä tukevia sosiaalipalveluita käyttävien määrä on vähentynyt. Vuonna 2003 lastensuojelun avohuollon asiakkaana oli 56 379 lasta ja nuorta. Edellisestä vuodesta määrä kasvoi noin 2000 lapsella.

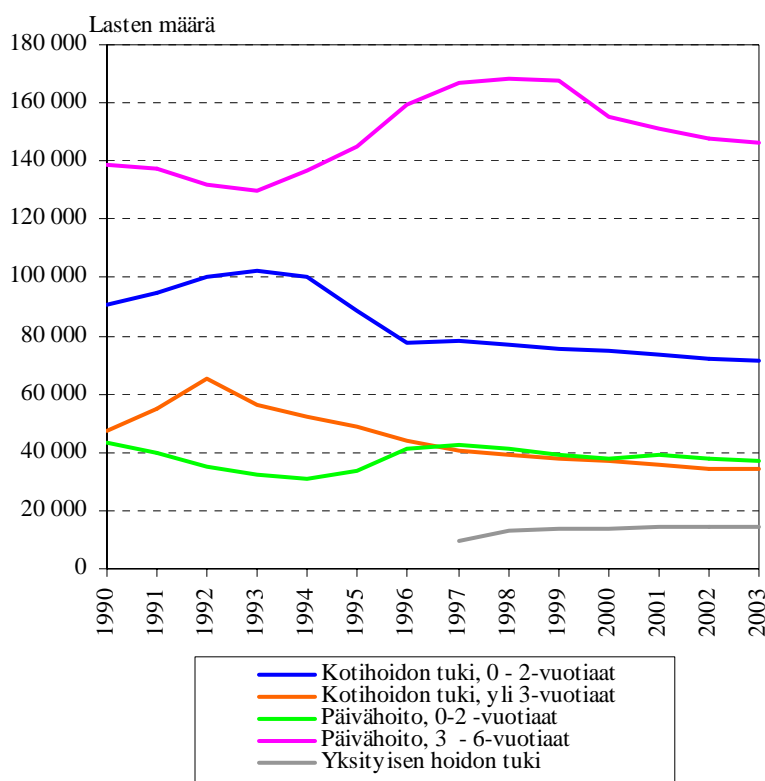
#### 6.4 Lasten kasvu- ja kehitysympäristö

Turvallisen asuin-, kasvu- ja kehitysympäristön luominen lapselle on ollut viime vuosina perhepolitiikan tavoitteena. Lasten kehittymisen kannalta avainasemassa ovat varhaiskasvatuksen ja peruskoulutuksen riittävät toimintaedellytykset.

*Lasten päivähoido*

Päivähoidossa olevien lasten määrä on viime vuosina vähentynyt alentuneen syntyvyyden sekä esiopetusuudistuksen seurauksena. Kunnan järjestämässä päivähoidossa oli 190 650 lasta vuonna 2003. Kotihoidon tuella hoidettujen lasten määrä on hieman laskenut (kuvio 100). Perhepäivähoidon osuus lasten päivähoidon kokonaismäärästä on pienentynyt ja korvautunut osittain ryhmäperhepäivähoidolla. Kuitenkin hoitajan kodissa järjestettävä perhepäivähoito on usein vanhempien toivoma hoitomuoto varsinkin pienemmille lapsille. Yksityisesti järjestetyn päivähoidon suosio on viime vuosina hieman lisääntynyt.

Kuvio 100. Kunnan järjestämän päivähoidossa olevat lapset sekä kotihoidon tuella ja yksityisen hoidon tuella hoidetut lapset vuosina 1990 – 2003



Lasten hoitojärjestelyt vaihtelevat huomattavasti lasten iän mukaan (taulukko 21 ja kuvio 101). Päivähoidossa on alle kouluikäisistä lapsista lähes puolet. Alle yksivuotiaat hoidetaan lähes yksinomaan kotona. Kaksivuotiaista lapsista 44 prosenttia on päivähoidossa. Yli kolmevuotiaista lapsista yli 60 prosenttia on päivähoidossa.

Taulukko 21. Alle kouluikäisten lasten hoito kodin ulkopuolella\* vuosina 1998 – 2003, osuus ikäluokasta, %

	Lapsen ikä, vuotta							Yhteensä
	0	1	2	3	4	5	6	
1998	1,8	29,2	42,2	59,2	64,9	69,7	79,8	50,9
1999	1,6	28,5	43,1	60,1	67,1	71,2	81,5	51,7
2000	1,6	28,0	42,6	60,5	67,1	71,5	66,9	49,3
2001	1,7	28,6	43,6	61,1	67,7	72,4	67,5	49,7
2002	1,3	27,9	44,0	61,4	68,2	72,3	67,9	49,6
2003	1,4	27,5	43,9	62,3	68,5	73,0	67,6	49,5

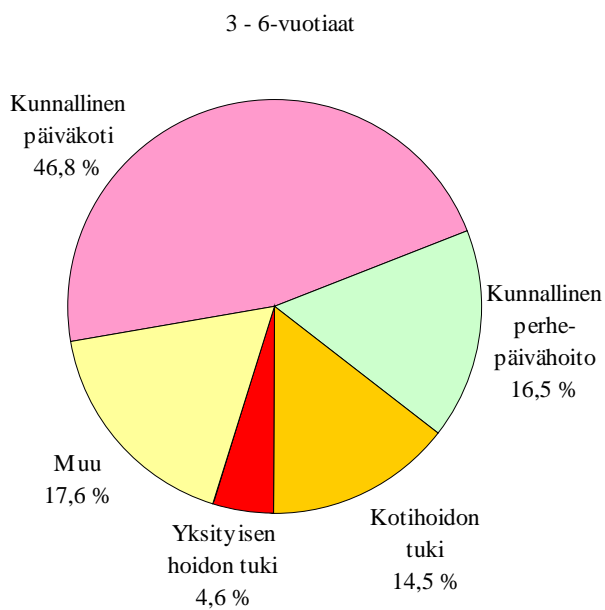
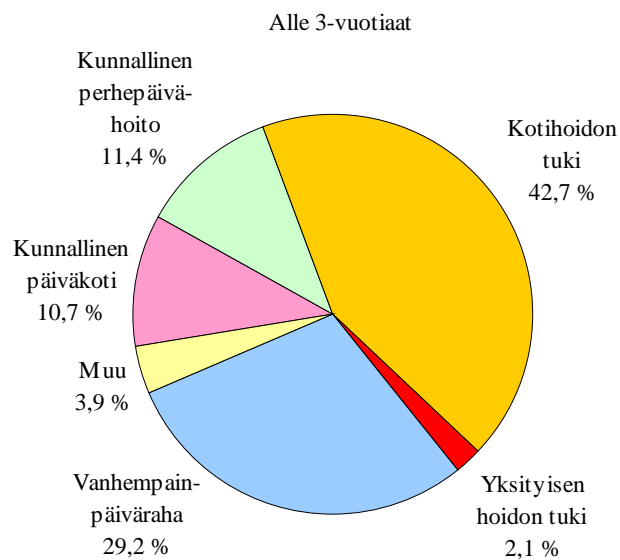
\* Kunnan järjestämässä päivähoitossa olevat lapset sekä yksityisen hoidon tuella hoidetut  
Lähde: SOTKA ja Kela

Päiväkodeissa huolenaiheeksi on noussut henkilömitoituksen toimivuus. Päiväkodeissa lapsiryhmät ovat usein suuria ja henkilöstön määrän riittävyys suhteessa lasten määrään vaihtelee. Levottomuutta lisää sekä henkilöstön että lasten vaihtuvuus.

Viime aikoina vilkkaan keskustelun aiheeksi on noussut kysymys tuleeko kaikilla lapsilla olla oikeus kunnan järjestämään päivähoitoon. Erityisesti keskustelu on koskenut tilannetta, jossa lapsen vanhemmista ainakin toinen on kotona. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton tekemän selvityksen mukaan joka kymmenennellä kunnan järjestämässä kokopäivähoitossa olevalla lapsella on ainakin toinen vanhemmista kotona. Vanhempainvapaalla tai hoitovapaalla olevien vanhempien kokopäivähoitossa olevien lasten osuus oli kolme prosenttia. Kokopäivähoitossa olevista lapsista kahdella prosentilla ainakin toinen vanhemmista oli kotona työttömyyden vuoksi. Muita perusteita kotona olevien vanhempien lasten päivähoitolle olivat lastensuojelun tukitoimenpide, erityispäivähoidon tarve tai maahanmuuttajataustainen perhe.

Päivähoidon tarve vähenee edelleen syntyvyyden alenemisen seurauksena. Väestöennusteiden mukaan vuonna 2010 päivähoitoikäisiä lapsia on noin 13 000 vähemmän kuin tällä hetkellä. Toisaalta koululaisten iltapäivähoidon tarve lisääntyy.

Kuvio 101. Pienten lasten hoitojärjestelyt 31.12.2003



*Koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminta*

Elokuun alusta 2004 lähtien kunnan tulee järjestää peruskoulun 1. ja 2. luokkalaisille lapsille aamu- ja iltapäivätoimintaa. Aamu- ja iltapäivätoimintaa tulee tarjota 570 tuntia koulun työvuoden aikana. Aamu- ja iltapäivätoimintaan osallistuminen on lapsille vapaaehtoista. Aamu- ja iltapäivätoiminnan tavoitteena on tukea kodin ja koulun kasvatustyötä osana varhaiskasvatusta. Aamu- ja iltapäivätoimintaan osallistuvilla lapsilla olisi oikeus turvalliseen toimintaympäristöön. Kuntia veloitetaan huolehtimaan siitä, että lasten aamu- ja iltapäivätoiminnalle tarkoitettut tilat ja välineet ovat turvallisia ja että lapset eivät joudu väkivallan tai muun kiusaamisen kohteeksi.

Syksyllä 2004 koululaisten aamu- ja iltapäivätoimintaa oli järjestetty 358 kunnassa. Järjestetyn toiminnan piirissä oli 38 prosenttia 1. ja 2. luokan oppilaista. Kunta päättää aamu- ja iltapäivätoiminnasta perittävien maksujen määräästä, joka saa olla enintään 60 euroa kuukaudessa. Enimmäismaksu koskee ainoastaan tilanteita, joissa lapsi osallistuu toimintaan enintään 3 tuntia päivässä. Suurin osa lapsista tarvitsee iltapäivätoimintaa yli 3 tuntia päivässä, jolloin maksu voi ylittää 60 euroa kuukaudessa. Syksyllä 2004 kunnan perimät maksut vaihtelivat runsaasti. Muutamissa kunnissa maksua ei peritty lainkaan. Useissa kunnissa maksu oli selvästi yli sata euroa kuukaudessa.

## VII Sukupuolten tasa-arvon edistäminen

### **Sukupuolten välisen tasa-arvon edistämisen vaikuttavuustavoitteet**

- Naisten ja miesten palkkaerot kaventuvat
- Määräaikaiset palvelussuhteet vähenevät
- Naisyrittäjyys lisääntyy
- Naisten osuus poliittisessa ja taloudellisessa päätöksenteossa kasvaa
- Naisiin kohdistuva väkivalta sekä prostituutio vähenevät
- Tasa-arvopoliittiset kysymykset arvioidaan myös miesnäkökulmasta
- Tasa-arvon valtavirtaistamisen menetelmä otetaan käyttöön valtionhallinnossa

Sukupuolten välistä tasa-arvoa edistävät toimenpiteet ovat pitkään painottuneet työelämään ja julkiseen elämänpiiriin ja pyrkineet pääasiassa parantamaan naisten asemaa näillä alueilla. Viimeisen kymmenen vuoden aikana uusina tasa-arvopolitiikan teemoina ovat nousseet esiin työn ja perhe-elämän yhtensovittaminen, perhevapaista aiheutuvien kustannusten epätasainen jakautuminen, naisiin kohdistuva väkivalta, julkisen tilan pornografisoituminen sekä miesten ja tasa-arvon suhde.

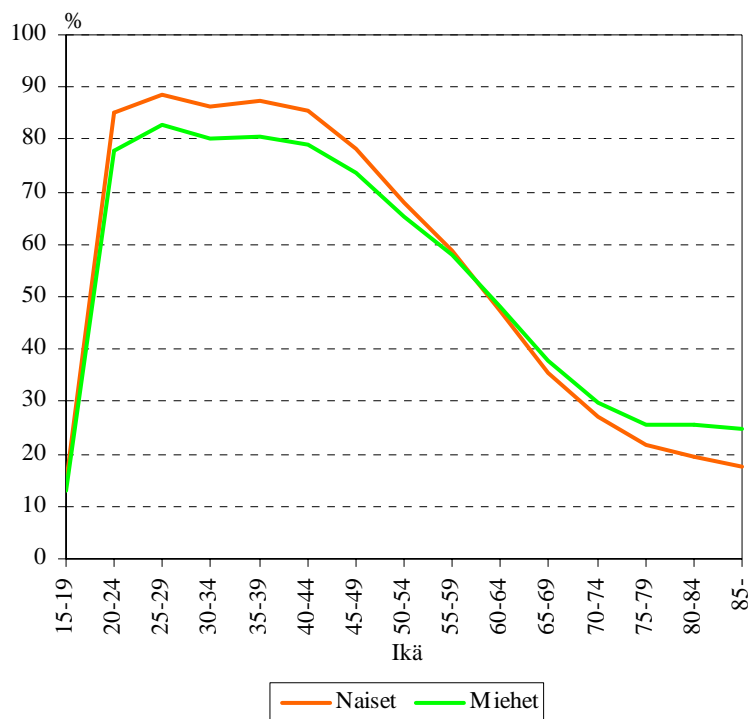
Hallituksen tasa-arvotavoitteita toteutetaan hallituksen tasa-arvo-ohjelmalla, joka valmistuu syksyn 2004 aikana. Ohjelmaan sisältyy sekä kaikille ministeriöille yhteisiä toimenpiteitä kuten sukupuolten välisen tasa-arvon valtavirtaistaminen että ministeriöiden omia hallinnonalakohtaisia toimenpiteitä. Hallituksen tasa-arvo-ohjelma kokoaa, koordinoi ja käynnistää tasa-arvoa edistäviä hankkeita valtionhallinnossa. Ohjelman laatimiseen ja toteuttamiseen ei ole varattu erillisiä lisävoimavaroja. Ohjelma sisältää muun muassa lainsäädäntö-, koulutus- ja kehittämishankkeita.

Hallituksen esitys naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta annetun lain kokonaisuudistukseksi jätettiin eduskunnalle lokakuussa 2004. Kokonaisuudistuksen tarkoituksena on vahvistaa laissa säädettyä tasa-arvon edistämisvelvoitetta ja syrjinnän poistamista. Siinä täsmennetään työpaikan tasa-arvosuunnittelua koskevia säännöksiä. Tasa-arvosuunnitelmaan tulee sisältyä muun muassa kartoitus miesten ja naisten palkoista ja palkkaeroista. Tasa-arvosuunnittelun laiminlyöneeseen työnantajaan voidaan jatkossa kohdistaa sanktioita.

## 7.1 Koulutus ja sukupuoli

Vuonna 2002 perusasteen jälkeisen tutkinnon suorittaneita oli Suomessa yhteensä 2,6 miljoonaa henkilöä. 15-59-vuotiaat naiset ovat suorittaneet tutkinnon samanikäisiä miehiä useammin kaikissa ikäluokissa. Ero on suurin 20-44-vuotiailla, 6-7 prosenttiyksikköä ikäluokasta riippuen. Vanhimmissa yli 60-vuotiaiden ikäluokissa miehet ovat suorittaneet tutkinnon naisia useammin.

Kuvio 102. Perusasteen jälkeisen tutkinnon suorittaneen väestön osuus iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2002, %

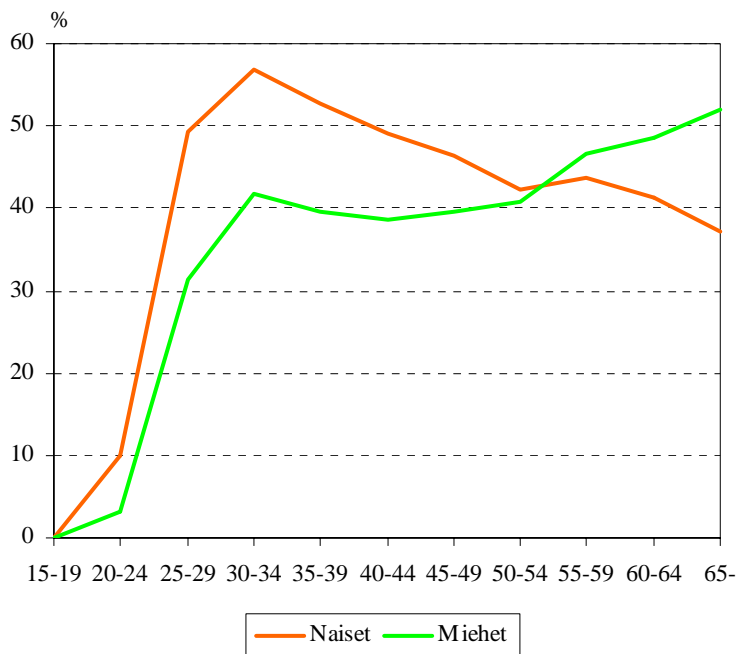


Lähde: Tilastokeskus

Naiset myös jatkavat opintojaan miehiä pidempään. Korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden osuus perusasteen jälkeisen tutkinnon suorittaneista on naisilla suurempi aina 50-54-vuotiaiden ikäluokkaan asti.



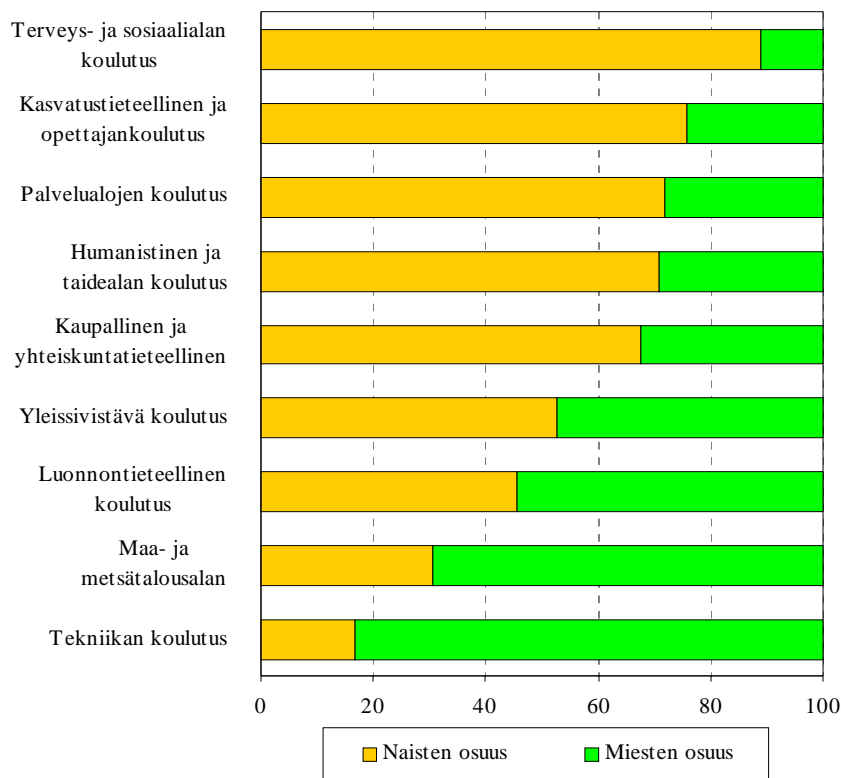
Kuvio 103. Korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden osuus perusasteen jälkeisen tutkinnon suorittaneista vuonna 2002, %



Lähde: Tilastokeskus

Monet koulutusalat ovat sukupuolen mukaan eriytyneitä. Naisvaltaisoin koulutusala on terveys- ja sosiaaliala. Lähes 90 prosenttia terveys- ja sosiaalialan tutkinnon suorittaneista on naisia. Tekniikan alan tutkinnon suorittaneista taas yli 80 prosenttia on miehiä. Miesten koulutus keskittyy tekniikan alalle. Yli puolet miesten tutkinnoista oli suoritettu tekniikan alalta.

Kuvio 104. Tutkinnon suorittanut väestö koulutusalan mukaan vuonna 2002



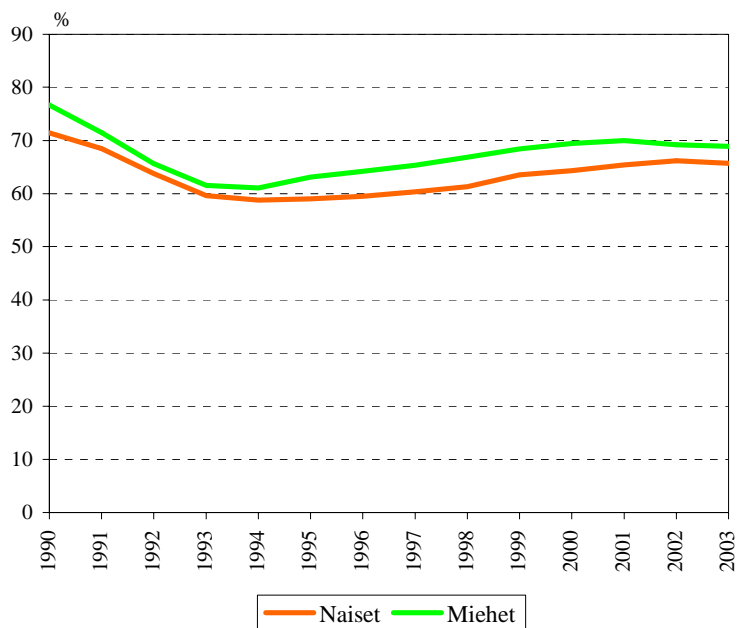
Lähde: Tilastokeskus

## 7.2 Naiset ja miehet työmarkkinoilla

Naisten työllisyysaste on lähes yhtä korkea kuin miesten ja lähes puolet työllisistä on naisia. Koska naiset ja miehet sijoittuvat työmarkkinoilla eri sektoreille ja toimialoille, talouden heilahtelut ovat heijastuneet sukupuolten työllisyys- ja työttömyysasteisiin hieman eri viiveellä. Laman ensi vuosina 1990-luvun alussa naisten työllisyys heikkeni hitaammin kuin miesten. Laman hellittäessä miesten työllisyys taas kohentui nopeammin kuin naisten. Työllisyysasteen kasvun pysähtyminen 2000-luvun alussa näkyi ensiksi miesten työllisyydessä (kuviot 105). Vastaava kehitys voidaan havaita myös työttömyyden kehityksessä. 1990-luvun alussa miesten työttömyysaste oli suurimmillaan neljä prosenttiyksikköä naisia korkeampi. Tilanne muuttui nopeasti lamasta toivuttaessa ja 1990-luvun lopulla naisten työttömyysaste oli noin prosenttiyksikön miehiä korkeampi. Viime vuosina naisten ja miesten työttömyysasteet ovat olleet lähes yhtä suuret. Vuonna 2003 naisten työttömyysaste oli 8,9 prosenttia miesten työttömyysasteen ollessa 9,2 prosenttia (kuviot 106).

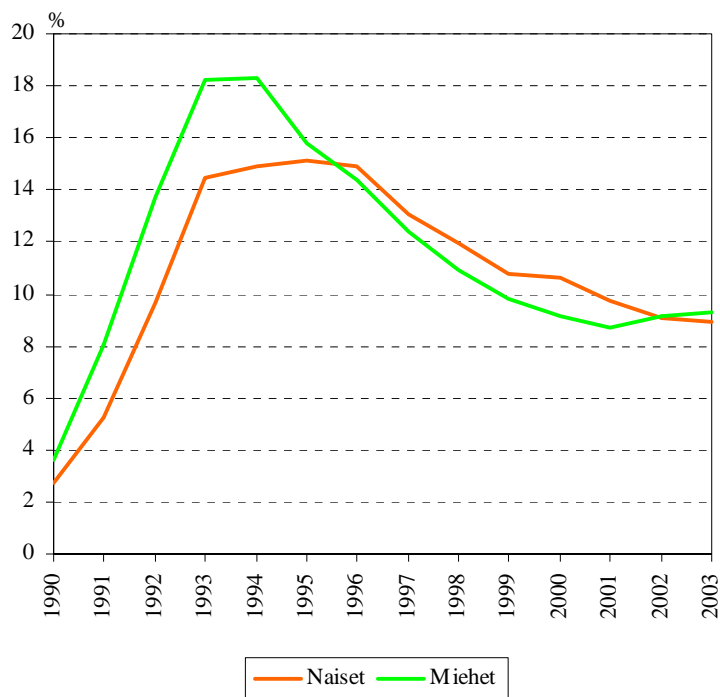
Kansainvälisesti verrattuna naisten työllisyysaste on korkea ja EU:n Lissabonin kokouksen 60 prosentin naisten työllisyystavoite on selkeästi ylitetty. Sen sijaan miesten työllisyysaste jää jopa hieman alle Lissabonin kokouksen 70 prosentin työllisyystavoitteen.

Kuvio 105. Työllisyysaste sukupuolen mukaan vuosina 1990-2003, %



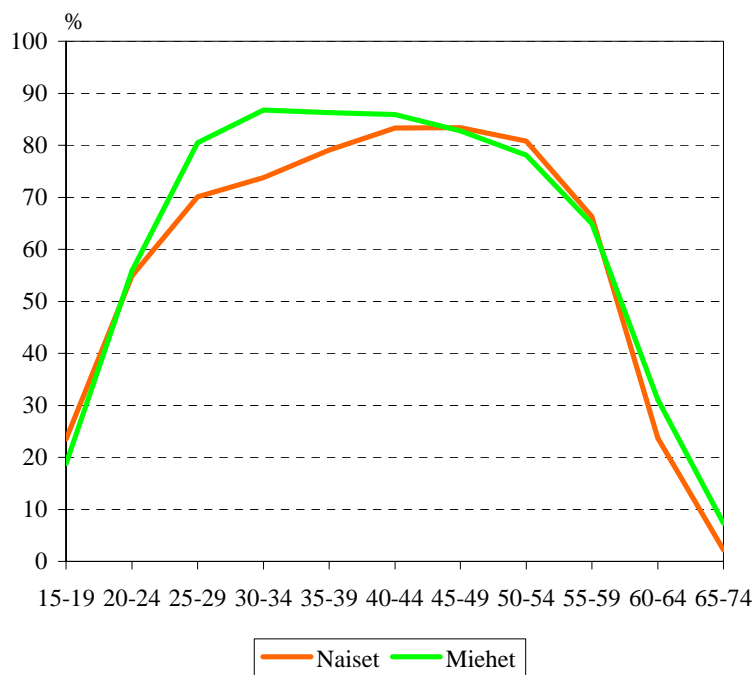
Työllisyysaste: Työllisten osuus 15-64-vuotiaasta väestöstä. Lähde: Tilastokeskus, työvoimatutkimus

Kuvio 106. Työttömyysaste sukupuolen mukaan vuosina 1990-2003, %



Lähde: Tilastokeskus, työvoimatutkimus

Kuvio 107. Naisten ja miesten työllisyysaste ikäluokittain vuonna 2003, %



Lähde: Tilastokeskus, työvoimatutkimus

Naisten ja miesten työllisyysasteet vaihtelevat iän mukaan eri tavalla. Naisten työllisyysaste on selvästi miehiä alhaisempi ikäluokissa, joihin ajoittuu lasten syntymä ja perheen perustaminen. Miesten työllisyysaste on tällöin korkeimmillaan. Siirryttäessä vanhempiin ikäluokkiin miesten työllisyysaste alkaa hiljalleen laskea naisten työllisyysasteen edelleen kasvaessa. Ikävuosien 45 – 59 välillä naisten työllisyysaste on hieman korkeampi kuin miesten.

Vaikka työelämään osallistumisessa ei naisten ja miesten välillä ole suurta eroa, työmarkkinoiden sisällä naiset ja miehet sijoittuvat eri toimialoille ja sektoreille. Naiset työskentelevät miehiä useammin julkisella sektorilla ja hoivatehtävissä, miehet naisia useammin yksityisellä sektorilla sekä teollisissa ammateissa. Ammateissa, joissa sekä naisia että miehiä on 40-60 prosenttia henkilöstöstä, työskenteli vuonna 2002 vain 13 prosenttia koko työllisestä työvoimasta.

Taulukko 22. Työlliset toimialoittain vuonna 2003

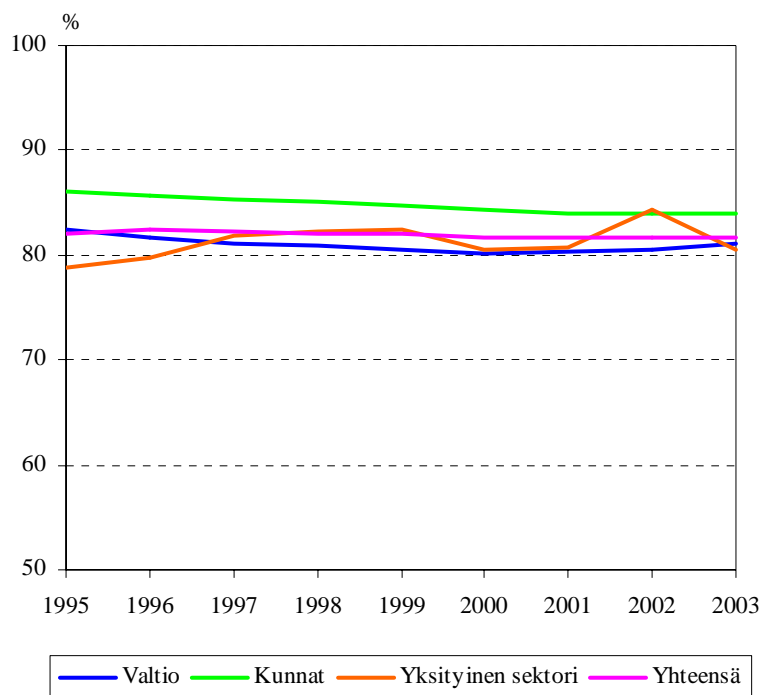
	Miehet	%	Naiset	%
Maa-, riista-, metsä- ja kalatalous	83 000	6,8	38 000	3,3
Teollisuus	338 000	27,5	132 000	11,6
Rakentaminen	140 000	11,4	11 000	1,0
Kauppa, majoitus- ja ravitsemustoiminta	166 000	13,5	197 000	17,3
Liikenne	128 000	10,4	45 000	4,0
Rahoitus, vakuutus ja liike-elämää palveleva toiminta	162 000	13,2	151 000	13,3
Julkiset ja muut palvelut	207 000	16,9	560 000	49,3
Toimiala tuntematon	5 000	0,4	4 000	0,4
Yhteensä	1227 000	100,0	1137 000	100,0

Lähde: Tilastokeskus, työvoimatutkimus.

### 7.3 Naisten ja miesten palkkaerot

Naisten ja miesten palkkoja ja palkkaeroja voidaan tarkastella eri tavoin. Ansioita voidaan mitata kokonaisansioina tai, kuten tavallisimmin, säännöllisen työajan keskiansioina. Tarkastelussa saatetaan verrata tunti-, kuukausi tai vuosipalkkoja.<sup>40</sup> Palkkaeroja voidaan edelleen mitata absoluuttisina euromäärinä tai tavallisemmin suhteellisina palkkaeroina, jolloin verrataan montako prosenttia naisten ansiot ovat miesten ansioista.

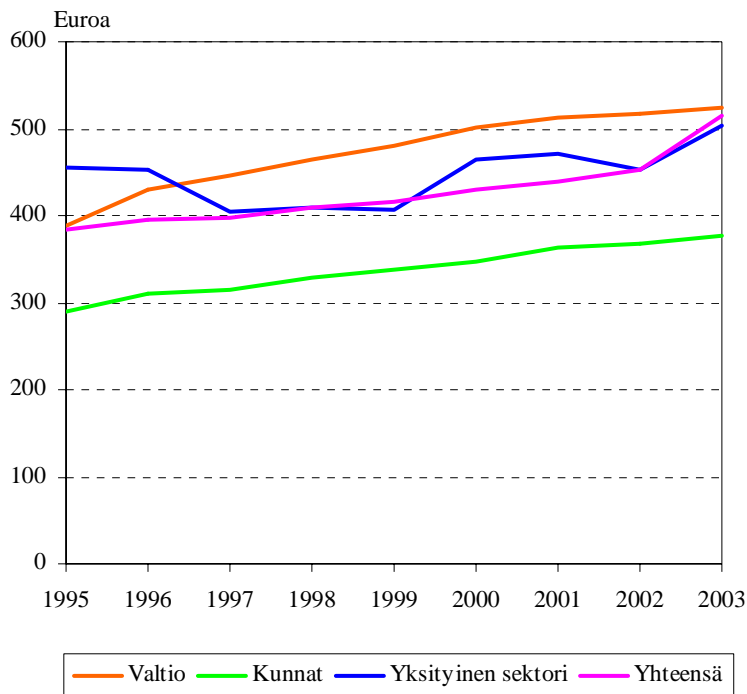
Kuvio 108. Palkansaajien säännöllisen työajan keskiansiot sektoreittain vuosina 1995-2003. Naisten ansiot miesten ansioista, %



Lähde: Tilastokeskus

Säännöllisen työajan keskiansioista laskettu suhteellinen palkkaero on pitkään pysytellyt noin 80 – 82 prosentissa. Yksityisellä sektorilla suhteellinen palkkaero on kaventunut 1990-luvun alusta lähtien, kun taas valtiosektorilla suhteellinen ero on kasvanut. Tutkimuksissa, joissa on otettu huomioon muun muassa toimiala ja ammatti, sukupuolten välisestä palkkaerosta on jäänyt selittämättä noin puolet. Suurin palkkaeroja selittävä tekijä on ala ja ammatti. Naisvaltaisilla aloilla maksetaan keskimäärin pienempiä palkkoja kuin miesvaltaisilla aloilla, vaikka koulutusvaatimukset ovat samantasoiset. Suhteellisesti eniten jäävät mieskollegoistaan jälkeen hyvin koulutetut ja vaativia töitä tekevät keski-ikäiset naiset, jotka ansaitsevat saman työnantajan palveluksessa 6-8 prosenttia mieskollegojaan vähemmän.

Kuvio 109. Naisten ja miesten palkkaero euroina vuosina 1995-2003, vuoden 2003 hinnoin



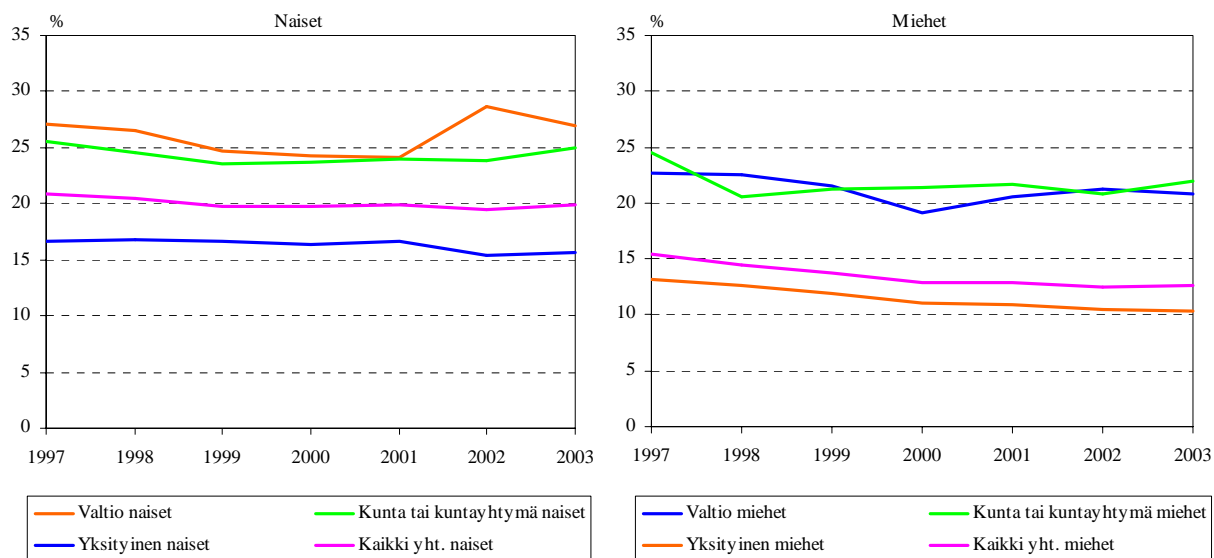
Lähteet: Tilastokeskus, Palkansaajien kuukausiansiot ansiotasoindeksin mukaan ja kuluttajahintaindeksi.

Selvityshenkilön tekemän selvityksen mukaan hallituksen on tarpeen rakentaa yhdessä työmarkkinajärjestöjen kanssa samapalkkaisuutta edistävä ohjelma. Palkkatasa-arvoon pyritään vaikuttamaan myös vireillä olevan tasa-arvolain uudistamisen avulla. Eräs mahdollinen keino edistää naisten ja miesten samapalkkaisuutta on uusiin kannustaviin palkkausjärjestelmiin siirtyminen.

#### 7.4 Määräaikaiset työsuhteet

Vuonna 2003 kaikista palkansaajista 83,6 prosentilla oli joko koko- tai osa-aikainen pysyvä työsuhde. Naisilla oli pysyvä työsuhde selvästi miehiä harvemmin. Naispalkansaajista 80 prosentilla ja miespalkansaajista 87 prosentilla oli pysyvä työsuhde. Määräaikaisissa työsuhteissa olevista naisia oli 62 prosenttia ja miehiä 38 prosenttia. Tämä vastaa 207 000 naispalkansaajaa ja 129 000 miespalkansaajaa. Määräaikaiset työsuhteet ovat julkisella sektorilla yleisempiä kuin yksityisellä sektorilla. Sekä naisten että miesten määräaikaisten työsuhteiden osuus laski hieman vuosina 1997 – 2003. Määräaikaisten työsuhteiden osuus supistui miehillä naisia ripeämmin, joten ero miesten ja naisten välillä kasvoi.

Kuvio 110. Määräaikaisten työsuhteiden osuus sektoreittain sukupuolen mukaan vuosina 1997-2003, %

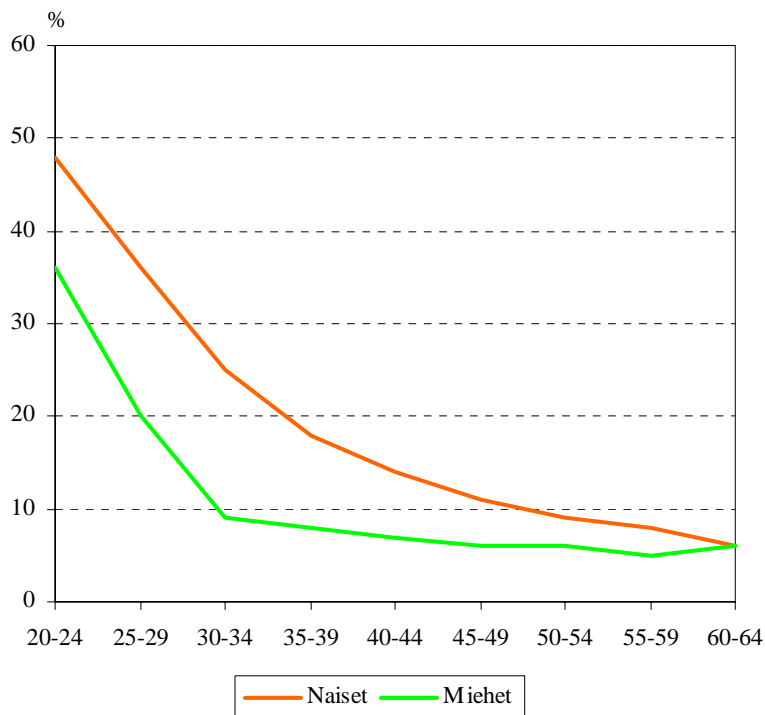


Lähde: Tilastokeskus, työvoimatutkimus

Naisten ja julkisen sektorin lisäksi määräaikaisuus on erityisesti nuorten ongelma. Vuonna 2003 puolet määräaikaisessa palvelussuhteessa olevista oli alle 30-vuotiaita. Määräaikaisten palvelussuhteiden kasautuminen nuorille vaikeuttaa perheen perustamista taloudellisen turvallisuuden ollessa puutteellinen. Sukupuolten väliset erot määräaikaisissa palvelussuhteissa ovat suurimmat nuorilla aikuisilla (25-34-vuotiaat).



Kuvio 111. Määräaikaisten työsuhteiden osuus iän mukaan vuonna 2003, %  
Kaikki sektorit yhteensä



Lähde: Tilastokeskus, työvoimatutkimus

Valtiovarainministeriö on antanut ministeriöille, virastoille ja laitoksille valtion määräaikaista palvelussuhteita koskevat ohjeet. Käytettyjen määräaikaisten palvelussuhteiden perusteita tarkastellaan ja ryhdytään toimenpiteisiin, jotta määräaikaisten palvelussuhteiden väheneminen ja niitä käytetään vain perustellusta syystä. Määräaikaisten palvelussuhteiden määrää seurataan. Myös kunnallinen työmarkkinalaitos on antanut ohjeet määräaikaisten toimien vähentämisestä.

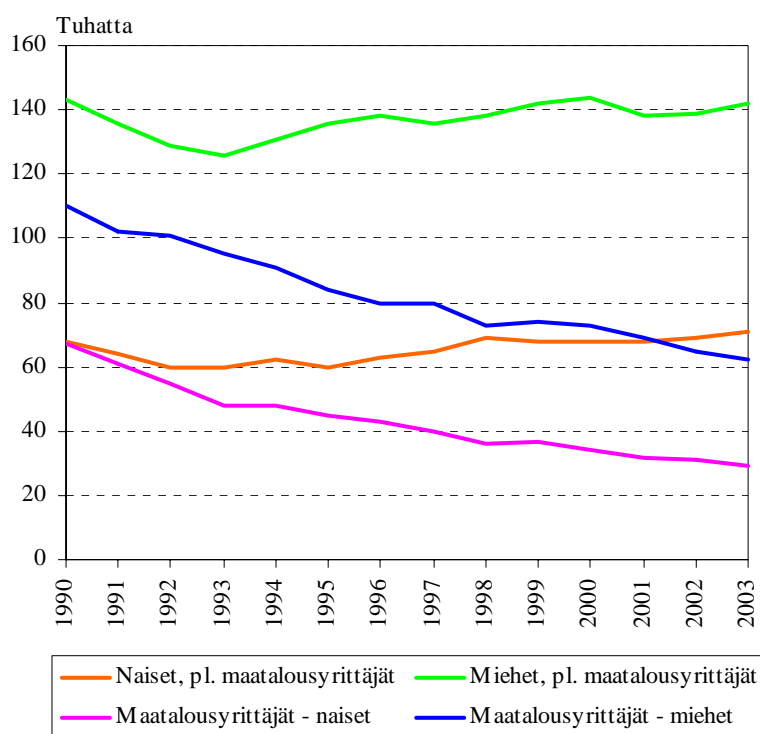
## 7.5 Naisyrittäjät

Naisten osuus yrittäjistä ja yrittäjäperheenjäsenistä on pitkään ollut noin kolmannes. Maatalousyrittäjänä toimivien naisten määrä on laskenut jatkuvasti vuosina 1990 – 2004. Muiden naisyrittäjien määrä on hiljalleen kasvanut 1990-luvun puolivälistä lähtien.

Naiset ovat perinteisesti toimineet yrittäjinä erityisesti palvelusektorilla. Naisten yrittäjäisyys on lisääntynyt muun muassa kotipalvelun ja hoivan aloilla. Naisyrittäjillä on osittain erilaisia ongelmia kuin miesyrittäjillä. Erityisesti työn ja perheen yhteensovittamiseen liittyvät ongelmat rajoittavat naisten mahdollisuuksia toimia yrittäjinä.

Yrittäminen on Suomessa harvinaisempaa kuin monissa muissa EU-maissa, mutta EU-15 maista naisyrittäjyys on Suomessa suhteellisesti yleisintä. Naisyrittäjyyden vahvistaminen on osa yrittäjyyden politiikkaohjelmaa. Naisyrittäjien määrän seuraamiseen soveltuvaa tilastointia kehitetään tämän hallituskauden aikana.

Kuvio 112. Yrittäjät ja yrittäjäperheenjäsenet sukupuolen mukaan vuosina 1990-2003



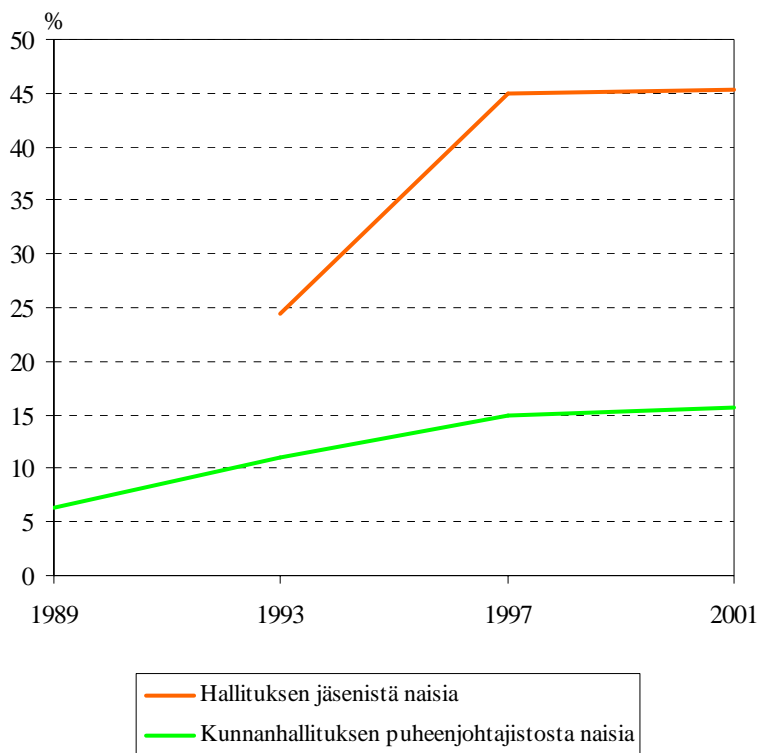
Lähde: Tilastokeskus

## 7.6 Naisten osuus poliittisessa ja taloudellisessa päätöksenteossa

### *Naiset ja kunnallinen päätöksenteko*

Vuonna 1995 lakia naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta uudistettiin siten, että kunnallisissa toimielimissä kunnanvaltuustoja lukuun ottamatta tulee olla sekä naisia että miehiä kumpiakin vähintään 40 prosenttia. Kunnanhallitus on yksi keskeisistä alueellisen päätöksenteon foorumeista.

Kuvio 113. Naisten osuus kunnanhallitusten jäsenistä ja puheenjohtajista, %



Lähde: Kuntaliitto

Kaikissa kunnanhallituksissa jäsenten sukupuolijakauma on nykyisin tasa-arvolain kiintiösäännöksen mukainen. Vuonna 1993 kunnanhallitusten jäsenistä naisia oli vain 24,5 prosenttia. Naisten osuus kunnanhallituksen puheenjohtajista ja varapuheenjohtajista on myös noussut selkeästi tarkastellun ajanjakson aikana.

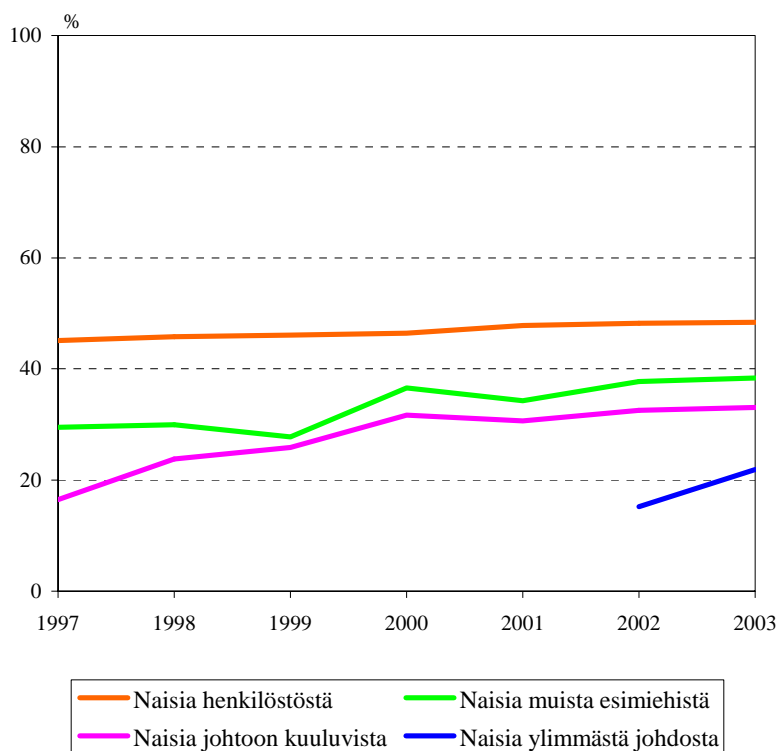
Naisten osuus vaaleilla valittujen kunnanvaltuustojen jäsenistöstä on myös noussut hiljalleen 1990-luvun aikana. Kunnittain naisten osuus vaihtelee viidestä kuuteenkymmeneen prosenttiin ja maakunnittain 27:stä 42:en prosenttiin. Vuonna 2001 kunnanvaltuustojen puheenjohtajistosta naisia oli 23 prosenttia. Valtakunnallisesti naisten edustus ei vastaa kuntalaisten sukupuolijakaumaa. Tällä hallituskaudella hallitus kannustaa poliittisia ryhmiä ja elimiä lisäämään naisten osuutta ehdokkaista.

#### *Naiset valtionhallinnon johdossa*

Valtionhallinnon ylimmän johdon sukupuolijakaumaa on seurattu vuodesta 2002 ja ylä- ja keskijohdon sukupuolijakaumaa vuodesta 1997 alkaen. Naisten osuus valtion ylimmästä johdosta, johon ajankohdasta riippuen kuuluu hieman alle 200 henkilöä, on kasvanut huomattavasti vuoden sisällä. Myös naisten osuus valtionhallinnon ylä- ja keskijohdosta

on kasvanut merkittävästi, mutta ei edelleenkään ole lähelläkään naisten osuutta valtion työntekijöistä. Nykyisistä johtajista arvioidaan vuonna 2011 olevan palveluksessa enää 20 prosenttia. Tämä saattaa helpottaa naisten määrän lisääntymistä johtotehtävissä.

Kuvio 114. Naisten osuus valtionhallinnon johtoon ja henkilöstöön kuuluvista vuosina 1997-2003,%



Ylimpään johtoon luetaan valtiosihteerit, kansliapäälliköt, alivaltiosihteerit, osastopäälliköt ja vastaavat sekä virastojen ylin johto eli virastopäällikön asemassa olevat henkilöt. Johtoon kuuluvat virastojen ja laitosten johtajat ylä- ja keskitasolla sekä tulosyksiköiden ja vastaavien vastuuyksiköiden johtajat. Luokkaan ”muut esimiehet” kuuluvat sellaiset toimenkuvat, joissa työnjohtamisen ja esimiestehtävien osuus työajasta on yli puolet.

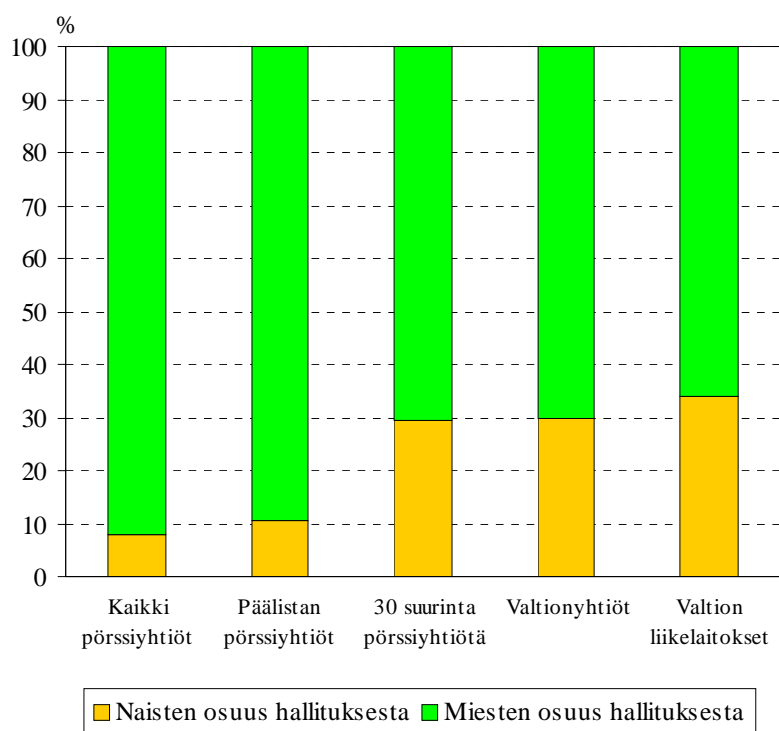
Lähde: Naisjohtajat – uralla eteenpäin. Työryhmämuistioita 5/2004. Valtiovarainministeriö.

Valtiovarainministeriön alainen työryhmä jätti muistionsa naisten sijoittumisesta valtionhallinnon johtotehtäviin maaliskuussa 2004. Ministeriö viestittää hallinnolle suosituksin ja esimerkein toimenpiteistä, joilla voidaan lisätä naishakijoiden määrää avoimiin virkoihin.

*Naiset ja taloudellinen päätöksenteko*

Yritysten hallitusten sukupuolijakauman tarkastelu on eräs tapa arvioida taloudellisen päätöksenteon jakautumista. Naisten osuus yhtiöiden hallituksissa on suurin valtion liikelaitoksissa, hieman pienempi valtionyhtiöissä ja selvästi pienempi pörssiyhtiöissä. Suurten pörssiyhtiöiden hallituksissa naisten osuus on kuitenkin selvästi suurempi kuin pienten pörssiyhtiöiden hallituksissa. Kolmenkymmenen suurimman pörssiyhtiön hallituksissa naisten osuus on lähes sama kuin valtionyhtiöissä.

Kuvio 115. Valtion liikelaitosten, valtionyhtiöiden ja pörssiyhtiöiden hallitusten sukupuolijakauma, %.



Tilanne heinäkuussa 2004

Lähde: Yhtiöiden verkkosivut. Kauppalehti tiedon ”kaikki pörssiyhtiöt” osalta.

Hallitusten puheenjohtajien ja varapuheenjohtajien sukupuolijakauma on epätasaisempi. Vain yhden yhtiön puheenjohtaja on nainen. Valtion liikelaitosten varapuheenjohtajat ovat kaikki miehiä, valtionyhtiöiden varapuheenjohtajista naisia on noin 16 prosenttia. Pörssiyhtiöiden varapuheenjohtajista naisia on vain kolme prosenttia.

Hallitus pyrkii lisäämään naisten osuutta niiden yhtiöiden hallituksissa, joissa valtiolla on omistusosuuksia. Tavoitteena on, että keväällä 2005 valtion liikelaitoksien ja valtionyhtiöiden hallituksissa on vähintään 40 prosenttia naisia ja miehiä, ja että yhtiöissä, joissa valtio on vähemmistönä, päästään mahdollisimman lähelle 40 prosentin osuutta.

## **7.7 Naisiin kohdistuva väkivalta ja prostituutio**

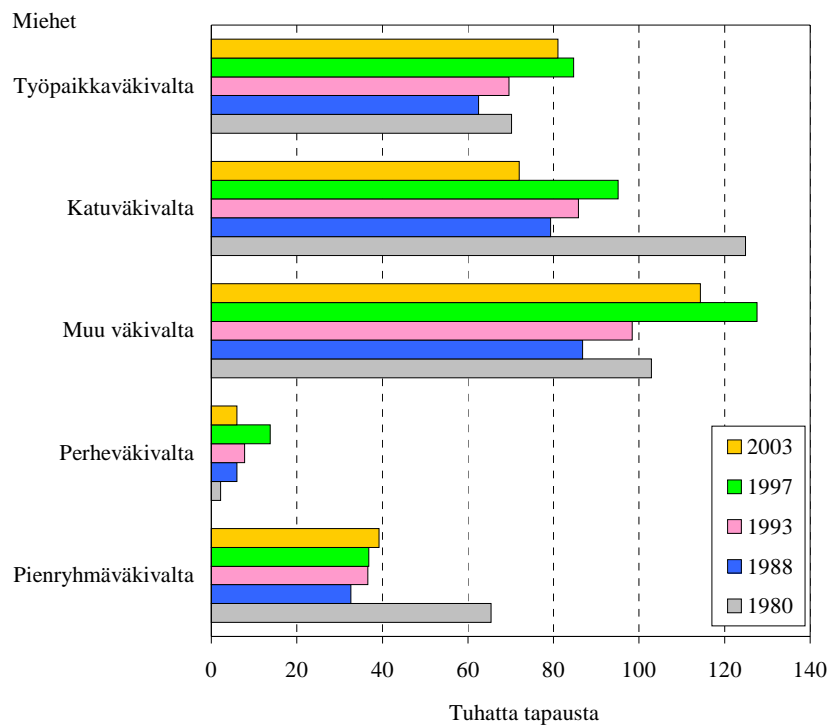
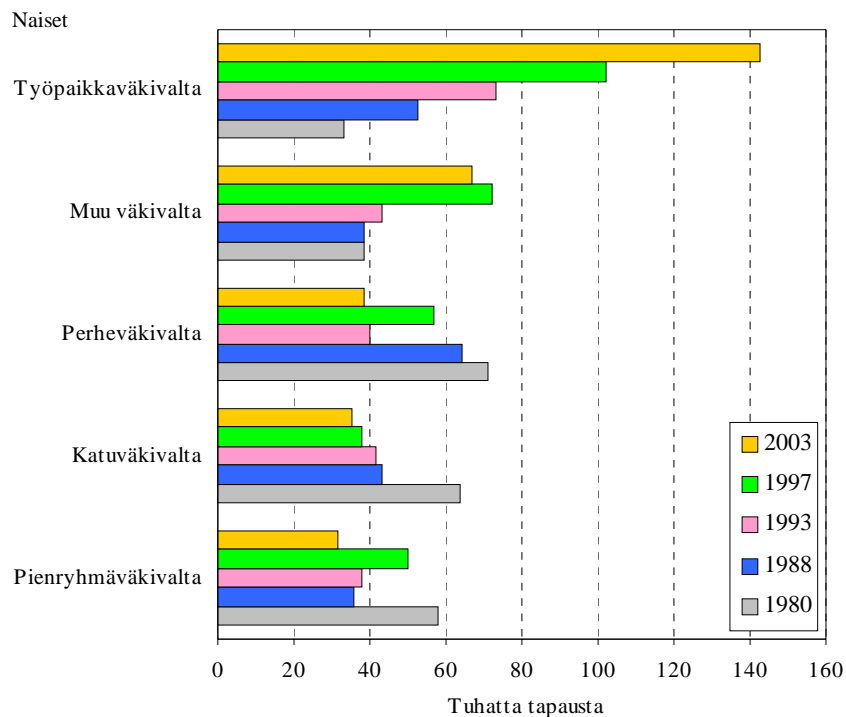
### *Väkivalta*

Väkivallan uhriksi joutumista on tutkittu erilaisilla tutkimusmenetelmillä ja -asetelmilla, jolloin on saatu tosistaan poikkeavia tuloksia.<sup>41</sup> Suomessa on tehty niin sanottuja yleisiä uhritutkimuksia vuodesta 1980 asti. Uhkailu- ja väkivaltatilanteet jaetaan yleisissä uhritutkimuksissa usein viiteen tyyppiin. Perheväkivallaksi määritellään perheenjäsenten välinen väkivalta. Pienryhmäväkivallalla tarkoitetaan muiden keskenään tuttujen välistä väkivaltaa. Työpaikkaväkivaltaa kohdataan työtehtävissä. Katuväkivallassa tekijä on tuntematon ja se tapahtuu ulkona. Muu satunnainen väkivalta käsittää lähinnä ennestään tuntemattoman henkilön tekemän väkivallan sisätiloissa kuten ravintoloissa ja huvipaikoissa.

Yleisten uhritutkimusten tutkimussarjan kattaman 20 vuoden aikana miehiin kohdistuva katuväkivalta on tämän tutkimuksen perusteella vähentynyt muun miehiin kohdistuvan väkivallan pääsääntöisesti lisääntyessä. Samaan aikaan naisiin kohdistuva työpaikkaväkivalta on kasvanut huomattavasti, erityisesti vuosien 1997 ja 2003 välisenä aikana. Vuosien 1997 – 2003 kasvu on sijoittunut lähes täysin terveydenhoitoalalle. Naisiin kohdistuva työpaikkaväkivalta ohitti miehiin kohdistuvan työpaikkaväkivallan 1990-luvun alussa, minkä jälkeen ero on kasvanut voimakkaasti. Joidenkin väkivaltatyyppien yleisyydessä esiintyvä vaihtelu johtunee ainakin osittain satunnaisvaihtelusta (esimerkiksi miesten kokea muu väkivalta).

Suuri osa vakavammasta väkivallasta kasaantuu syrjäytyneille siten, että he ovat sekä tekijöitä että uhreja. Miehistä väkivallan uhreiksi joutuvat selkeästi muita useammin erityisesti nuoret miehet, naisilla jakauma on tasaisempi.<sup>42</sup>

Kuvio 116. Väkivaltatilanteen uhriksi joutumiset vuosina 1980-2003  
15–74-vuotiaat, vuoden aikana



Lähde: Heiskanen Markku, Sirén Reino, Aromaa Kauko (2004). Suomalaisen turvallisuus 2003. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos tutkimustiedonantoja 58.

Naisiin kohdistuvasta väkivallasta perhe- ja parisuhdeväkivalta on tähän mennessä saanut eniten huomiota. Yllä esitellyn yleisen uhritutkimuksen tulosten mukaan naisiin kohdistuvassa perheväkivallassa näyttäisi vallitsevan laskeva kehityssuunta. Tutkimuksen tulokseen naisiin kohdistuvan perheväkivallan määrästä kannattaa kuitenkin suhtautua kriittisesti. Perheväkivallan yleisyydestä saadaan eri tutkimuksissa varsin erilainen kuva. Tämä saattaa johtua jo suhteellisen pienistä eroista tietojenkeruussa tai itse väkivallan määrittelystä. Vuonna 1997 kerätyn parisuhdeväkivallalle herkemmän Usko, toivo hakkaus – nimellä tunnetun naisuhritutkimuksen (Heiskanen & Piispa 1998) mukaan parisuhdeväkivalta on huomattavasti yleisempää kuin yleisen uhritutkimuksen mukaan. Väkivallan muodoista erityisesti parisuhdeväkivalta on katsottu tasa-arvo-ongelmaksi, koska se liittyy sukupuolten välisiin valtasuhteisiin. Parisuhdeväkivalta koskettaa hyvin usein myös lapsia.

Sosiaali- ja terveysministeriössä on laadittu kansallinen toimintaohjelma vuosille 2004–2007 lähisuhteissa tapahtuvan väkivallan ehkäisemiseksi. Toimintaohjelma käsittelee naisiin kohdistuvaa väkivaltaa, parisuhdeväkivaltaa ja perheissä ja lähisuhteissa tapahtuvaa väkivaltaa. Naisiin kohdistuvaa väkivaltaa käsitellään myös kansallisessa väkivallan vähentämishjelmassa. Kunnissa tapahtuvaa väkivallan vastaista työtä sekä väkivallan vastaisen työn koordinoitua tehostetaan. Lisäksi väkivaltaan liittyvää lainsäädäntöä uudistetaan.

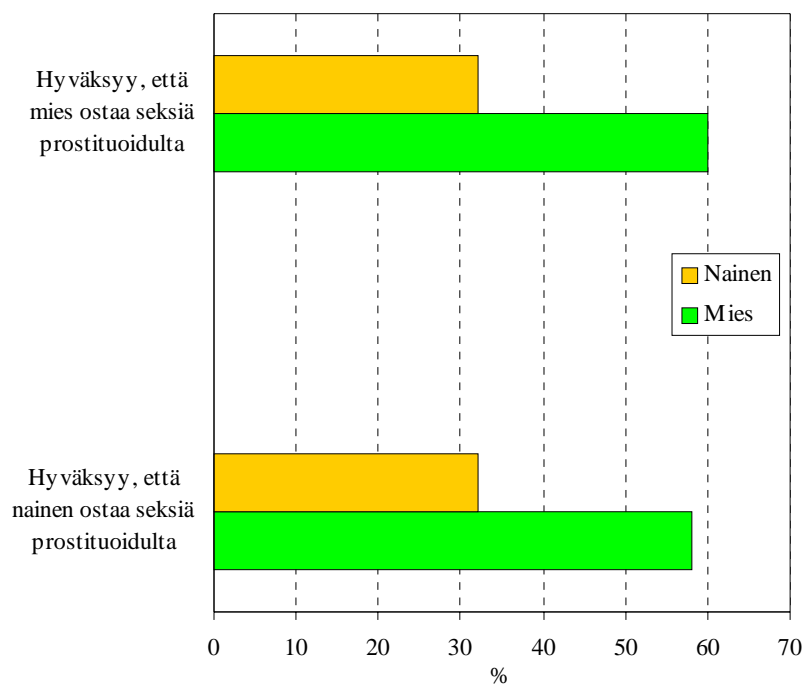
### *Prostituutio*

Prostituution asiakkuudesta ei ole olemassa tilastoja, vaan ainoastaan yksittäisiä tutkimuksia. Toistuvaa tietoa on mahdollista saada asenteita mittaavasta Tasa-arvobarometrasta, jossa vuonna 2004 ensimmäistä kertaa kysyttiin suhtautumista seksin ostamiseen. Koska prostituution tarjonta Suomessa on hyvin suurelta osin peräisin ulkomailta, suomalaisten asenne seksin myymiseen ei niin voimakkaasti vaikuta tarjontaan. Tällöin asenne seksin ostamista kohtaan on keskeisessä asemassa prostituution vähentämisessä.

Enemmistö miehistä hyväksyy seksin ostamisen, kun taas enemmistö naisista ei sitä hyväksy. Barometrin tulokset eivät viittaa niin sanottuun kaksoisstandardiin, jonka mukaan toiselle sukupuolelle sallittaisiin se, mitä toiselle ei sallita. Koska valtaosa prostituution asiakkaista on miehiä, barometrin tulokset viittaavat myös siihen, että olennaista prostituution vähentämisessä on erityisesti miesten asenteisiin vaikuttaminen. Hallituskauden aikana laaditaan kansallinen ihmiskauppaa koskeva toimintaohjelma ja prostituutioon liittyvää lainsäädäntöä uudistetaan.



Kuvio 117. Seksin ostamisen hyväksyminen sukupuolen mukaan vuonna 2004



Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriö, Tasa-arvobarometri 2004

## 7.8 Tasa-arvopolitiikan arviointi miesnäkökulmasta

Miesten ja tasa-arvon suhteen tarkastelu on tasa-arvopolitiikalle verrattain uusi tema. Toistaiseksi miehiä ja tasa-arvoa on tasa-arvopolitiikassa käsitelty pääasiassa erilliskysymyksenä. Tavoitteena on sisällyttää miesnäkökulma osaksi kaikkea tasa-arvopolitiikkaa.

Perinteisesti tasa-arvopolitiikassa miesnäkökulma on yhdistetty vanhemmuuteen sekä työ- ja perhe-elämän yhteensovittamiseen. Tyypillinen miehiin ja tasa-arvoon liittyvä tunnusluku on isien perhevapaiden käyttöaste. Perhevapaiden käytön on havaittu olevan yhteydessä aktiivisen isyyden kanssa. Isien osallistumisen lastenkasvatukseen ja kotitöihin katsotaan parantavan isien elämänlaatua lähentämällä heitä perheisiinsä. Samalla se parantaa heidän kumppaniensa elämänlaatua helpottamalla työn ja perhe-elämän yhteensovittamista.

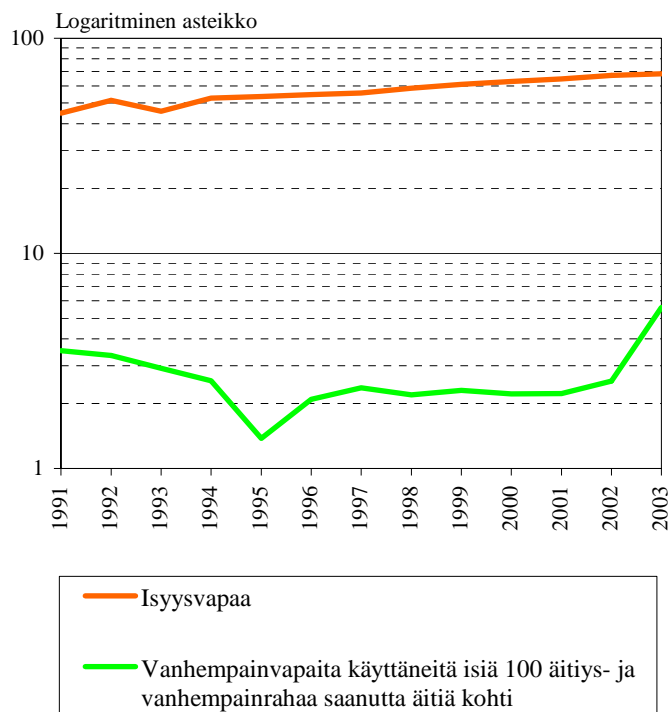
### *Isien perhevapaiden käyttö*

Isyydevapaiden käyttöaste on kasvanut tasaisesti 1990-luvun alusta asti. Vuonna 1991 isyydevapaita käytti 45 prosenttia isistä. Vuonna 2003 osuus oli jo 68 prosenttia. Samalla keskimääräinen isyydevapaiden pituus on hieman kasvanut. Isyydevapaita voi olla korkeintaan kolmen viikon pituisia.

Isät käyttävät vanhempainvapaita huomattavasti vähemmän kuin isyysvapaita. Isien vanhempainvapaiden käyttö väheni koko 1990-luvun ajan. Vuoden 2003 alusta perhevapaita koskevaa lainsäädäntöä muutettiin siten, että jos isä käyttää vanhempainvapaan kaksi viimeistä viikkoa, hän saa kaksi ylimääräistä viikkoa isyysvapaata (ns. bonusviikot). Lakimuutoksen jälkeen vanhempainvapaalle jääneiden isien määrä yli kaksinkertaistui vuoden sisällä, mutta samalla isien käyttämän vanhempainvapaan keskimääräinen pituus lyheni. Mikäli tarkastellaan niin sanottua perinteistä vanhempainvapaata käyttäneitä isiä, muutokset vuodesta 2002 vuoteen 2003 ovat huomattavasti pienempiä. Muutoksen jälkeen isien käyttämät vanhempainvapaina tilastoidut päivät lisääntyivät noin neljänneksellä.

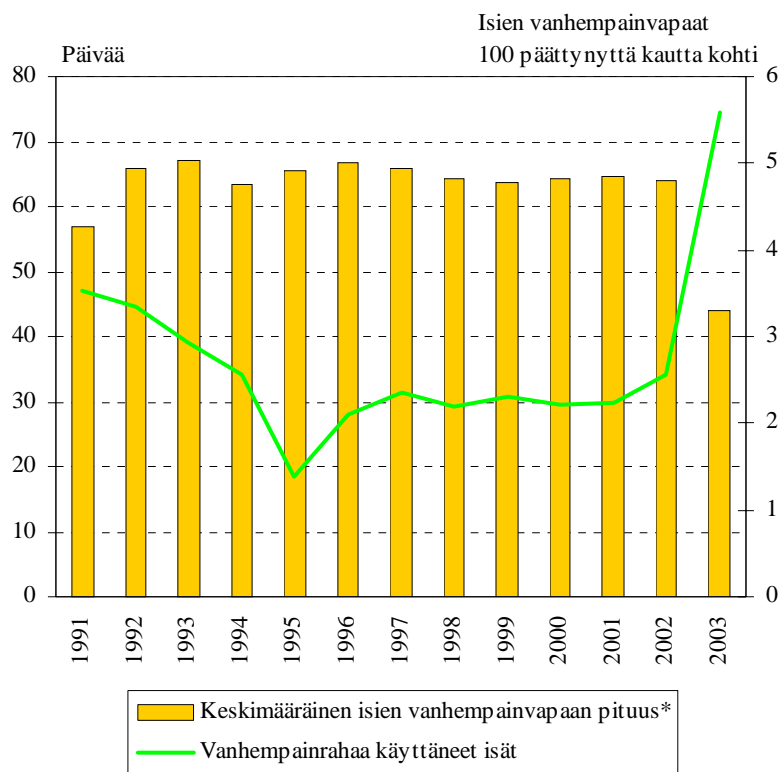
Vuoden 2004 ensimmäisen neljänneksen tiedot viittaavat siihen, että ns. bonusviikkoja käyttäviä miehiä on selvästi edellisvuotta enemmän ja että samalla isien vanhempainpäivärahojen käyttöaste kasvaa. Toistaiseksi vain pieni osa isistä käyttää oikeuttaan bonusviikkoihin. Vielä on kuitenkin liian aikaista arvioida lakimuutoksen lopullisia vaikutuksia. Hallitus käynnistää selvitystyön perhevapaalainsäädännön kehittämisestä ja kannustaa isiä käyttämään perhevapaita aikaisempaa enemmän.

Kuvio 118. Isyysvapaiden ja isien vanhempainvapaiden käyttö sataa päättynyttä kautta kohti vuosina 1991-2003, %



Lähde: Kansaneläkelaitos

Kuvio 119. Isien vanhempainvapaiden käyttö sataa päättynyttä kautta kohti vuosina 1991-2003

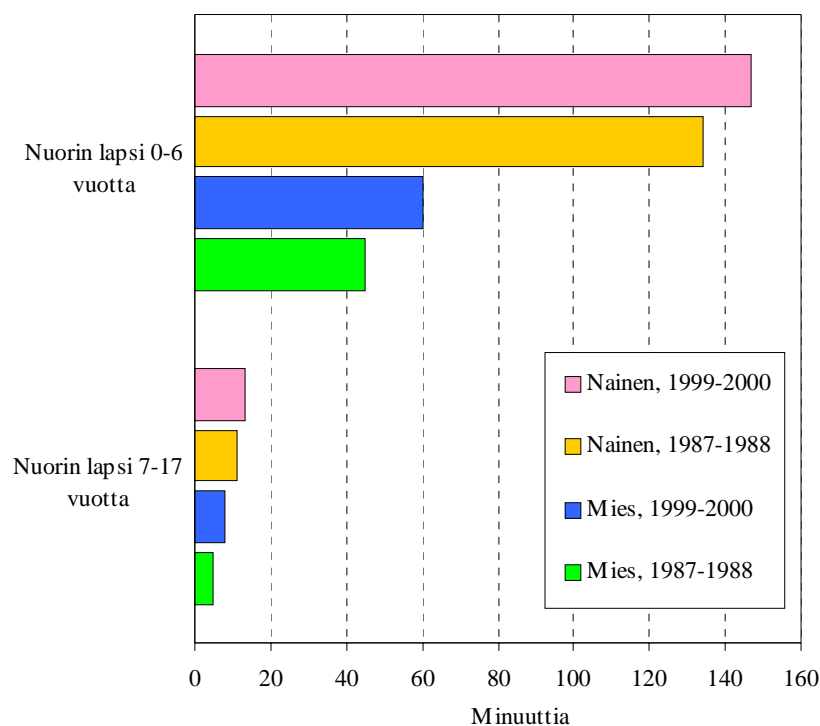


Lähde: Kansaneläkelaitos<sup>43</sup>

### *Miesten osallistuminen kotitöihin*

Kotitöiden tasainen jakautuminen sukupuolten kesken vahvistaa miesten asemaa perheessä ja lisää naisten tasa-arvoisia mahdollisuuksia osallistua työelämään. Isien lasten hoitoon käyttämä aika lisääntyi 1990-luvulla. Erityisesti pienten lasten hoito on kuitenkin edelleen naisten vastuulla (kuvio 120).

Kuvio 120. Lastenhoitoon keskimäärin vuorokaudessa käytetty aika sukupuolen ja nuorimman lapsen iän mukaan vuosina 1987-1988 ja 1999-2000  
Kahden huoltajan lapsiperheet

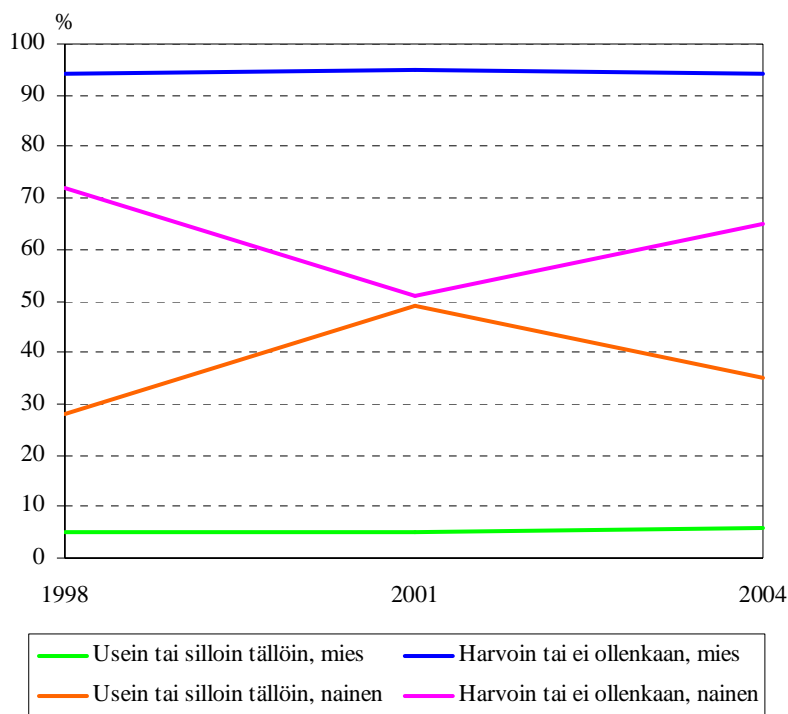


Lähde: Tilastokeskus. Niemi & Pääkkönen 2001.

Myös kotityöt kokonaisuudessaan jakautuvat epätasaisesti miesten ja naisten kesken. Eri-tyisen epätasaisesti kotityöt jakautuvat perheissä, joissa on alle kouluikäisiä lapsia. Näissä perheissä naiset käyttivät kotitöihin kaksi kertaa niin paljon aikaa kuin miehet (1999-2000). Miesten kotitöihin käyttämä aika on 1980-luvun lopusta vuosituhaten vaihteeseen kuitenkin lisääntynyt merkittävästi. Perheissä, joissa oli alle kouluikäisiä lapsia, miesten kotitöihin käyttämä aika lisääntyi yli viidenneksen. Naisten kotitöihin käyttämä aika pysyi samalla aikavälillä lähes ennallaan.

Kotitöiden epätasainen jakautuminen näkyy myös lapsiperheiden vanhempien kokemuksissa kotitöiden jakautumisesta. Tasa-arvobarometrin mukaan vain pieni osa isistä kokee olevansa liikaa vastuussa kotitöistä. Sen sijaan lähes joka viides äiti koki usein olevansa liikaa vastuussa kotitöistä. Ainakin joskus liiallista vastuuta kotitöistä koki puolet lapsiperheiden äideistä. Kotitöiden jakautuminen saattaa osittain heijastaa myös sukupuolten erilaisia arvostuksia. Myös yksin asuvat naiset käyttävät kotitöihin enemmän aikaa kuin yksin asuvat miehet.

Kuvio 121. Lapsiperheen vanhempien kokemus liiasta vastuusta kotitöissä



Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriö, Tasa-arvobarometri 2004

## 7.9 Tasa-arvon valtavirtaistaminen valtionhallinnossa

Keskeinen keino hallituksen tasa-arvopolitiikassa on sukupuolinäkökulman valtavirtaistaminen. Valtavirtaistaminen on hallinnollinen keino tasa-arvon edistämiseksi. Kaikissa ministeriöissä tehdään päätöksiä, joilla voi olla erilaisia vaikutuksia miehiin ja naisiin. Valtavirtaistamisen tavoitteena on kehittää sellaisia hallinto- ja toimintatapoja, jotka tukevat tasa-arvon edistämistä osana ministeriöiden ja viranomaisten toimintaa. Sukupuolinäkökulman valtavirtaistamisessa on kyse siitä, että virkamiehet arvioivat ja ottavat huomioon päätöksensä mahdollisesti erilaiset vaikutukset naisiin ja miehiin sekä pyrkivät toiminnallaan edistämään sukupuolten välistä tasa-arvoa.

Sukupuolivaikutusten arviointimenetelmiä on kehitetty sosiaali- ja terveysministeriössä vuodesta 2002 lähtien pilottihankkeena. Uudistetuissa hallituksen esitysten laatimisohjeissa sukupuolivaikutukset ovat yhtenä vaikutustenarviointikohtana. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut oppaan sukupuolivaikutusten arvioinnista.

Hallitus edistää valtavirtaistamista muun muassa kouluttamalla lainvalmisteluun osallistuvia virkamiehiä sukupuolivaikutusten arviointiin ja luomalla mallin budjetin valtavirtaistamiseksi. Lisäksi järjestetään valtavirtaistamis- ja sukupuolivaikutusten arviointikoulutusta muille valtionhallinnon virkamiehille. Ministeriöt edistävät valtavirtaistamista oman hallinnonalansa sisällä. Tulossopimukseen sisällytetään tasa-arvoa edistäviä hankkeita ja tietotuotantoa. Tasa-arvoasioiden organisointi sisällytetään ministeriöiden alaisten laitosten toiminta- ja tulossopimukseen sekä muuhun hallinnonalan ohjaukseen.

## Lähteet

- Alkoholiohjelma 2004-2007. Yhteistyön lähtökohdat 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2004:7.
- Arjona, Roman, Ladaique, Maxime and Pearson, Mark (2001): Growth, Inequality and Social Protection. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper, No. 51
- Aromaa, Kauko & Heiskanen, Markku (2000). Väkiältä. Teoksessa Heiskanen, Markku & Aromaa, Kauko & Niemi, Hannu & Sirén, Reino (toim.) Tapaturmat, väkiältä, rikollisuuden pelko. Väestöhaastattelujen tuloksia vuosilta 1980-1997. Tilastokeskus. Oikeus 2000:1. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 171.
- Aronen, Kauko, Järviö, Maija-Liisa, Luoma, Kalevi ja Rätty, Tarmo: Yhteistyöllä ja kilpailun. Peruspalvelut 2000-raportti. VATT-julkaisuja 31. Helsinki 2001.
- Barr Nicholas: The Welfare State as Piggy Bank. Information, Risk, Uncertainty and the Role of State. Oxford University Press 2001.
- Carone, Giuseppe, Salomäki, Aino, Immervoll, Herwig ja Paturot, Dominique (2003): Indicators of unemployment and low-wage traps (marginal effective tax rates on labour). European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Economic Papers, No. 197 December 2003.
- Controlling health care expenditures: some recent experiences with reform. Euroopan Komissio, ECFIN/157/04. Brysseli 2004.
- Docteur, Elizabeth ja Oxley, Howard: Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD Economics Department Working Papers No. 374. Pariisi 2003.
- Economic Policy Committee: The impact of ageing populations on public finances: overview of analysis carried out at EU level and proposals for a future work programme, Brussels, 22 October 2003 EPC/ECFIN/435/03 final.
- Eläkemaksutaso eräissä EU-maissa (2003). Toim. Jarna Bach, Sini Laitinen-Kuikka, Mika Vidlund. Intergroupin katsauksia 7/2003, Eläketurvakeskus
- Haataja, A. Pohjoismaiset vanhempainvapaat kahden lasta hoitavan vanhemman tukena. Janus 12:2004. s. 24 – 48.
- Hämäläinen, U. Nuorten tulojen ja toimeentulon palapeli. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2004:1. Palkansaajien tutkimuslaitoksen tutkimuksia 92. Helsinki.
- Heiskanen, Markku & Piispa, Minna (1998). Usko, toivo, hakkaus. Kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta. Tilastokeskus ja tasa-arvoasiain neuvottelukunta. Oikeus 1998:12. Sukupuolten tasa-arvo.
- Heiskanen, Markku & Sirén, Reino & Aromaa, Kauko (2004). Suomalaisten turvallisuus 2003. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos tutkimustiedonantoja 58. Poliisiammattikorkeakoulun tiedotteita. Helsinki 2004.

- Helakorpi Satu, Patja Kristiina, Prättälä Ritva, Aro Arja R., Uutela Antti: Suomalaisen aikuisväestön terveystilanteen kehitys ja terveys, kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17/2003.
- Ikäohjelman monet kasvot. Kansallisen ikäohjelman 1998-2002 loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2002:3.
- Ilmarinen, Juhani: Ikääntyvä työntekijä Suomessa ja Euroopan unionissa - Tilannekatsaus sekä työkyvyn, työllistävyyden ja työllisyyden parantaminen. TTL, STM, TM. Helsinki. 1999
- Järvelin, Jutta: Health Care Systems in Transition, Finland. European Observatory on Health Care Systems. Vol. 4, No. 1, 2002.
- Jones, Charles: Why Have Health Care Expenditures as a Share of GDP Risen so Much. NBER Working Papers 9325, 2002.
- Kansaneläke- ja sairausvakuutuksen rahoitusta selvittäneen työryhmä 2003:n muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:14.
- Kauppinen, Sari ja Niskanen, Tapani: Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes- raportteja 274. Saarijärvi 2003.
- Käytä isyysvapaasi! Isyysvapaakampanja 2002 – 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2003:16. Helsinki.
- Koskela, Erkki ja Uusitalo, Roope (2003): Kuinka Suomen työttömyys saavutti euroopalaisen tason. Teoksessa: Parempi työllisyys - kuinka se tehdään? Toim. Heikki Räisänen. VATT julkaisuja 35.
- Koskela, Erkki, Pirttilä, Jukka ja Uusitalo, Roope (2004): Verotuksen vaikutus työllisyyteen. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 13/2004.
- Koskinen Seppo, Gould Raija, Helakorpi Satu, Hytti Helka, Kauppinen Timo, Vuori Mika: Toteutuvatko Terveys 2015 –ohjelman tavoitteet. Hyvinvointikatsaus 2/2003.
- Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastainen kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2003-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:23
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 2004:14. Helsinki.
- Martelin Tuija, Koskinen Seppo, Sainio Päivi, Sulander Tommi: Eroja iäkkäiden toimintakyvyssä. Kansanterveys 1/2004.
- Nickell, Stephen (2004): Employment and Taxes. CEP Discussion Paper No 634. May 2004
- Niemi, Iris & Pääkkönen, Hannu (2001). Ajankäytön muutokset 1990-luvulla. Tilastokeskus. Kulttuuri ja viestintä 2001:6.
- Nordic Social-Statistical Committee no. 19:03. Copenhagen 2003.
- Nordic/Baltic Social Protection Statistics 2000. Scope, Expenditure and Financing. OECD: Ageing and Employment Policies - Finland. Paris 2004.
- OECD: OECD Economic Surveys: Finland - Volume 2004 Issue 14. Paris 2004
- OECD: Employment Outlook Towards More and Better Jobs. OECD 2003



- Osaamisen ja täystyöllisyyden Suomi. Työvoima 2020 loppuraportti. Työministeriö, Helsinki 2003.
- Pääkkönen, H., Niemi, I. Suomalainen arki. Ajankäyttö vuosituhannen vaihteessa. Tilastokeskus. Kulttuuri ja viestintä 2002:2. Helsinki.
- Parkkinen, Pekka: Hoiva- ja hoitopalvelumenot tulevaisuudessa. VATT- keskustelu-aloitteita 326. Helsinki 2004.
- Parpo, Antti: Kannustavuutta tulonsiirtojärjestelmään. Tulonsiirtojärjestelmän muutokset, kannustinloukut ja tulonjako. Stakes. Tutkimuksia 140, 2004.
- Pekka Ylöstalo: Työolobarometri. Lokakuu 2002. Työministeriö. Helsinki 2003
- Pekka Ylöstalo: Työolobarometri. Lokakuu 2003. Verkkoersio toukokuu 2004. Työministeriö, Helsinki 2004.
- Perhepoliittinen strategia. Linjauksia ja taustoja perhepolitiikan kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003.
- Peruspalveluohjelma 2005-2008. Peruspalveluohjelmaa valmisteleva ministerityöryhmä. 18.3.2004
- Puonti, A., Saarnio, T., Hujala, A. (toim.) Lastensuojelu tänään. Jyväskylä. 2004.
- Pyyhtiä, Ilmo (2002): Työllisyyden kehitykseen vaikuttavista tekijöistä. Euro & talous 3/2002. Suomen Pankki
- Rahkonen Ossi, Talala Kirsi, Laaksonen Mikko, Lahelma Eero, Prättälä Ritva, Uutela Antti: Suomalaisten koettu terveys parantunut, terveyden koulutuserot säilyneet 1979-2002. Suomen Lääkärilehti 20 14.5.2004
- Risku Ismo: Eläkerahastojen suuruutta kuvaavia tunnuslukuja. Eläketurvakeskuksen katsauksia 2001:4
- SOMERA-toimikunnan mietintö. Sosiaalimenojen kehitystä ja sosiaaliturvan rahoituksen turvaamista pitkällä aikavälillä selvittäneen toimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö, komiteamietintöjä 2002:4, Edita 2002
- Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010- kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3. Helsinki 2001.
- Sosiaalimenojen kehitys pitkällä aikavälillä; SOMERA-toimikunnan taustaraportti. STM:n julkaisuja 2002:21, Edita 2002
- Sosiaalimenojen kehitys pitkällä aikavälillä. SOMERA toimikunnan taustaraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:21. Edita 2002.
- Sosiaaliturvan suunta 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2003:6
- Sosiaaliturvan kestäväään rahoitukseen. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:27. Helsinki 1998.
- Suoniemi, Ilpo, Tanninen Hannu ja Tuomala, Matti: Hyvinvointipalvelujen rahoitusperiaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:5. Helsinki 2003.
- Talouden rakenteet 2003. Valtiotaloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki 2003.

Tasavertaiset työmarkkinat – työryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:1. Helsinki.

Terve kouluympäristö – koululaisten ravitsemus ja suun terveys. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2004:14

TYKY-barometri. Työkykyä ylläpitävä toiminta suomalaisilla työpaikoilla vuonna 2001. Helsinki 2002. Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Työ ja terveys Suomessa 2003. Helsinki 2004. Työterveyslaitos.

Työministeriö (2003): Työpolitiikan strategia 2003 – 2007 – 2010. Työhallinnon julkaisu nro 334.

Väestöliiton väestöpoliittinen ohjelma. Väestöliitto. Helsinki. 2004.

Väinälä, A. Selvitys kotona olevien vanhempien lasten päivähoitotilanteesta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2004: 16. Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriö, esitteitä 2003:6.

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2004:1.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2001:4.

Valtiovarainministeriö (2004). Naisjohtajat – uralla eteenpäin. Naisten sijoittuminen valtionhallinnon johtotehtäviin. Valtiovarainministeriö, henkilöstöosasto. Työryhmämuistioita 5/2004.

Wallenius, T. Tuomitut vähenemään. Suomalaiset ja lisääntymisen vaikea taito. EVA raportti. Helsinki 2003.

Ympäristöministeriö (2004): Hallituksen asuntopoliittinen ohjelma vuosille 2004-2006. Ympäristöministeriön moniste 126

Zweifel, Peter, Felder, Stefan ja Meier, Markus: Ageing of population and health care expenditure: A red herring? Health Economics 1999; 8: 485-496.

## Loppuviitteet

1 Sosiaalimenojen ja niiden rahoitukseen vaikuttavia tekijöitä on tarkasteltu laajasti SOMERA-toimikunnan raporteissa.  
 2 OECD on Suomen maakatsauksessa käyttänyt saamaa oletusta tuottavuuden kasvusta. Tarkastelu on luonnollisesti hyvin kaavamainen. Esimerkiksi tuottavuuden kasvun ja työllisyysasteen muutosten oletetaan olevan toisistaan riippumattomia.

3 Esimerkiksi työeläkemaksut voitaisiin periaatteessa kokonaisuudessaan periä vakuutettujen palkoista. Jos bruttopalkkoja samalla korotettaisiin vastaavalla määrällä, säilyisivät työvoimakustannukset, maksutulot ja nettopalkat ennallaan, vaikka työnantajien ja vakuutettujen maksuosuudet muuttuisivat. Muun muassa työeläkkeiden rahoitukseen liittyvien erityispiirteiden takia asia ei olisi käytännössä aivan näin yksinkertainen.

4 Esimerkiksi Virossa, Latviassa ja Liettuassa sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen oli vuonna 2000 noin 16-17 %. Nordic Social-Statistical Committee (2003).

5 Ks. tarkemmin Koskela, Pirttilä ja Uusitalo (2004), joka on tuore kotimainen katsaus työllisyyden ja verotuksen välisen yhteyden tutkimukseen, sekä Nickell (2004).

6 Ks. esimerkiksi Pyyhtiä (2002) sekä Koskela ja Uusitalo (2003)

7 Arjona, Ladaique ja Pearson (2001)

8 Uudistuksella saattaisi kuitenkin olla vaikutuksia perheen sisäiseen tulonjakoon, sillä lapsilisän saaja ja verotuen käyttäjä eivät välttämättä ole sama henkilö. Hallinnollisesti verotuen toteuttaminen saattaisi myös aiheuttaa ongelmia tilanteissa, joissa perherakenne muuttuu vuoden aikana. Esimerkiksi Australiassa on kokemuksia tällaiseen verotukseen liittyvistä käytännön ongelmista.

9 Painoindeksi 25 tai suurempi

10 Alkoholisairaus pääsairautena

<sup>11</sup> Yhdenjaksoisesti pitkäaikaistyöttömät, toistuvasti työttömät, toimenpiteiltä työttömiksi jäävät ja toistuvasti toimenpiteille sijoittuvat

<sup>12</sup> Eri tekijöiden asteikot eivät ole yhteismitallisia toisiinsa nähden. Indeksien laskentakaava: Perusasteen suorittamatta jättäneet = kohdejoukon määrä / työikäisten määrä \* 20; Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset = kohdejoukon määrä / 0-14 -v. määrä / 5; Yksinäiset asunnottomat = kohdejoukon määrä / väestön määrä; Pitkäaikaistyöttömyysaste = %; Huonoksi koettu terveydentila – näin vastanneiden osuus / 2; Pitkäaikaista toimeentulotukea saaneiden osuus = kohdejoukon osuus / 10; Henkilöiden köyhyysriski = kohdejoukon osuus / 2; Päihdekuolemat = kohdejoukon määrä / väestön määrällä \* 10; Huumausainerikoksista epäillyt = kohdejoukon määrä / väestön määrällä.

<sup>13</sup> Lääkemenojen teoreettinen jakauma tukkumyynnin perusteella on resepti- ja sairaalalääkkeiden välillä 80-20 %. Tähän tulokseen päästään, jos ei oteta huomioon sairaaloiden lääkeostoista saamia alennuksia. Tarkkoja lukuja ei ole saatavilla. Yleisesti on oletettu, että sairaalat saavat keskimäärin 15 % alennuksia.

<sup>14</sup> Vältettävissä oleva kuolleisuus tarkoittaa kuolemia niissä kuolemansyissä, joihin arvioidaan pystyttävän vaikuttamaan terveydenhuollon toimenpiteiden avulla. Tämän kuolleisuusluvun katsotaan heijastavan paremmin terveydenhuoltojärjestelmien toiminnan vaikuttavuutta kuin normaalien kuolleisuuslukujen.

<sup>15</sup> Sepelvaltimoiden ohitus- ja pallolaajennusleikkauksien muita parempi jonotilanne saattaa selittyä sairastavuuden nopealla vähentymisellä. Terveellisten elämäntapojen yleistymisen on vähentänyt sairastavuutta sepelvaltimotauteihin. Ks. myös luku 2.

<sup>16</sup> Ennusteessa hoitotyön ammattiryhmissä poistuma muodostaa uuden työvoiman tarpeesta perusuran mukaisessa vaihtoehdossa yhteensä 73 %. Työvoiman määrän muutoksen osuudeksi uuden työvoiman tarpeesta jää siis hoitotyön ammateissa yhteensä 27 %.

<sup>17</sup> Myös muiden toimialojen avustuksista osa ohjautuu terveydenhuoltoon

<sup>18</sup> Eri kohdissa olevat luvut eivät välttämättä ole yhteenlaskettavissa, sillä tiedot on kerätty useista tilastolähteistä.

<sup>19</sup> Avohoidon reseptilääkkeiden myynti verollisin vähittäishinnoin vuonna 2002 oli 1478 miljoonaa euroa ja itsehoitolääkkeiden myynti 260 miljoonaa euroa eli yhteensä 1738 miljoonaa euroa. Tästä sairausvakuutus korvasi 859 miljoonaa euroa vuoden 2002 aikana (jos vuoden 2002 ostoista vuonna 2003 maksetut lisäkorvaukset otetaan huomioon, summa oli 865 milj. euroa).

<sup>20</sup> Vuosina 1998-2003 tuloverotusta kevennettiin muun muassa vakuutettujen sairausvakuutusmaksuihin tehdyillä alennuksilla. Vakuutetuilta perittävää yleistä sairausvakuutusmaksua alennettiin vuonna 1998. Eläketulosta perittyä korotettu sairausvakuutusmaksu poistui asteittain vuosina 1998-2003.

<sup>21</sup> Samoin kuin nykyisessä sairausvakuutusmaksussa uuden sairaanhoitomaksun perusteena olisi kunnallisverotuksessa verotettava tulo.

<sup>22</sup> Valtio rahoittaa kokonaan eläkkeensaajien asumistuen, lapsen hoitotuet, vammaistuet, yleiset perhe-eläkkeet ja rintamasotilasetuudet. Eläkevähenteisistä kansaneläkkeistä valtio rahoittaa 29 %.

<sup>23</sup> Eläkemaksujen nousupaineiden arviointi on luonnollisesti vain yksi tapa tarkastella eläkejärjestelmän rahoituksen kestävyyttä. Erilaisiin eläkerahastojen suuruutta kuvaaviin tunnuslukuihin etuusperusteisessa ja osittain rahastoivassa työeläkejärjestelmässämme liittyvistä kysymyksistä ks. Risku (2001).

<sup>24</sup> Kansaneläkkeen ja työmarkkinatuen indeksikorotukset tehdään toteutuneen hintojen muutoksen perusteella. Kuviossa reaalin muutos on laskettu ko. vuoden hintojen muutoksen perusteella. Inflaation hidastuessa tai kiihtyessä tämä saattaa aiheuttaa muutoksia etuuskien reaaliarvossa, vaikka hintojen muutokset otettaisiin täysimääräisesti huomioon.

<sup>25</sup> Lapsilisiä leikattiin heinäkuussa 1995. Koska leikkaus tehtiin kesken vuotta näkyy sen vaikutus vuositasen tarkastelussa täysimääräisesti vasta vuonna 1996.

<sup>26</sup> Lisäksi useat kunnat maksavat kuntakohtaisia lisiä.

<sup>27</sup> Myös kunnallisverotuksen ansiotulovähennyksen rajaaminen pelkästään palkka- ja yrittäjätuloihin vuodesta 1997 alkaen on kiristänyt muiden veronalaisien tulonsiirtojen kuin eläkkeiden verotusta. Eläketulot eivät tätä ennenkään oikeuttaneet ansiotulovähennykseen.

<sup>28</sup> Tätä korvausprosenttia sovelletaan 2084,4 €/kk (2004) alittavalla tuloalueella. Tulorajan ylittävältä tulon osalta korvausprosentti on 20.

<sup>29</sup> Ansio-osa on 45 % päiväpalkan ja perusosan erotuksesta. Kuitenkin jos kuukausipalkka ylittää 2 084,40 euroa (vuonna 2004, tuloraja on 90 kertaa peruspäivärahan määrä), ansio-osa on ylimenevältä osalta vain 20 %.

<sup>30</sup> Oma kysymyksensä on sukupuolten väliset erot kuolleisuuden ja tulotason välisessä yhteydessä.

<sup>31</sup> Vähimmäismääräistä sairauspäivärahaa maksetaan tulottomille, pienituloisille tai työedellytystä vailla oleville 55 kalenteripäivää kestäneen yhtäjaksoisen työkyvyttömyyden jälkeiseltä ajalta tai heti omavastuuajan jälkeen, jos on ilmeistä, että työkyvyttömyys kestää yli 300 arkipäivää. Työkyvyttömyyden ensimmäisten 55 päivän ajalta sairauspäiväraha määräytyy työtulojen perusteella. Se on vähimmäismäärää pienempi, jos henkilö on pienituloinen. Vähimmäismäärää pienempää sairauspäivärahaa maksetaan myös opiskelijoille, joiden päiväraha on opintorahan suuruinen. Tulottomille päivärahaa ei makseta ensimmäisten 55 päivän ajalta lainkaan.

<sup>32</sup> Eri maita koskevien tulotilastojen vertailukelpoisuuden parantamiseksi tehdystä työstä huolimatta saattaa tietojen vertailukelpoisuudessa olla edelleen ongelmia.

<sup>33</sup> Tarkemmin määriteltynä kyseessä ovat kotitalouden kokoon suhteutetut ts. kulutusyksikköä kohti lasketut käytettävissä olevat tulot.

<sup>34</sup> Palkansaajiksi luokitellaan pääsääntöisesti henkilöt, jotka vuoden aikana ovat työskennelleet koko- tai osa-aikaisena palkansaajana vähintään puoli vuotta.

<sup>35</sup> Tulos muuttuu, jos ansiotason muutosta ei oteta huomioon, vaan laskelma tehdään samalla nimellisellä palkkatasolla vuosien 1996 ja 2004 perusteilla. Tällöin keskimääräistä suurempaa päivärahaa saavilla kynnyispalkka on hieman nousut. Vrt. Kuvio 3.23 julkaisussa Talouden rakenteet 2003. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

<sup>36</sup> Kotitaloudet luokitellaan suurituloisimman jäsenen pääasiallisen toiminnan mukaan. Työttömien kohdalla lisätulot voivat liittyä keikkatöihin ja palkansaajalla taas esimerkiksi ylitöihin tai työpaikan vaihtoon. Työttömien tuloloukut aiheutuivat osittain työttömyysturvan sovitteluun (tulovähenteisyyteen) osa-aikatyön yhteydessä. Luonteeltaan tätä voidaan pitää erityistapauksena tuloloukuista. Kyse on eräänlaisesta rajanvedosta työttömyys- ja tuloloukun välillä.

<sup>37</sup> Kokonaishedelmällisyydellä tarkoitetaan laskennallista syntyneiden lasten lukumäärää naista kohden.

<sup>38</sup> Ikäryhmittäiset hedelmällisyysluvut ilmaisevat kussakin ikäryhmässä elävänä syntyneiden määrän kyseisen ikäryhmän 1 000 naista kohti.

<sup>39</sup> Perhepoliittinen tuki on hieman laajempi käsite kuin sosiaalimenolaskelman pääryhmän perheet ja lapset menot. Mukaan lasketaan lapsiperheille maksettu yleinen asumistuki ja verotuksen elatusvelvollisuusvähennyksestä tuleva tuki. Molempien käsitteiden ulkopuolelle jäävät vielä työttömyyspäivärahojen lapsikorotukset.

<sup>40</sup> Tuntipalkkaisten ansioita verrataan usein kuukausitasolla käyttäen laskennallista kuukausityöaikaa.

<sup>41</sup> Ks. tarkemmin Aromaa & Heiskanen 2000.

<sup>42</sup> Ks. tarkemmin Heiskanen, Sirén, Aromaa (2004).

<sup>43</sup> Vuoden 2003 isien vanhempainvapaiden keskimääräinen pituus on vertailukelpoisuuden vuoksi laskettu seuraavasti:  $((\text{bonusvapaan käyttäjät} * \text{bonusvapaan keskimääräinen pituus}) + (\text{kaikki vanhempainrahan saajat} * \text{vanhempainvapaan keskimääräinen pituus})) / \text{vanhempainrahaa saaneet isät yhteensä}$ .

- 2004: 1 Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004-2007.  
ISBN 952-00-1474-8
- 2 Statsrådets principbeslut om ett åtgärdsprogram för narkotikapolitiken 2004-2007.  
ISBN 952-00-1475-6
- 3 Valtioneuvoston periaatepäätös. Työterveys 2015. Työterveyshuollon kehittämislinjat.  
ISBN 952-00-1484-5
- 4 Statsrådets principbeslut. Hälsa i arbetet 2015. Utvecklingslinjer för företagshälsovården.  
ISBN 952-00-1485-3
- 5 Government Resolution. Occupational Health 2015. Development Strategy for Occupational Health Care.  
ISBN 952-00-1488-8
- 6 Varhaiskasvatuksen laatu on osaamista ja vuorovaikutusta. Varhaiskasvatuksen laadunhallinnan ja ohjauksen kehittämishankkeen julkaisu. Toim. Risto Ruokolainen, Kirsi Alila.  
ISBN 952-00-1496-9
- 7 Alkoholiohjelma 2004-2007. Yhteistyön lähtökohdat 2004.  
ISBN 952-00-1517-5
- 8 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonala vuonna 2003.  
ISBN 952-00-1522-1
- 9 Den sociala tryggheten i Finland år 2003.  
ISBN 952-00-1523-X
- 10 Finnish Social Protection in 2003.  
ISBN 952-00-1524-8
- 11 Kaija Hasunen et al. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. 3. uus. p.  
ISBN 952-00-1528-0
- 12 Hannele Palosuo et al. Eriarvoisuus ja terveystoiminta. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa.  
ISBN 952-00-1533-7
- 13 Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille.  
ISBN 952-00-1535-3
- 14 Juhani Iivari. Sosiaalisten luottojen takaisinmaksu. Sosiaalisten luottojen vaikuttavuus- ja kokonaisarvioinnin seurantalutkimus.  
ISBN 952-00-1538-8
- 15 Tarja Heino et al. VEPpi on tehnyt tehtävänsä, VEPpi saa mennä. Verkostoituvat erityispalvelut (VEP) -hankkeen loppuraportti.  
ISBN 952-00-1550-7
- 16 Government Resolution on a Drug Policy Action Programme in Finland 2004-2007.  
(Julkaistaan ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-1553-1

- 17 Laadunhallinnan perusteita ja menetelmiä varhaiskasvatuksessa. Toim. Kirsi Alila, Sanna Parrila.  
ISBN 952-00-1554-X
- 18 Alkoholprogrammet 2004-2007. Utgångspunkter för samarbetet 2004.  
ISBN 952-00-1558-2
- 19 Työsuojelun valvontalakitoimikunnan mietintö.  
ISBN 952-00-1574-4
- 20 Tuula Melkas. Tasa-arvobarometri 2004.  
ISBN 952-00-1582-5
- 21 Sosiaaliturvan suunta 2004.  
ISBN 952-00-1588-4