

Hälsa, trygghet och jämställdhet

Översikt 2004-2006

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

Social- och hälsovårdsminister
Tuula Haatainen
Statssekreterare **Leila Kostainen**

Omsorgsminister
Liisa Hyssälä
Statssekreterare **Terttu Savolainen**

Kanslichef **Markku Lehto**

Utvecklingsdirektör
Klaus Halla
Stabsenheten bistår vid verkställigheten av ärenden som kanslichefen ansvarar för.

Direktör för internationella ärenden
Helena Puro
Byrån för internationella ärenden samordnar förvaltningsområdets internationella ärenden.

Informations- och kommunikationsdirektör
Eeva Larjomaa
Enheten för information och kommunikation samordnar ministeriets kommunikation, arbetet med intressegrupper och ministeriets publikationsverksamhet.

ÖVERDIREKTÖRER

Arto V. Klemola
Administrativa avdelningen ansvarar för den allmänna förvaltningen av ministeriet, personalpolitiken, samordningen av beredskapsärenden och frågor som gäller Penningautomatföreningen.

Tarmo Pukkila
Försäkringsavdelningen leder och styr försäkringspolitiken samt utvecklar socialförsäkrings- och den övriga försäkringslagstiftningen.
Läkemedelsprisnämnden i anslutning till ministeriet fastställer partipriset på läkemedel och vilka preparat som skall omfattas av specialersättning.

Jämställdhetsombudsmannen
Päivi Romanov
övervakar att jämställdhetslagen iakttas.

Aino-Inkeri Hansson
Familje- och socialavdelningen har hand om socialtjänster, främjande av social välfärd, familjepolitik, riktlinjer som gäller berusningsmedel samt ärenden som gäller planering av och statsandel för social- och hälsovården.

Kimmo Leppo
Hälsoavdelningen styr och utvecklar förebyggande hälsovård, hälsovårdstjänster, företagshälsovård och hälsoskydd samt bereder lagstiftning som gäller dessa ämnesområden.

Mikko Hurmalainen
Arbetskyddsavdelningen utvecklar och bereder arbetskyddslagstiftningen och den nationella arbetskyddspolitikerna samt samordnar arbetskyddsforskningen och sköter det internationella samarbetet inom arbetskyddets område. Avdelningens resultatstyrning omfattar arbetskyddets distriktsförvaltning, som övervakar arbetskyddet.

Kari Välimäki
Ekonomi- och planeringsavdelningen samordnar planeringen och uppföljningen, sammanställer ram- och budgetförslag, samordnar forsknings- och utvecklingsverksamheten samt har hand om betalningarna och bokföringen. Avdelningen utvecklar också resultatstyrningen och ansvarar för att regeringens jämställdhetspolitik genomförs.

Barnombudsmannen
Maria Kaisa Aula
arbetar för barnens bästa och rättigheter.



Hälsa och trygghet för alla.

Det finns två ministrar vid social- och hälsovårdsministeriet, social- och hälsovårdsministern och omsorgsministern. Ministrarna styr den politiska beredningen. De bistås av statssekreterarna och specialmedarbetarna samt, under kanslichefens ledning, av hela ministeriets organisation, som avbildas på insidan av pärmen.

Social- och hälsovårdsminister

Tuula Haatainen

”Välfärd skapas inte utan en stark ekonomi
– ekonomin fungerar inte utan kunnsande,
hälsa och trygghet.”

Statssekreterare

Leila Kostainen

Omsorgsminister

Liisa Hyssälä

”God service ger socialt
välbefinnande och trygghet.”

Statssekreterare

Terttu Savolainen

Hälsa, trygghet och jämställdhet

Förord.....	5
Den finländska modellen.....	6
Social- och hälsovårdsministeriet ökar välfärden.....	6
Strategiska val som stöd för arbetet.....	6
Arbetet utförs tillsammans med förvaltningsområdet.....	7
Grundläggande drag för den sociala tryggheten i Finland.....	7
Jämställdhet och trygghet i arbetslivet.....	7
Europeiska unionen som omvärld.....	8
Finländarnas hälsa och sociala välfärd i ljuset av statistiken.....	8
Välfärden i går, i dag och i morgon.....	11
För finländarnas hälsa och funktionsförmåga.....	12
Egna projekt för service och social trygghet.....	13
Ett lockande arbetsliv.....	16
Utslagning bekämpas.....	17
Stöd för barnfamiljernas välfärd.....	19
Jämställdhet genom ett handlingsprogram.....	20
Med blicken mot framtiden.....	21

Förord

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för ledningen av social-, hälsovårds-, jämställdhets- och arbetarskyddspolitiken i Finland. Ministeriet bidrar för sin del till att genomföra regeringsprogrammet: bereder lagstiftningen och övervakar verkställigheten av reformer. Arbetet stöds av expertisen vid ämbetsverken och inrättningarna inom hela förvaltningsområdet.

Heltäckande social trygghet och vidsträckta välfärdstjänster utgör ett viktigt led i det finländska välfärdssamhället. Alla som är bosatta i Finland är berättigade till social trygghet och social- och hälsovårdstjänster. Systemet är heltäckande, och varje år tar nästan alla medborgare del av åtminstone någon av de förmåner eller tjänster som systemet säkerställer.

Social- och hälsovårdsministeriet har lång erfarenhet av att planera och styra den sociala tryggheten. För närvarande fokuseras åtgärder som syftar till att stärka människornas arbets- och funktionsförmåga och stödja möjligheterna att fortsätta arbeta samt säkerställa välfungerande social- och hälsovårdstjänster för människorna. Vi vill förhindra utslagning och garantera människorna en rimlig utkomst.

Social- och hälsovårdspolitikens betydelse som en grund för ett enhetligt samhälle vidkänns i vida kretsar. Finländarna är relativt nöjda med sin välfärdsstat. Socialförsäkringssystemet har reviderats och tjänsterna utvecklas genom omfattande program. Befolkningens stigande medelålder, den ekonomiska utvecklingen och utvecklingen i fråga om sysselsättningen, tryggandet av finansiering, en tillräcklig personalstyrka och den regionala utvecklingen medför utmaningar. Europeiska unionen återspeglas allt mer i den nationella verksamheten.

Denna publikation ger en koncis överblick över omfattningen av och accentueringarna för social- och hälsovårdsministeriets verksamhet samt hur vi verkar i Finland.

”Hälsa, social trygghet och
jämställdhet lönar sig och bär.”

Kanslichef
Markku Lehto

Den finländska MODELLEN

Social- och hälsovårdsministeriet ökar välfärden

För utveckling av välfärdssamhället och ekonomisk tillväxt förutsätts det även i framtiden att arbetskraften mår bra och är arbetsför och att så många som möjligt är yrkesverksamma.

Vid social- och hälsovårdsministeriet arbetar man för att alla skall ha samma möjligheter till ett sunt och socialt sett tryggt liv. Ministeriet främjar också jämställdheten mellan män och kvinnor.

Hela förvaltningsområdet främjar god hälsa och funktionsförmåga för befolkningen samt en sund arbets- och livsmiljö och säkerställer tillräckliga social- och hälsovårdstjänster och en rimlig utkomst under olika skeden i livet.

Social- och hälsovårdsministeriet har utformat riktlinjer på lång sikt, *Strategier för social- och hälsovårdspolitiken år 2010*, som styr arbetet för att främja finländarnas välfärd.

Strategiska val som stöd för arbetet

De ärenden som social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för har strukturerats enligt fyra strategiska riktlinjer: att främja hälsa och funktionsförmåga, att göra arbetslivet mera lockande, att förhindra och lindra utslagning och att trygga välfungerande tjänster och ett rimligt utkomstskydd. Insatserna för att stärka jämställdheten och barnfamiljernas välfärd bildar också egna ansvarsområden.

Ministeriets mål har grupperats med hjälp av dessa riktlinjer, och regeringsprogrammet genomförs utifrån dem.

Till SHM:s viktigaste verktyg hör beredning av lagstiftningen, verkställighet och tillsyn samt utveckling på riksnivå. Det praktiska arbetet fördelas på olika slags projekt och program. Bland de viktigaste utvecklingsprogrammen under de senaste åren kan nämnas det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet, utvecklingsprogrammet för det sociala området, alkoholprogrammet, folkhälsoprogrammet Hälsa 2015, olika jämställdhetsprojekt och Veto-programmet som syftar till att stärka arbetslivets attraktionskraft.

Arbetet utförs tillsammans med förvaltningsområdet

Social- och hälsovårdsministeriet och dess förvaltningsområde har gemensamma mål. Inrättningarna genomför för sin del SHM:s samhällsrelaterade mål och deltar i projekt enligt regeringsprogrammet. Ministeriet ingår resultatavtal med ämbetsverken och inrättningarna inom sitt förvaltningsområde. I resultatavtalen kommer man överens om målen för en fyraårsperiod. Genomförandet av resultatavtalen utvärderas och målen ses över varje år.

I Finland stiger befolkningens medelålder snabbare än i de övriga EU-länderna. Tillgången till och kvaliteten på social- och hälsovårdstjänster samt arbetslivet förbättras genom många övergripande program. Under de senaste åren har SHM:s förvaltningsområde betonat effektivisering av verksamheten, produktivitet och kostnadseffektivitet. När produktiviteten förbättras tryggas möjligheten att använda samhällets resurser effektivt under kommande år då befolkningens medelålder stiger och arbetskraften minskar.

Grundläggande drag för den sociala tryggheten i Finland

I Finland har alla invånare möjlighet till pensionsskydd, sjuk- och föräldraförmåner samt arbetslöshetsförmåner. Dessutom har alla arbetstagare rätt att få förmåner som baserar sig på förvärvsarbete, exempelvis arbetspension och förmåner vid olycksfall i arbetet.

Inom det finländska socialförsäkringssystemet har privata försäkringsbolag hand om en stor del av socialförsäkringen, trots att systemet är lagstadgat. Socialutgifterna finansieras i huvudsak av arbetsgivarna, de försäkrade, staten och kommunerna.

Beståndsdelarna i det sociala trygghetssystemet i Finland utgörs av förebyggande av problem och risker, social- och hälsovårdstjänster och utkomstskydd. Människornas utkomst i olika livssituationer tryggas genom ett heltäckande servicesystem och sociala inkomstöverföringar. Kommunerna ansvarar för anordnandet av social- och hälsovårdstjänster. Det sociala trygghetssystemet i Finland är av universell ka-

raktär. I likhet med de övriga nordiska länderna har alla medborgare allmän och lika rätt till sociala trygghetsförmåner och social- och hälsovårdstjänster.

Systemet garanterar social enhetlighet, rättvisa och jämlikhet. Systemet med inkomstöverföringar har effektivt jämnat ut inkomstfördelningen, och fattigdomsgraden hör till de lägsta i EU-länderna. I Finland har alla barn under skolåldern rätt till kommunal dagvård, vilket har gett småbarnsmammorna möjlighet att delta i arbetslivet i omfattande grad.

Insatserna för att främja hälsa och välfärd syftar till att minska olika slags risker och problem så att de dyraste tjänsterna och stödformerna används allt mindre. Människorna uppmuntras till att värna om sin hälsa och minska konsumtionen av tobak och alkohol. Problem och risker förebyggs inom miljö- och hälsoskyddet, primärvården, arbetarskyddet, företagshälsovården, mödravården och barnomsorgen. Målet är att ingripa i fattigdom och utslagning redan på förhand.

Jämställdhet och trygghet i arbetslivet

Jämställdhetsarbetet för att förbättra i första hand kvinnornas ställning har långa traditioner i Finland. Jämställdheten mellan kvinnor och män är en grundläggande fri- och rättighet, som också slås fast i vår grundlag. Syftet med jämställdhetslagen är att förhindra diskriminering på grund av kön och främja jämställdhet.

Finlands regering har förbundit sig att främja jämställdhet genom ett eget jämställdhetsprogram. Programmet har som mål att revidera lagstiftningen samt främja jämställdheten i arbetslivet och underlätta samordningen av arbete och familjeliv. Ambitionen är att öka antalet kvinnor inom det ekonomiska och politiska beslutsfattandet och att främja jämställdhet inom den regionala utvecklingen och det internationella samarbetet.

I likhet med de övriga EU-länderna har Finland förbundit sig vid integreringen av ett jämställdhetsperspektiv. Målet är att utveckla jämställdhetsfrämjande förvaltnings- och verksamhetssätt som ett led i ministeriernas och myndigheternas normala verksamhet. Jäm-

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för

- social- och hälsovårdspolitiken
- främjandet av social trygghet och hälsa
- miljö- och hälsoskyddet
- social- och hälsovårdstjänsterna
- socialförsäkringen (pensions-, sjuk- och arbetslöshetsförsäkring)
- utvecklingen av den privata försäkringen
- arbetarskyddet
- främjandet av jämställdhet
- samordningen av forsknings- och utvecklingsverksamheten inom förvaltningsområdet
- det internationella samarbetet

ställdhetspolitiken följs genom en jämställdhetsbarometer med tre års mellanrum.

Bevarande av arbetstagarnas arbets- och funktionsförmåga samt förebyggande av olycksfall i arbetet och yrkessjukdomar hör till de viktigaste målen för arbetarskyddet. Genom arbetarskyddet stöds nu framför allt psykiskt välbefinnande i arbetet och arbetstagarnas arbetsmotivation samt den arbetshantering som utgör villkor för de två förstnämnda. Målet är att utforma en sådan ledarskaps- och trygghetskultur på arbetsplatserna som främjar en trygg arbetsmiljö.

Arbetarskyddsförvaltningen stödjer arbetstagarnas möjligheter att sörja för arbetarskyddet. Arbetarskyddsförvaltningen utreder bland annat de ekonomiska konsekvenserna av arbetsförhållandena och utvecklar ekonomiska drivfjädrar och styrmetoder som främjar en god arbetsmiljö.

Europeiska unionen som omvärld

Social- och hälsovårdspolitiken faller inom EU-medlemsstaternas kompetens. Unionen utgör trots allt omvärld för social- och hälsovårdspolitiken i varje medlemsstat. Den ekonomiska och monetära unionen (EMU) och den reviderade stabilitets- och tillväxtpakten omfattar tolv länder – även Finland. EMU har stabiliserat ekonomin och sänkt den tidigare rätt höga och instabila räntenivån i Finland. Det tryck som följer av den förändrade befolkningsstrukturen, strukturuomvandlingen på arbetsmarknaden och globaliseringen förutsätter en stark ekonomi för att man skall kunna förbereda sig på de växande socialutgifterna.

Den inre marknadens roll och konkurrenslagstiftningen är centrala social- och hälsovårdspolitiska frågor. Här aktualiseras den fria rörligheten för människor, arbeten och hälsovårdstjänster, produkter som inverkar på hälsan, exempelvis tobak, och allmännyttiga tjänster.

Lissabonstrategin – Europeiska unionens tillväxtstrategi under perioden 2000–2010 – har varit ett viktigt politiskt instrument inom den ekonomiska politiken, sysselsättningspolitiken och socialpolitiken. Medlemsstaterna samarbetar enligt en öppen samordningsmetod.

Med hjälp av den uppställer medlemsländerna gemensamma mål och kommer överens om uppföljningsindikatorer och rapportering samt förmedlar information om god praxis.

Människornas hälsa är en av grundpelarna för ekonomin och sysselsättningen. EU:s hälsopolitik har i första hand karaktären av verksamhet för att främja människornas hälsa och förebygga sjukdomar. Unionen driver sin politik bland annat genom ett folkhälsoprogram, som finansierar medlemsstaternas gemensamma projekt. Man inser i allt vidare kretsar att faktorer som påverkar hälsan till stor del står utanför hälsosektorns direkta kompetens. Det är ändamålsenligt att påverka hälsan också via livsmedels-, jordbruks-, kemikalie- och forskningspolitiken och andra politiksektorer.

Jämställdhetspolitiken och jämställdhetslagstiftningen har en stabil grund och normbas med utgångspunkt i FN och EU. Inom EU har man ända sedan Europeiska gemenskapen upprättades fäst avseende vid framför allt jämställdheten i fråga om lön.

Finland deltar aktivt i beredningen av EU:s lagstiftning om arbetarskyddet. Gemenskapens riktlinjer och direktiv stödjer bland annat arbetsplatsernas egna insatser för förebyggande verksamhet och kartläggning av risker.

Finländarnas hälsa och sociala välfärd i ljuset av statistiken

I dagens läge är befolkningen friskare och funktionsdugligare än tidigare. Traditionella folksjukdomar och dödsfall på grund av olyckor har minskat, men de har ersatts av välfärdssjukdomar, diabetes, astma, allergier och missbruksproblem samt störningar i den mentala hälsan. Det finns ett tydligt samband mellan utbildningsnivån och hälsan.

Den förväntade livslängden är nu längre än tidigare och människornas funktionsförmåga har förbättrats. Arbetsförhållandena har förbättrats och människorna går i pension en aning senare än ännu för bara några år sedan.

Behovet av utkomststöd har minskat och jämlikheten har ökat. Den ekonomiska tillväxten har främjat sysselsättningen. Arbetslöshetsgraden har sjunkit till cirka sju procent.

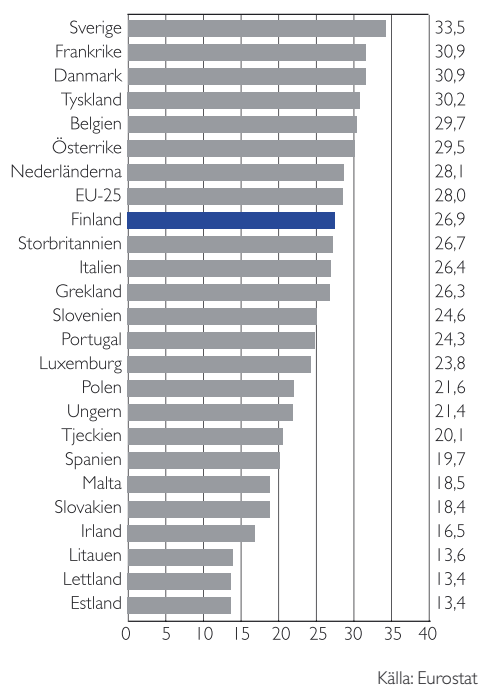
Socialutgifternas andel av BNP har ökat i jämn takt i nästan alla EU-länder under de senaste åren. Finlands utgifter motsvarar genomsnittsnivån för EU-länderna.

Många unga saknar fortfarande jobb, men personer över 55 år stannar kvar i arbetslivet längre än tidigare. Arbetslösheten är till övervägande del strukturell, och de regionala sysselsättningskillnaderna är stora. Långtidsarbetslöshet är en betydande orsak till utslagning.

Det finns också andra utmaningar för social- och hälsovårdsministeriet. En del av befolkningen går upp i vikt och konsumerar i snitt alkohol i allt större mängder. Alkohololägenheterna och ohälsan ökar. Barnens välbefinnande är förenat med problem och antalet invalidpensioner är stort. Allt detta ökar risken för utslagning och hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper.

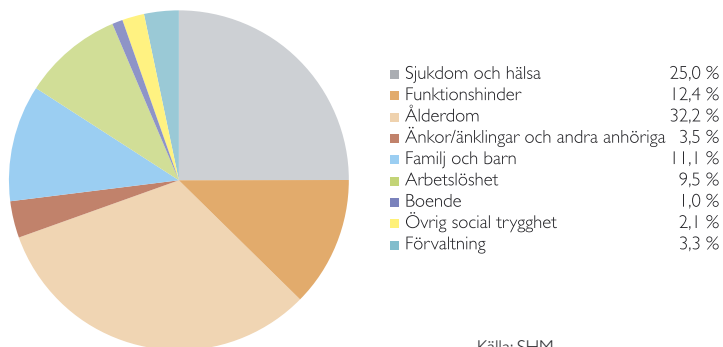
År 2005 användes 42,0 miljarder euro för socialutgifter, varav en tredjedel finansierades via statsbudgeten. Socialutgifternas andel av bruttonationalprodukten uppgick till 27,4 procent och stod kvar på samma nivå som under det föregående året. Socialutgifterna består till största delen av pensioner, kommunala social- och hälsovårdstjänster, utkomstskydd för arbetslösa och sjukförsäkring.

Figur 1.
Socialutgifternas BNP-förhållande i EU-länderna år 2003.

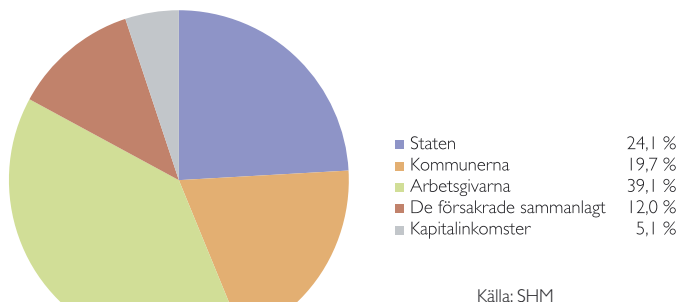


Figur 2.
Socialutgifterna enligt målgrupp år 2005

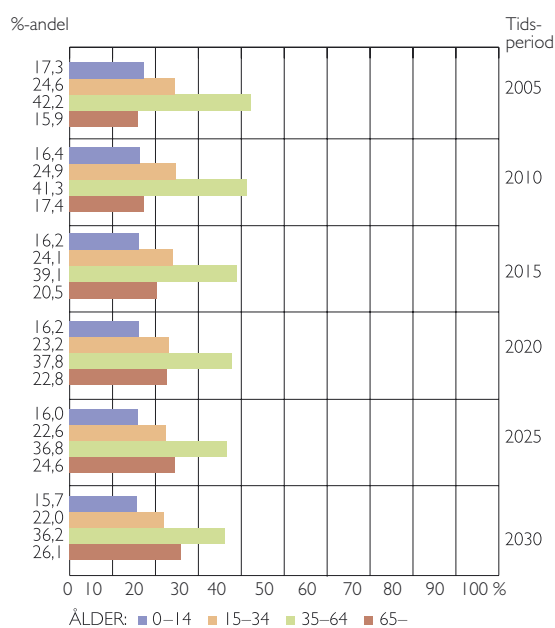
(procent av alla utgifter; 42,0 miljarder euro).



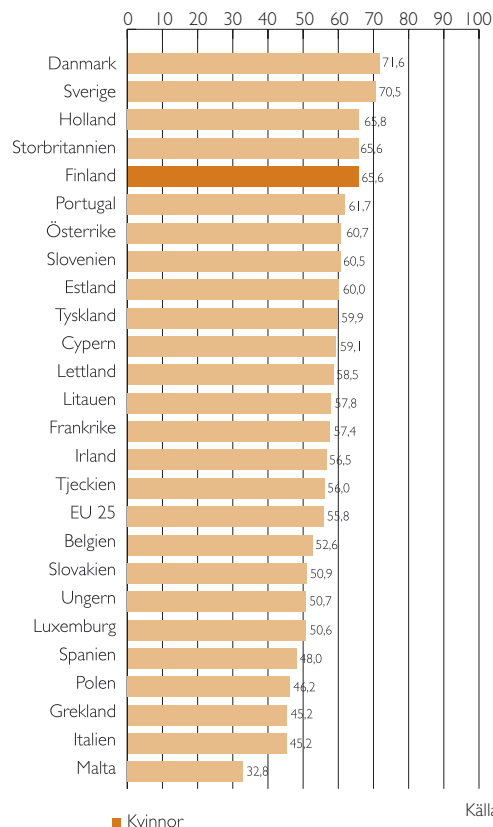
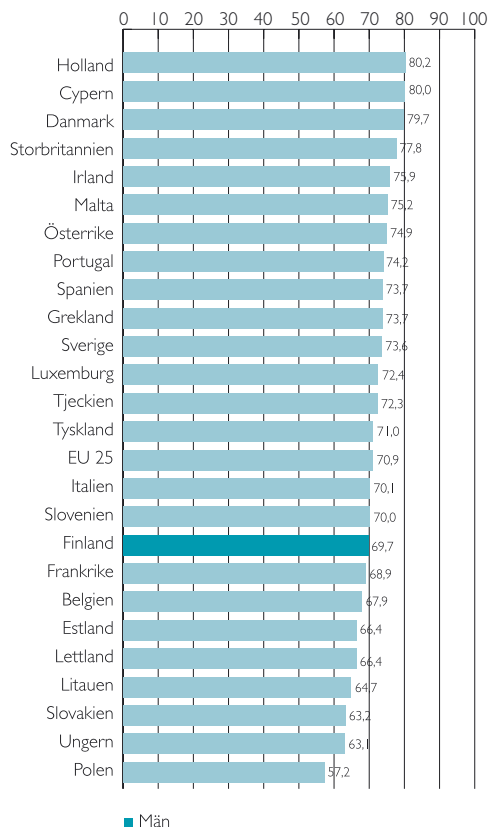
Figur 3.
Totalfinansieringen av social trygghet i Finland år 2005.



Figur 4.
Befolkningsstrukturens utveckling, olika åldersgruppers andel, %.

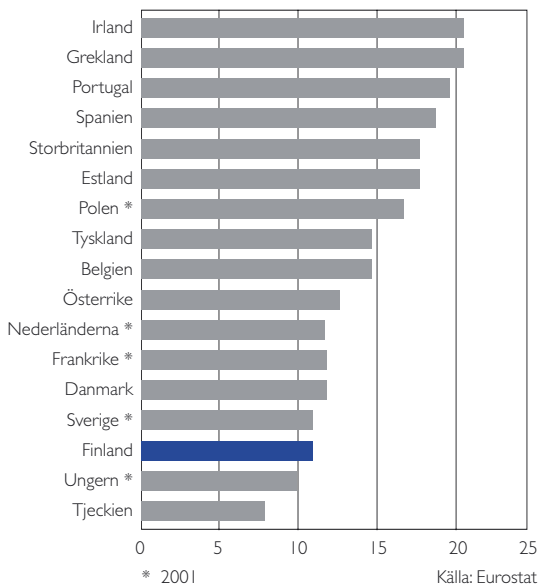


Figur 5.
Sysselsättningsgraden
i EU-länderna år 2004
(15-64-åringar).



Källa: Eurostat

Figur 6.
Fattigdomsgraden i vissa EU-länder år 2002.

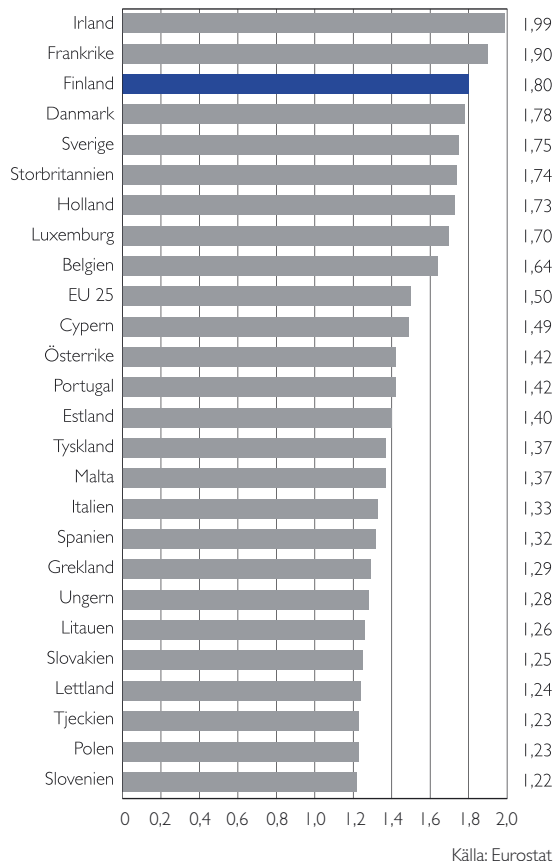


Siffran för den totala fertiliteten beskriver nativiteten. Den har ökat en aning under de senaste åren och är högre än medelvärdet för EU-länderna.

* 2001

Källa: Eurostat

Figur 7.
Den totala fertiliteten i EU-länderna år 2004.



Källa: Eurostat

Välfärden

I GÅR, I DAG OCH I MORGON

För finländarnas hälsa och funktionsförmåga

De centrala målen för främjande av hälsa har dokumenterats i folkhälsoprogrammet *Hälsa 2015*. Målet är att minska skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper, att minska dödsfall till följd av olyckor och våld bland unga män och att minska alkoholens skadliga verkningar på folkhälsan. Likaså eftersträvas en förhöjd arbets- och funktionsförmåga hos dem som är i arbetsför ålder, bättre funktionsförmåga för dem som är över 75 år, bättre möjligheter för äldre att bo och klara sig och växande möjligheter för handikappade att delta i arbetslivet.

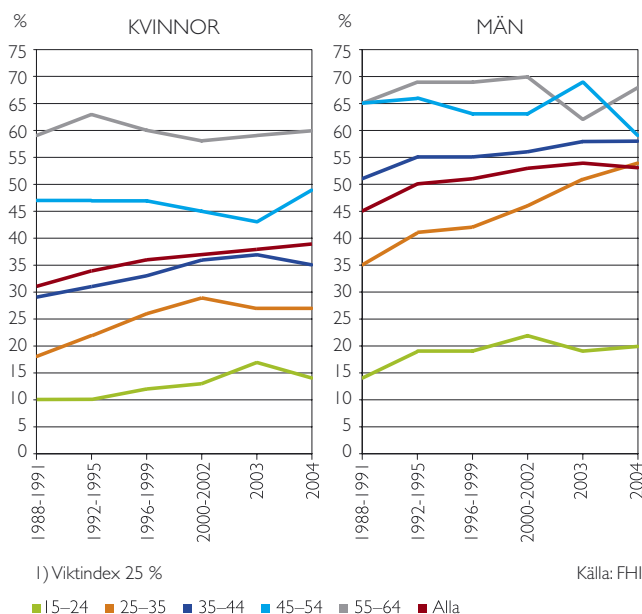
Befolkningens livslängd har ökat och antalet år av funktionsduglighet har ökat. När det gäller den förväntade livslängden är skillnaden mellan män och kvinnor för närvarande sju år. Skillnaden är fortfarande stor internationellt sett. Bland både kvinnor och män har dock hälsotillståndet förbättrats inom olika åldersklasser.

Övervikt, tobaksrökning, ökad alkoholkonsumtion och obetydlig motion försämrar befolkningens välbefinnande. De stora skillnaderna i hälsa mellan befolkningsgrupperna ser rent av ut att öka och utslagning utgör ett hot mot folkhälsan.

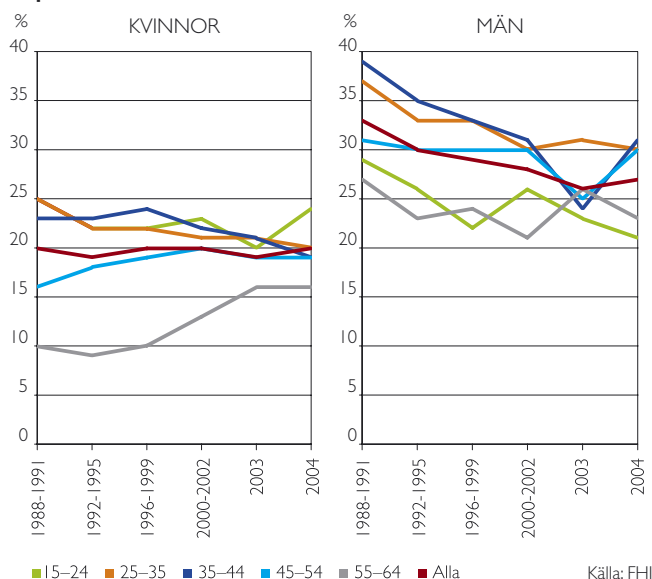
År 2004 var ett exceptionellt år inom *alkoholpolitiken*, eftersom importrestriktionerna för alkohol slopades och beskattningen sjönk. Samma år ökade den totala alkoholkonsumtionen till cirka elva liter per invånare. Alkoholens skadliga verkningar har ökat tydligt. Den mest dramatiska ökningen gäller dödsfall på grund av alkohol. De narkotikarelaterade dödsfallen har likaså ökat efter år 2000. Självmod och dödsfall till följd av olyckor bland unga män har minskat tydligt.

Tobaksrökningsandelen är låg internationellt sett.

Figur 8. Andelen överviktiga inom olika åldersgrupper under perioden 1988–2004.



Figur 9. Andelen tobaksrökare inom olika åldersgrupper under perioden 1988–2004.

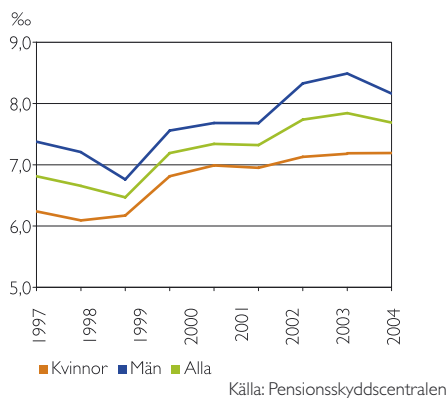


Det har vidtagits åtgärder i fråga om övervikten som ett folkhälsoproblem.

Figur 10.
Dödsfall på grund av alkohol under perioden 1997–2004.



Figur 11.
35–54-åringars övergång till invalidpension under perioden 1996–2004.



Hälsan bland personer i arbetsför ålder har förbättrats överlag. Företagshälsovården har blivit ett viktigt verktyg när det gäller att satsa på att främja hälsan och arbetsförmågan. De äldre har allt mindre sjukdomar och skador som utgör hinder för arbets- och funktionsförmågan. Däremot har det blivit vanligare med psykiska problem, som har blivit den största orsaken till arbetsoförmåga.

Funktionsförmågan hos 75–84-åringar har förbättrats tydligt. Andelen äldre som bor hemma är nästan oförändrad. De handikappades deltagande i arbetslivet har förbättrats.

Vid verkställigheten av *folkhälsoprogrammet Hälsa 2015* betonas vikten av att minska skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper och hälsofrämjande samarbete mellan förvaltningsområdena. Tillsammans med kommunerna utformas handlingsmodeller för främjande av hälsa. Den äldre befolkningen

uppmuntras att motionera och även alla andra uppmuntras att låta bli att röka, att gå in för att använda alkohol med måtta och att äta sunt.

På våren 2004 inleddes ett flerårigt alkoholprogram. Det genomförs av kommuner, organisationer, kyrkor och organisationer inom den statliga central- och regionalförvaltningen enligt partnerskapsprincipen. År 2004 startades också ett narkotikapolitiskt program, där en av målsättningarna är att narkotikamissbrukarna skall få tillräcklig och lämplig vård.

Under de senaste åren har betydelsen av att bekämpa smittsamma sjukdomar accentuerats på grund av risken för pandemier. Man förbereder sig på att bekämpa sjukdomarna genom internationellt samarbete på bred basis. Det kommunala miljö- och hälsoskyddet övervakas i fortsättningen av regionala tillsynsenheter.

Egna projekt för service och social trygghet

För att människorna skall må bra gäller det att säkerställa välfungerande social- och hälsovårdstjänster och ett rimligt utkomstskydd. Därför bör tillgången till och kvaliteten på social- och hälsovårdstjänsterna förbättras. Strukturerna för ordnandet av tjänsterna revideras och det regionala samarbetet stärks. Målet är att trygga en tillräcklig personalstyrka och tillgång till social- och hälsovårdstjänster på både finska och svenska. En hållbar finansiering av tjänsterna och socialförsäkringen säkerställs. Finland bör vara ett land där handikappade har goda möjligheter att verka i samhället och där var och en har ett tillräckligt miniskydd och ett rimligt förtjänstskydd.

Enligt kvalitetsbarometern för de offentliga tjänsterna har medborgarna varit nöjda med den offentliga dagvården. Hälso- och sjukvården får en aning sämre betyg. På det hela taget är förändringarna obetydliga i jämförelse med det föregående året. Vid internationella undersökningar har finländarnas tillfredsställelse med hälso- och sjukvårdstjänsterna hållits på en god nivå i jämförelse med de övriga länderna inom Europeiska unionen.

Dödsfallen på grund av alkohol har ökat dramatiskt.

Tillgången till vård tryggas

Det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet inleddes år 2003 och fortgår till år 2007. Syftet med projektet är att garantera tillgång till vård, och inom projektet betonas förebyggande vård, ökad arbetsfördelning inom den specialiserade sjukvården, samarbete inom sjukvårdsdistrikten och behovet av att organisera primärvården som större enheter än för närvarande.

Inom programmet bereddes en reform av möjligheten att få icke-brådskande vård, vilken trädde i kraft den 1 mars 2005. Som ett led i tryggandet av tillgången till vård har det utarbetats enhetliga kriterier för icke-brådskande vård. Tillgången till vård står också som föremål för uppföljning. Tidsfristerna har skapat klarhet i kommunernas och sjukvårdsdistriktens verksamhet och servicen har blivit bättre. Vårdköer längre än ett halvt år hade förkortats vid utgången av augusti 2005, men än så länge har man inte lyckats undanröja dem helt. Också arbetspraxisen bör utvecklas ytterligare.

Problemen med *hälsovårdscentralernas* verksamhet har utretts och lösningar på problemen har sökts. Särskild vikt fästs vid att stärka det regionala samarbetet. Målet är också att effektivisera ordnandet av laboratorieservice och diagnostisk utbildningsservice och utnyttjandet av informationsteknologi i större helheter än för närvarande. Revideringen av strukturerna för ordnandet av service och det regionala samarbetet har fortgått bland annat genom förvaltningsförsöket i landskapet Kajanaland. Ibruktagandet av ny teknologi har främjats genom ett flertal utvecklingsprojekt inom ramen för det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet och utvecklingsprojekt inom det sociala området. Resultaten av dem kan dock bedömas först under kommande år.

På våren 2005 inledde regeringen ett omfattande *projekt för en kommun- och servicestrukturreform*. Avsikten är att utforma mera regionalt övergripande modeller för att ordna välfärdstjänster. Med hjälp av modellerna kan man trygga tillgången till och finansieringen av tjänster i det åldrande Finland. Avsikten är att de politiska utstakningarna skall göras på sommaren 2006.

År 2004 fanns det fler *läkare* än någonsin, och antalet invånare per läkare var färre än tidigare. Obesatta läkartjänster vid hälsovårdscentralerna har medfört problem i synnerhet på mindre orter. Det är också brist på tandläkare. I internationell jämförelse finns det trots allt rikligt med läkare.

Rikstäckande elektroniska journalhandlingar och klienthandlingar tas i bruk inom hälso- och sjukvården år 2007 och inom socialvården år 2011. Det betyder att verksamheten effektiviseras och att klientkedjorna kan kontrolleras.

Välfungerande socialservice

Utvecklingsprojektet för det sociala området inleddes år 2003 och fortgår till år 2007. Under samma tidsperiod har programmet Välfärd 2015 inletts och åtgärder vidtagits för att utveckla det sociala området på lång sikt.

Genom utvecklingsprojektet för det sociala området leds en rikstäckande reform av socialservicen. Projektet stödjer kommunerna i detta arbete och syftar till att åstadkomma bestående förändringar i ordnandet av servicen. Projektet samarbetar intensivt med det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet på alla nivåer. Utvecklingsprojektet för det sociala området består av 4 projekthelheter och 23 delprojekt. Kommunerna genomför dessutom mer än 400 projektrelaterade regionala projekt.

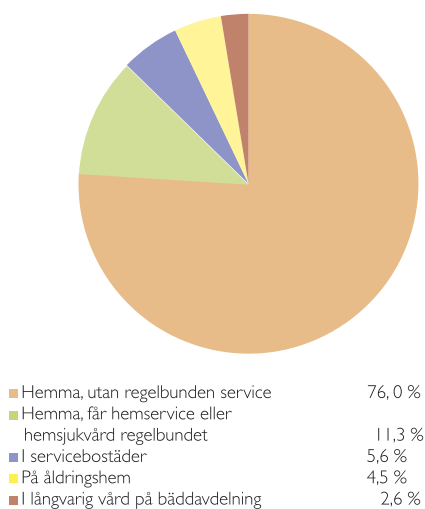
Projektet syftar till att trygga tillgången till socialservice på lika grunder oavsett boningsort, framför allt genom att utöka det regionala samarbetet. Inom projektet insamlas uppgifter om de serviceformer som medborgarna erhåller och om de brister som i första hand bör avhjälpas.

När det gäller äldre och handikappade har målet varit att finna så hemliknande boendeförhållanden som möjligt. Allt fler erbjuds en service- eller stödbostad. Möjligheterna att bo hemma underlättas med hjälp av hemservice, hemsjukvård och stöd för närståendevård. Möjligheterna för gravt handikappade att delta i samhällslivet har underlättats genom utökade färdtjänster och fler personliga assistenter.

Tidsfrister för tillgången till vård

- Patienter i behov av akut vård skall genast få vård.
- Det skall gå att omedelbart få telefonkontakt med hälsovårdscentralen under tjänstetid, det vill säga under de tider som hälsovårdscentralen uppgett att den har öppet.
- Behovet av vård skall bedömas vid hälsovårdscentralen inom tre dagar efter den första kontakten. Bedömningen kan göras per telefon och också av någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare. På sjukhusen skall en läkare bedöma behovet av vård inom tre veckor. Om läkaren konstaterar att patienten behöver sjukhusvård, skall vården inledas senast inom sex månader.

Figur 12.
Boende och service för över 75-åringar år 2004.



Källa: Stakes

Social- och hälsovårdsutgifternas andel av kommunernas totala utgifter har ökat varje år. År 2004 var andelen i genomsnitt 47 procent. Ur statsbudgeten får kommunerna statsandel för social- och hälsovården, vilken kalkylmässigt täcker nästan en tredjedel av utgifterna. Andelen har höjts tydligt under de senaste åren. Antalet personer och hushåll som fick utkomststöd sjönk ytterligare år 2004, men antalet är trots allt fortfarande högt; 7,7 procent av hushållen får utkomststöd under året.

Trygghet i vardagen genom försäkringar

Antalet privata läkarbesök samt antalet undersökningar och behandlingar som ersätts enligt *sjukförsäkringen* har kvarstått nästan oförändrat i flera års tid. Ersättningarna för behandling av privata tandläkare har ökat eftersom alla nu har rätt att få ersättningarna.

Finansieringen av sjukförsäkringen revideras vid ingången av 2006. Sjukförsäkringen indelas i arbetsinkomstförsäkring och sjukvårdsförsäkring. Arbetsinkomstförsäkringen bekostas av arbetsgivarna och arbetstagarna, och sjukvårdsfinansieringen finansieras med försäkringspremier och statsmedel.

Social- och hälsovårdsministeriet har fastställt de viktigaste nationella *läkemedelspolitiska* målen för det pågående årtiondet. Utgångspunkten är att trygga en god regional

tillgång till läkemedel och upprätthålla läkemedels säkerheten. För att läkemedelsbehandlingarna skall kunna utvecklas gäller det också att sörja för verksamhetsbetingelserna för läkemedelsforskningen. Avsikten är att främja rationell förskrivning och användning av läkemedel genom långsiktiga åtgärder. Målet är dessutom att se till att läkemedelskostnaderna inte glider ur händerna och försämrar samhällets och medborgarnas möjligheter att utnyttja läkemedelsbehandlingar.

År 2003 infördes *läkemedelsbyte*, det vill säga det blev möjligt att välja ett förmånligt synonympreparat i stället för det preparat som läkaren ordinerat. Läkemedelsbytet har fungerat bra och medfört årliga besparingar på cirka 90 miljoner euro.

Inom *olycksfalls- och trafikförsäkringen* har man övergått till ett permanent system med fullt kostnadsansvar. Med fullkostnadssystemet avses i praktiken att sjukvårdskostnaderna för patienter som omfattas av olycksfalls- och trafikförsäkringen debiteras direkt hos respektive försäkringsanstalt. Samtidigt slopas den temporära avgift som försäkringsbolagen betalat in till Folkpensionsanstalten. Ändringen syftar till att patienterna snabbt skall få vård och kunna återvända till sitt arbete. Inom den lagstadgade olycksfallsförsäkringen har man övergått till att använda index som är förenliga med arbetspensionssystemet.

Den förbättrade arbetslöshetssituationen har minskat antalet mottagare av förmåner enligt *utkomstskyddet för arbetslösa*.

Ett lockande arbetsliv

Målet för arbetarskyddet är att arbetsförhållandena är trygga och att människorna mår bra i arbetet. Företagshälsovården och rehabiliteringsmöjligheterna bör fungera bra. Det rikstäckande Veto-programmet siktar till att höja arbetets och arbetslivets attraktionskraft. Programmet syftar till att trygga medborgarnas fullvärdiga deltagande i arbetslivet och verka för en förlängning av tiden i arbetslivet samt att göra arbetslivet mera lockande som ett alternativ i alla situationer. Genom Veto-programmet vill man bidra till att situationen år 2010 är sådan att arbetstagarna fortsätter i sitt arbete 2–3 år längre än år 2002, att sjukfrånvaron har minskat med 15 procent, att debuten i arbetslivet har tidigare lagts, att arbetsolycksfallsfrekvensen och uppkomsten av yrkessjukdomar har minskat med 40 procent och att deras svårighetsgrad har lindrats.

Veto-programmet inleddes år 2003 och fortgår till år 2007. Målet är att väcka diskussion om arbetshälsan och sprida god praxis. Social- och hälsovårdsministeriet, arbetarskyddsdistriktet och forskningsinstitutet har tillsammans genomfört bland annat en serie regionala informations- och diskussionsmöten, finansierat utvecklingsprojekt och understött insatser för att förändra praxisen på arbetsplatserna.

Arbetsförhållandena har förbättrats. En granskning på lång sikt visar att det förekommer allt färre olycksfall i arbetet och yrkessjukdomar. Brådskan i arbetet har minskat och man vill allt mera satsa på personalens välbefinnande. Goda arbetsförhållanden kopplas samman med hög produktivitet och god kvalitet.

Tabell 1.
Utvecklingen av arbetsförhållandena under perioden 1996–2004.

	1996	2001	2002	2003	2004
Ersatta olycksfall i arbetet per miljoner arbetstimmar, alla branscher	30	30	30	29	29
Dödsfall på arbetsplatsen	47	44	35	40	38
Dödsfall under arbetsresorna	24	42	28	20	18
Ersatta yrkessjukdomar	6 399	4 836	4 646	4 326	4 300

Källa: Olycksfallsförsäkringsanstaltens förbund: Statistik över olycksfall i arbetet och yrkessjukdomar

Pensionssystemet reviderades

Antalet ålderspensionärer har ökat när befolkningens medelålder stiger. Däremot finns det klart färre mottagare av förtidspensioner än tidigare. Folkpensionens betydelse har minskat stegvis, eftersom allt fler av de nya pensionstagnarna har hunnit intjäna en större arbetspension.

Det finländska arbetspensionssystemet reviderades vid ingången av 2005. Reformen var viktig med tanke på en hållbar finansiering av pensionssystemet. De framtida pensionerna justeras genom en så kallad livslängskoefficient så att den förlängda livslängden inte automatiskt ökar pensionsutgifterna.

Genom pensionsreformen sporras äldre att fortsätta arbeta. Pensionsåldern blir flexibel. Man kan gå i pension som 63-åring, men man kan också fortsätta arbeta till 68 års ålder. Den lön som utgör grunden för fastställande av pensionen beräknas utifrån hela arbetskarriären. Pensionsreformen inrymmer flera incitament som stödjer fortsatt arbete och reformen stödjer en hållbar finansiering av pensionerna. Kommunernas och statens pensioner revideras enligt samma principer som inom den privata sektorn.

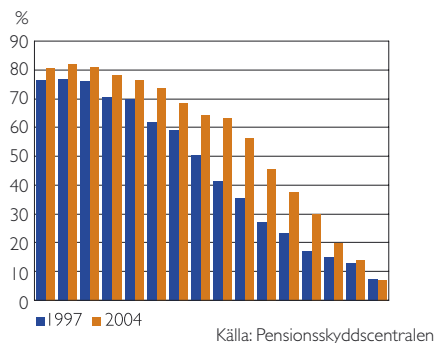
Redan nu går människorna i pension något senare än före reformen. Undersökningar ger vid handen att arbetstagarna kommer att senarelägga sin pensionering under kommande år. Arbetsgivarna bedömer att det är möjligt att fortsätta arbeta oftare än i den omfattning som arbetstagarna kommer att utnyttja möjligheten: vid ungefär hälften av verksamhetsställena är det möjligt för arbetstagarna att fortsätta arbeta tills de fyller 65 år och vid var fjärde till 68 års ålder.

Arbetspensionsavgiftens andel av lönerna har kvarstått oförändrad under de två senaste åren. Den är 21,4 procent. Löntagarnas avgift kommer att stiga under de närmaste åren, men inte så mycket som det beräknades före pensionsreformen. Det delvis fonderande arbetspensionssystemet i Finland tryggar en långsiktig finansiering av pensionerna bättre än systemen i många andra länder. Arbetspensionsfondernas andel av bruttonationalprodukten har ökat

i jämn takt. År 2003 var andelen redan uppe i 55,6 procent medan andelen underskred 50 procent i slutet av 1990-talet.

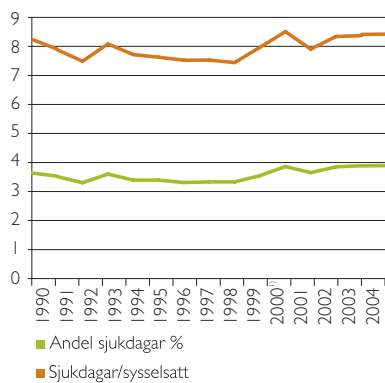
Sysselsättningsgraderna inom de äldsta åldersklasserna har stigit i rask takt. Det är lättare än tidigare för äldre att bli sysselsatta, eftersom arbetspensionsavgiften inte längre är beroende av arbetstagarens ålder och eftersom den sista arbetsgivaren inte behöver betala lika mycket av invalidpensionen som tidigare. Unga är fortfarande yrkesverksamma i mindre utsträckning än före lågkonjunkturen på 1990-talet.

Figur 13.
Sysselsättningsgraden bland 50–64-åringar åren 1997 och 2004.



Antalet *sjukfrånvarodagar* har ökat en aning. Det genomsnittliga antalet är 8,4 arbetsdagar per varje yrkesverksam person. Störningar i den mentala hälsan samt sjukdomar i stöd- och rörelseorganen är den största orsaken till sjukfrånvarorna och övergången till invalidpension.

Figur 14.
Andelen sjukdagar av alla arbetsdagar under perioden 1990–2004.



1) Fr.o.m. år 2000 har uppgifterna samlats in för alla veckor per månaden, dessförinnan endast för en vecka. Det nya förfarandet tar bättre i beaktande semestrar och övriga frånvarodagar vid olika tidpunkter under månaden.

Källa: Statistikcentralen

Möjligheterna att förena arbete och familjeansvar har underlättats. Ersättning för partiell vårdledighet betalades tidigare till föräldrarna till barn under 3 år, men i dag betalas ersättningen också under den tid barnet går i förskola och i årskurs ett och två. *Föräldraledighetsförmånerna* har förbättrats och den ersättning för semesterkostnaderna som betalas till arbetsgivarna har höjts.

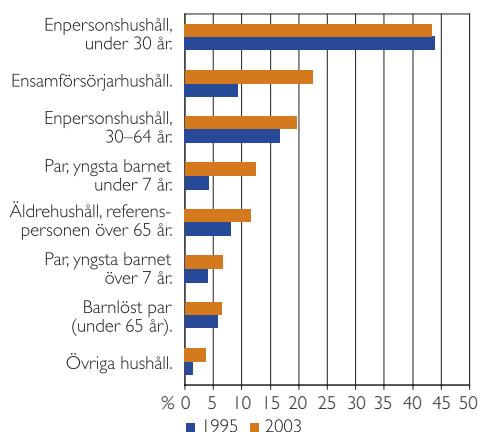
Utslagning bekämpas

Social- och hälsovårdsministeriet vill att utslagningen minskas och att de utslagna tas om hand. Det arbetas för att långtidsarbetslöshet och strukturell arbetslöshet, långvarigt behov av utkomststöd och barnfamiljernas fattigdom skall minska. Målet är också att utöka de förebyggande hälsovårdstjänsterna för barn och unga samt tjänsterna inom missbrukarvården, mentalvårdstjänsterna och tjänsterna inom barnskyddet. SHM vill att det tillhandahålls tillräckligt med tjänster för vård av narkotikamissbrukare, att samarbetet mellan förvaltningsområdena intensifieras när det gäller att bekämpa utslagning och att bostadslösheten minskas.

Förebyggandet av social utslagning utgår från tanken att arbete är den bästa formen av social trygghet. Människorna blir inte utslagna när de har arbete, ett rimligt förtjänstskydd och tillräckliga minimiförmåner.

Fattigdomsrisk i Finland hör fortfarande till de lägsta vid en jämförelse av EU-länderna. De relativa inkomstskillnaderna mellan hushållen har dock ökat. Det finns något fler låginkomsttagare och långvariga låginkomsttagare än tidigare. Låginkomsttagarnas ekonomiska problem är mera bestående än tidigare. Antalet långtidsarbetslösa har trots allt sjunkit sedan år 2000. Av de långtidsarbetslösa är cirka 60 procent över 50 år, och utan specialåtgärder får bara en liten del av dem arbete på den öppna arbetsmarknaden. Unga är sällan arbetslösa under långa tider.

Figur 15.
Andelen låginkomstbefolkning inom olika typer av familjer åren 1995 och 2003.



Låginkomstgränsen 60 procent av hushållens disponibla medianinkomst respektive år.

Källa: STM / Statistikcentralen, inkomstfördelningsstatistikens serviceregister.

Tjänsterna inom missbrukarvården efterfrågas allt mer. Antalet klienter har trots allt inte förändrats nästan alls under de senaste åren. Antalet besök inom mentalvården har ökat en aning, men antalet mentalvårdspatienter som fått slutenvård har minskat.

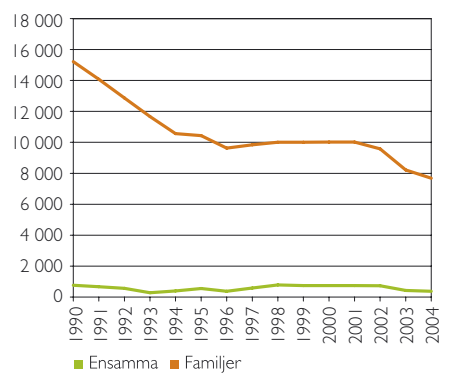
Utkomststödet och antalet långvariga mottagare av utkomststöd har minskat. Långvarigt behov av utkomstskydd är trots allt en stor utmaning. Det finns klart färre bostadslösa än tidigare.

Figur 16.
Andelen mottagare av utkomststöd i 10–12 månader av klienterna inom utkomststödet under perioden 1990–2004.



Källa: Stakes

Figur 17.
Antalet bostadslösa under perioden 1990–2004.



Källa: Statens bostadsfond

Grupper med särskilda behov behöver välfungerande tjänster. Det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet och utvecklingsprojektet för det sociala området tryggar tillgången på service. Tillträdet till arbetsmarknaden har underlättats, modellerna för social sysselsättning har effektiviserats och elevvården och studiehandledningen har utvecklats.

Programmet för minskning av bostadslösheten i huvudstadsregionen har medfört lindringar i fråga om bostadslöshetsituationen. Tidigt ingripande i barns och ungas problem, stödande av invandrades integration, verkställighet av nationella alkohol- och narkotikaprogram och förebyggande av brottslighet är exempel på insatser som syftar till att förhindra utslagning.

År 2006 underlättas ställningen för de allra minst bemedlade. När det gäller folkpensionerna genomförs en fem euros nivåhöjning i september 2006. Anhopningen av obetalda hyror och vräkningarna minskar när självrisikandelen för boendeutgifter slopas inom utkomststödet. Det beräknas att långtidsarbetslösa lättare återvänder till arbetet när de får lika stort bostadsbidrag som tidigare i tre månaders tid efter det att de började arbeta.

Den öppna samordningsmetoden inom Europeiska unionen har intensifierat det nationella samarbetet i fråga om åtgärder för att motverka fattigdom och utslagning. Genomförandet av unionens nationella handlingsplan mot fattigdom och utslagning 2003–2005 har framskridit väl. Det pågår ett flertal åtgärder som finansieras av unionen och som syftar till att stödja sysselsättningen av dem som är svårast att sysselsätta.

Långvarig fattigdom är fortfarande en utmaning.

Stöd för barnfamiljernas välfärd

Föräldraskap och familjernas enhet stöds för att underlätta barnfamiljernas vardag. Kostnaderna för barn utjämnas så att familjerna inte försätts i en ojämlik ställning sinsemellan eller i jämförelse med barnlösa. Barnen ges möjlighet att växa upp och utvecklas i en trygg miljö och möjligheterna att samordna arbete och familjeliv underlättas.

Det har genomförts många familjepolitiska åtgärder i enlighet med regeringsprogrammet. År 2004 höjdes barnbidragen och ensamförsörjartillägget inom barnbidraget. År 2005 höjdes stödet för hemvård av barn och stödet för privat vård av barn. I Finland inrättades barnombudsmannens byrå för att främja angelägenheter som berör barn. Barnombudsmannen inledde sitt arbete i september 2005. Ambitionen är att ingripa så tidigt som möjligt i problem som gäller barn.

Det går inte alltid att förena *arbete och familjeansvar* utan problem. Frågan har uppmärksammats i stor utsträckning och missförhållandena rättas till. Exempelvis när det gäller arbetsgivarkostnaderna på grund av *familjeledigheter* försöker man jämna ut kostnaderna mellan arbetsgivarna. Avsikten är att undvika att kostnaderna anhopas hos kvinnornas arbetsgivare.

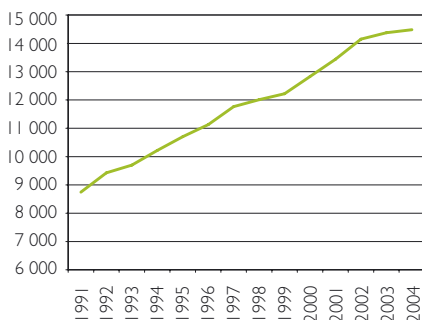
Antalet *skilsmässor* har sjunkit en aning under de senaste åren, och cirka 20 procent av barnen lever i ensamförsörjarfamiljer. Största delen av barnen i Finland mår bra, men det ständigt växande antalet barn i behov av barnskydd är oroväckande.

Barnbidrag och barndagvård är de viktigaste *familjepolitiska stöden* för barnfamiljer. Beräknat per barn minskade det familjepolitiska stödet i slutet av 1990-talet, men stödet har ökat under de senaste åren. I jämförelse med EU-länderna har Finland en låg barnfattigdom, men antalet barnfamiljer som lever under fattigdomsgränsen har inte minskat. Mest utsatta är flerbarnsfamiljer och ensamförsörjarfamiljer, av vilka 22 procent levde under fattigdomsgränsen år 2002.

Tillräckliga verksamhetsbetingelser för *småbarnsfostran* och grundläggande utbildning intar en nyckelposition med tanke på barnens möjligheter till en trygg utveckling.

Allt färre barn omfattas av *dagvård*, eftersom antalet barn har sjunkit. Andelen 3–5-åriga barn i vård utanför hemmet har hållits kvar på 68 procent. Motsvarande andel för 1–2-åringar är 36 procent, eftersom en stor del av dem vårdas hemma med hjälp av stöd för hemvård av barn. Nästan alla sexåringar deltar i förskoleundervisning. Under de senaste åren har man satsat på morgon- och eftermiddagsverksamhet för skolelever. Dessutom får sådana föräldrar till barn på årskurs ett och två inom den grundläggande utbildningen som arbetar högst 30 timmar i veckan en liten ersättning för den förkortade arbetstiden. Med antalet olycksfall där barn fått sjukhusvård och med dödligheten bland personer under 15 år på grund av olycksfall som indikatorer kan det konstateras att barnen lever i en allt tryggare uppväxt- och utvecklingsmiljö.

Figur 18. Barn som placerats i vård utanför hemmet under perioden 1991–2004. Det är fråga om barn som placerats tillfälligt av skäl som hänför sig till barnskyddet.



Källa: Stakes

Jämställdhet genom ett handlingsprogram

Jämställdheten mellan kvinnor och män bör stärkas ytterligare. Alla ministerier har berett och verkställer regeringens jämställdhetsprogram. Den reviderade jämställdhetslagen trädde i kraft år 2005. Målet är att minska löneskillnaderna mellan kvinnor och män och minska antalet visstidsanställningar. Andelen kvinnor inom beslutsprocessen och ekonomin bör ökas, likaså kvinnors företagsamhet. Åtgärder genomförs för att våldet mot kvinnor och prostitutionen skall minska. De jämställdhetspolitiska frågorna bör bedömas också ur ett mansperspektiv.

Regeringens jämställdhetsmål uppnås genom regeringens jämställdhetsprogram, som statsrådet godkände som sitt principbeslut på hösten 2004. Programmet samlar, samordnar och inleder närmare 100 jämställdhetsfrämjande projekt och åtgärder inom olika förvaltningsområden. Jämställdhetsprogrammet inrymmer också en metod för *integrering* av ett jämställdhetsperspektiv. Metoden berör alla förvaltningsområden och går ut på att se till att perspektivet för jämställdhet mellan män och kvinnor beaktas vid ministerierna i samband med allt beslutsfattande, uppgörandet av budgeten, vid beredningen och i resultatavtalen.

Jämställdhet när det gäller lönerna framhålls också särskilt i grundlagen och jämställd-

hetslagen. Genom den nya jämställdhetslagen preciserades förbudet mot diskriminering och meddelades anvisningar för arbetsgivarna och läroanstalterna när det gäller jämställdhetsplanering. Det föreslås att bland annat lönekartläggningar skall ingå i jämställdhetsplanerna.

Kvinnornas lön är fortfarande i snitt lägre än männens motsvarande löner. En betydande orsak till löneskillnaderna är att kvinnodominerade branscher och yrken har lägre status än de mansdominerade.

På sommaren 2005 lade en arbetsgrupp på trepartsbasis fram ett förslag till ett *likalönsprogram*, som syftar till att ingripa i den bristfälliga jämställdheten i fråga om lön för kvinnor och män. Genomförandet av programmet följs av en grupp på trepartsbasis på hög nivå.

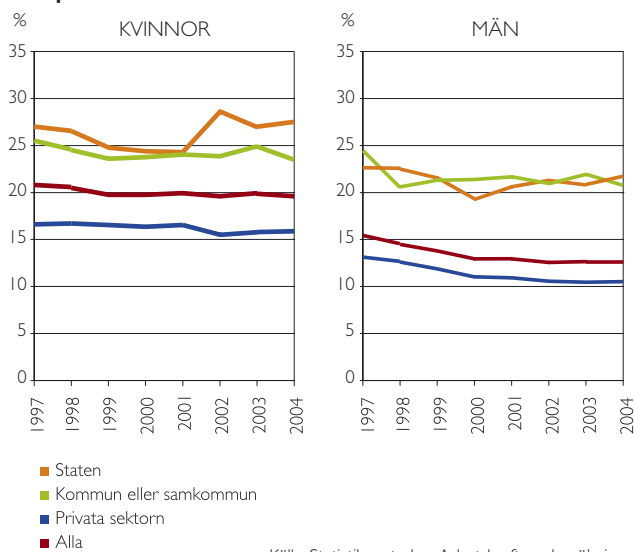
Av de kvinnliga löntagarna hade 80 procent och av de manliga löntagarna 87 procent ett permanent anställningsförhållande år 2003. För både kvinnor och män minskade andelen visstidsanställningar en aning under perioden 1997–2003.

Det finns fler kvinnor inom den *politiska beslutsprocessen* och ekonomin än tidigare. I jämställdhetslagen förutsätts att det skall finnas lika många kvinnor och män i kommunstyrelserna. Lagen har följts i alla kommunstyrelser. År 2001 var 45,4 procent av ledamöterna i kommunstyrelserna kvinnor, medan andelen var bara 24,5 procent år 1993. Under 1990-talet invaldes ständigt fler kvinnor som medlemmar i kommunfullmäktige. I europeiskt perspektiv har andelen kvinnor i statens högsta ledning varit låg. Situationen har förbättrats betydligt inom ett år.

Kvinnor har traditionellt varit verksamma som företagare framför allt inom servicesektorn. Det finns allt fler kvinnliga företagare bland annat inom hemservice- och omsorgssektorn.

Ända sedan början av 1990-talet har det blivit allt vanligare att papporna är familjelediga. År 1990 var 42 procent av *papporna familjelediga*, medan andelen redan var uppe i 69 procent år 2004. Avsikten är att införa nya flexibla arrangemang inom systemet med familjeledigheter för att papporna i fortsättningen skall ta ut en allt större del av den föräldraledighet som är avsedd för både mammorna och papporna.

Figur 19. Andelen visstidsanställningar inom olika sektorer enligt kön under perioden 1997–2004.



Källa: Statistikcentralen. Arbetskraftsundersökning.

Med blicken MOT FRAMTIDEN

Social- och hälsovårdspolitiska utmaningar under de närmaste åren

- Befolkningens stigande medelålder och funktionsförmågan
- Den samhällsekonomiska utvecklingen
- Den europeiska integrationen
- Sysselsättningsgraden och långtidsarbetslösheten
- Fattigdom och utslagning
- Ibruktandet av ny teknologi
- Den regionala utvecklingen
- Förändringar som gäller social- och hälsovårdspersonalen

Betydande utmaningar för den sociala tryggheten inom de närmaste åren är befolkningens åldrande, att trygga tillgången till social- och hälsovårdstjänster av hög kvalitet, den internationella ekonomiska utvecklingen, Europeiska gemenskapens allt tätare samarbete inom den sociala tryggheten, den nya teknologins inverningar samt den regionala utvecklingen inom landet. Även diskussionen om den offentliga sektorns ställning, uppgifter och styrande roll samt formerna för samarbetet mellan den offentliga och privata sektorn fortsätter.

Tryggandet av tillgången till vård och verkställigheten av pensionsreformen fortsätter år 2006 under ledning av social- och hälsovårdsministeriet. En nivåförhöjning kommer att göras i folkpensionen. De strategiska riktlinjerna för den sociala tryggheten revideras och de genomförs bl.a. genom det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet, utvecklingsprojektet för det sociala området, Veto-programmet som avser att göra arbetslivet mera lockande, Hälsa 2015-folkhälsoprogrammet, alkoholprogrammet och det narkotikapolitiska åtgärdsprogrammet, vilka alla fortsätter även år 2006.

Regeringens jämställdhetsprogram, som främjar jämställdheten mellan könen, fortsätter också. Därutöver försöker man finna metoder att jämna ut de kostnader som föranleds av familjeledigheter mellan arbetsgivarna. Avsikten med kommun- och servicestrukturreformen, för vilken riktlinjerna kommer att dras upp år 2006, är att skapa mera hållbara strukturer än de nuvarande så att social- och hälsovårdstjänsternas produktivitet kan förbättras. Främjandet av hälsan betonas.

Utvecklingen av Europeiska unionens inre marknad utgör utmaningar för den nationella socialpolitiken. Man är tvungen att fästa speciell uppmärksamhet på samarbetet och gränsdragningen mellan den offentliga och privata sektorn inom verksamheten.

EU-ordförandeskapet under senare hälften av året kommer att medföra en europeisk fokus på verksamheten under nästa år.

Prioriteringar inom verksamheten

- Att stärka ett förebyggande verksamhets sätt
- Att främja befolkningens arbets- och funktionsförmåga
- Att minska de hälsorelaterade skillnaderna
- Att minska övervikten
- Att minska olägenheterna av missbruk

- Att sporra till att fortsätta arbeta
- Att minska sjukfrånvaron
- Att höja arbetshälsan
- Att följa verkställigheten av pensionsreformen

- Att minska långtidsarbetslösheten
- Att minska barnfamiljernas fattigdom
- Att trygga tillgången på tjänster för vård av missbrukare (alkohol och narkotika)

- Att slutföra det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet
- Att förbättra kvaliteten på och tillgången till tjänster
- Att revidera verksamhetssätten när det gäller tjänster och trygga finansieringen
- Att säkerställa en tillräcklig personalstyrka

- Att förbättra möjligheterna att förena arbete och familjeansvar
- Att säkerställa tillgången till specialtjänster för barnfamiljer
- Att säkerställa en trygg uppväxtmiljö för barn

- Att verkställa jämställdhetslagen
- Att minska löneskillnaderna mellan kvinnor och män
- Att minska våldet mot kvinnor



Hälsa och trygghet för alla.

Det finns ett stort kunnande inom SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS förvaltningsområde

Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes)

arbetar för att främja befolkningens välfärd och hälsa samt social- och hälsovårdstjänsterna. Den producerar forskningsrön och statistik.

www.stakes.fi

Rättsskyddscentralen för hälsovården (RCH)

beviljar yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården rätt att utöva yrke och övervakar deras verksamhet. I fortsättningen kommer den också att övervaka verksamheten för organisationerna inom hälso- och sjukvården.

www.teo.fi

Folkhälsoinstitutet (FHI)

forskar i och följer befolkningens hälsa och tillhandahåller information om den.

www.ktl.fi

Läkemedelsverket (LV)

säkerställer att läkemedelspreparaten på marknaden i Finland är effektiva, trygga och högklassiga för användarna. I anslutning till Läkemedelsverket finns

Utvecklingscentralen för läkemedelsbehandling ROHTO. Den sammanställer och förmedlar information för att främja en rationell läkemedelsbehandling.

www.nam.fi www.rohto.fi

Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral (STTV)

verkar för att förebygga de skador som alkoholhaltiga ämnen, tobak och kemikalier kan förorsaka samt för att främja en sund och trygg livsmiljö.

www.sttv.fi

Strålsäkerhetscentralen (STUK)

övervakar kärnkraftverk, kärnmaterial och kärnavfall samt användningen av strålning och radioaktiva ämnen inom hälso- och sjukvården, industrin, forskningen och undervisningen.

www.stuk.fi

Försäkringsinspektionen (VTV)

övervakar och kontrollerar att försäkrings- och pensionsanstalterna är tillräckligt solventa, har lämpliga system för intern kontroll och riskhantering samt en tillförlitlig förvaltning.

www.vakuutusvalvonta.fi

Arbetshälsoinstitutet (TTL)

är en tvärvetenskaplig forsknings- och sakkunniginrättning som verkar för att främja arbets- och funktionsförmågan, totalhälsan och livskvaliteten hos landets befolkning i arbetsför ålder.

www.ttl.fi

Prövningsnämnden (TALK)

är en besvärsinstans av nämndtyp som kan jämföras med specialdomstolen för socialförsäkringsärenden.

Arbetslöshetsnämnden (TTLK) är en besvärsinstans av nämndtyp inom socialförsäkringen i ärenden som gäller utkomstskydd för arbetslösa.

www.stm.fi > Svenska > Kontakt > Nämnder och delegationer

Penningautomatföreningen (PAF)

samlar genom sin penningspelsverksamhet in medel för att stödja finländska social- och hälsoorganisationer.

www.ray.fi

Det finns flera självständiga inrättningar och ämbetsverk inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde. De producerar forskningsrön för arbetet vid ministeriet: för beredningen av lagstiftningen, för de social- och hälsovårdspolitiska utstakningarna och som grund för beslutsfattandet. En del av ämbetsverken är tillstånds- och tillsynsmyndigheter. Mer än 4 000 personer arbetar vid ämbetsverken och inrättningarna inom förvaltningsområdet.

■ SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET
Sjötullsgatan 8, HELSINGFORS
PB 33, FI-00023 STATSRADET,
FINLAND

Telefon (09) 16001
Telefax (09) 160 74126
www.stm.fi/svenska

Publikationer 2005:15

ISSN 1236-2050
ISBN 952-66-1838-7 (inh.)
ISBN 952-66-1839-5 (PDF)