

# TIIVISTELMÄ

Sosiaaliturvan suunta 2000-2001. Helsinki 2000. 114 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236-2050, 2000:22) ISBN 952-00-0908-6

Suomen sosiaaliturva on laaja ja kattava. Sosiaaliturvajärjestelmä takaa ansioon suhteutetun toimeentuloturvan lisäksi perustoimeentulon ja peruspalvelut koko väestölle. Suomen sosiaalimenot suhteutettuna bruttokansantuotteeseen olivat vuonna 1998 alle EU-maiden keskitason ja BKT-osuus on tämän jälkeen laskenut edelleen. Useimmissa EU-maissa sosiaaliturva ei ole yhtä kattava kuin Suomessa, mutta sosiaalimenot ovat suuremmat.

Taloudellisen laman aikana lähes kaikkia sosiaaliturvaetuuksia leikattiin ja määrärahoja palveluihin vähennettiin. Viime vuosina etuuksien taso on kehittynyt selvästi hitaammin kuin yleinen ansiotaso tai työn tuottavuus. Palveluiden laatu on noussut joidenkin huolen aiheeksi, erityisesti vanhusten hoidossa ja mielenterveyspalveluissa.

Kansantalouden kasvun myötä kuntasektorin taloudellinen tilanne on kohentunut. Kuntien väliset erot palveluissa ovat edelleen merkittäviä. Muuttoliike muuttaa kuntien väestörakennetta ja aiheuttaa erilaisia paineita kuntien menoihin. Työllisyys vaihtelee kunnittain ja lisääntyneet yritys- ja pääomaverotulot ovat kohdistuneet lähinnä korkean työllisyyden kuntiin, mikä on polarisoimassa Suomen hyviin ja huonosti menestyviin kuntiin.

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksessa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet muutettiin laskennallisiksi. Kunnilla on ollut vaikeuksia rahoittaa kalliita erityispalveluita kuten, pitkäaikaisia lastensuojelun laitossijoituksia ja psykiatrista hoitoa. Tämä on aiheuttanut painetta

lisätä korvamerkittyjä rahoituseriä sosiaali- ja terveystoimen palveluihin laskennallisen valtionosuuden lisäksi. Toinen vaihtoehto on nostaa laskennallisen valtio-osuuden tasoa ja ohjata normeilla voimavarojen käyttöä palvelujärjestelmän pahimpiin epäkohtiin.

## **Elatussuhde uhkaa jäädä korkealle tasolle**

Työllisyyden alentuminen ja laaja-alainen työttömyys heikensivät nopeasti elatussuhdetta 1990-luvun alkupuoliskolla. Perintönä 2000-luvulle on alhainen työllisyys ja korkea työttömyys sekä varhainen eläkkeelle siirtyminen ja nuorten pidentynyt opiskeluaika. Elatussuhde uhkaa jäädä pysyvästi verrattain korkeaksi. Elatussuhdetta voidaan kohentaa luomalla edellytyksiä jatkaa työelämässä nykyistä pidempään sekä ehkäisemällä pitkäaikaistyöttömyyttä ja vahvistamalla kaikkien kansalaisryhmien mahdollisuuksia sijoittua työelämään.

## **Terveydenhuollon menot alle EU-maiden keskitason**

Suomessa terveydenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 1998 alle EU-maiden keskitason sekä osuutena kansantuotteesta (6,9 %) että asukasta kohden laskettuna. Asukasta kohden menomme olivat 81 prosenttia EU-maiden keskiarvosta. Terveydenhuoltomme kokonaismenot kasvoivat 1980-luvulla reaalisesti 72 prosenttia. 1990-luvulla kasvu jäi lähes olemattomaksi.

Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitusrakenne muuttui 1990-luvulla. Kuntien saamaa valtionosuutta vähennettiin ja vastaavasti kuntien oma rahoitusosuus kasvoi. Samalla myös kotitalouksien maksama osuus nousi.

### **Yleinen terveydentila hyvä**

Väestön terveydentila on yleisesti ottaen hyvä. Elinajanodote nousee edelleen niin miehillä kuin naisilla ja ero naisten ja miesten elinajanodotteessa on hieman kaventunut. Tapaturma- ja väkivaltakuolleisuuden erot selittävät suuren osan sukupuolten elinajanennusteiden eroista. Miehillä alkoholin käyttöön liittyvien kuolemien yleisyys lyhentää heidän elinajanennustettaan naisiin verrattuna.

Kansanterveyden neuvottelukunta on valmistellut uutta terveystoimintapolitiikkaa, jonka lähtökohdina ovat terveyden tase, toimintakyky, kansalaisten vastuu, kestävä kehitys ja eri sektoreiden välinen yhteistyö. Väestön terveyden edistämiseksi tärkeitä tekijöitä ovat palvelujärjestelmän rinnalla muut terveyteen vaikuttavat seikat kuten koti, koulu, työelämä ja elinkeinoelämä. Terveyden tulisi olla yksi kaikkea päätöksentekoa ohjaava argumentti.

Suomessa arvioidaan olevan 30 000 huumeiden säännöllistä käyttäjää. Pääosa käyttäjistä on nuoria 20-30-vuotiaita. Suomessa huumeiden kokeilu ja käyttö on muuhun EU:hun verrattuna vielä vähäistä. Suomi kuuluu kuitenkin maihin, joissa kokeilukäyttö lisääntyy nopeasti. Aiemmin kokeilu rajoittui pääkaupunkiseudulle ja muihin suuriin kaupunkeihin, mutta se on laajentunut myös muualle maahan.

Psykiatristen sairaansijojen huomattava vähentäminen piti korvata lisäämällä avohoitopalveluja. Avohoidon palveluja onkin lisätty, mutta ei riittävässä määrin. Erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden tarjonta näyttää olevan selvästi tar-

vetta vähäisempi. Tilanteen korjaamiseksi lasten ja nuorten psykiatriaan on myönnetty lisämäärärahoja.

### **Hammashoito laajenee**

Vuoden 2001 huhtikuussa tulee voimaan hammashoidon uudistus. Sairausvakuutuksen hammashoidon korvaukset laajenevat aluksi 1946 ja sen jälkeen syntyneisiin. Samalla kuntien järjestämä hammashuolto laajenee vaiheittain. Vuoden 2002 joulukuussa ikäraajat poistuvat ja koko väestö on hammashuollon piirissä. Hammashuollon laajennus on tarkoitus rahoittaa pääosin olemassa olevin voimavaroin kohdentamalla kuntien hammashuollonpalvelut aiempaa tehokkaammin. Rutiinimaisista vuositarkastuksista luovutaan niiden kohdalla, joille riittää harvempi tarkastusväli.

### **Kuntoutukselle yhä suuremmat haasteet**

Kuntoutus on viime vuosina kohdistunut entistä useammin työelämässä oleviin yli 45-vuotiaisiin. Tähän ovat vaikuttaneet työssä pidempään pysymiseen kannustava työeläkeuudistus sekä ikääntyviin kohdistuneet Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoimenpiteet. Työeläkelaitosten järjestämän ammatillisen kuntoutuksen volyymi on kasvanut koko 1990-luvun. Työelämään palaamisen todennäköisyys on sitä suurempi mitä aikaisemmassa vaiheessa kuntoutus aloitetaan.

Vuoden 2000 alusta voimaan tulleen eläkeuudistukseen liittyi eläkelakien muutosten lisäksi myös muita työssä pysymistä tukevia toimenpiteitä. Tarkoituksena on asteittain toteuttaa työeläkejärjestelmässä vakuutettujen oikeus varhaiseen kuntoutustarpeen selvittelyyn. Kuntoutus on yksi aktiivisen sosiaalipolitiikan keinoista, joilla edistetään väestön työ- ja toimintakykyä.

2000-luvun alussa työikäisten kuntoutuksen haasteena ovat niin ikääntyvät vajaa-kuntoiset työntekijät, pitkäaikaistyöttömät,

sosiaalisesti syrjäytymisvaarassa olevat nuoret kuin vaikeasti vammaiset henkilöt. Kuntoutustarpeen taustalla on yhä useammin mielenterveys-, päihde- tai huumeongelmia.

### **Kuntouttava työtoiminta uusi palvelumuoto**

Etenkin vaikeasti työllistyvien nuorten saamiseksi mukaan työelämän on kehitetty kuntouttava työtoiminta. Tätä koskeva laki tulee voimaan syyskuussa 2001. Pitkäaikaistyöttömien ja työttömyyden vuoksi pitkään toimeentulotukea saaneiden asemaa parannetaan tiivistämällä työvoimahallinnon ja kuntien sosiaalitoimen välistä yhteistyötä. Asiakas, työvoimahallinto ja kunnan sosiaalitoimi laativat yhdessä asiakkaan aktivointisuunnitelman. Tämän pohjalta kunta järjestää uutena palveluna kuntouttavaa työtoimintaa osana sosiaalihuoltoa, johon alle 25-vuotias työtön työnhakija on velvollinen osallistumaan. 25 vuotta täyttäneille osallistuminen on vapaaehtoista.

### **Vammaisten ja vajaakuntoisten työllisyyttä edistetään**

Vammaisten ja vajaakuntoisten työllisyysaste on olennaisesti alempi kuin muun väestön. Huomattava osa työikäisistä vammaisista on kokonaan työelämän ulkopuolella. Vaikka yleinen työllisyystilanne on parantunut, vammaisten ja vajaakuntoisten työllisyystilanne on pysynyt vaikeana. Vajaakuntoisten osuus työttömistä työnhakijoista on suurentunut työllisyystilanteen kohentuessa. Vuonna 1999 joka kymmenes työnhakija oli vajaakuntoinen. Ikääntyneiden osuus vajaakuntoista työnhakijoista on kasvussa, mikä pidentää edelleen vajaakuntoisten työttömyysjaksoja.

Kuntoutusrahaki ja kansaneläkelaki muuttuivat 1.8.1999. Kaikille vajaakuntoisille 16- ja 17-vuotiaille nuorille turvattiin mahdollisuus ammatilliseen kuntoutukseen

ja aiempaa suurempaan kuntoutusraahan. Kuntoutusrahan saamisen ehtona on, että nuorelle on laadittu henkilökohtainen opiskelu- ja kuntoutumissuunnitelma. Uudistus on vähentänyt nuorten eläkkeelle siirtymistä.

Elokuussa 1999 tuli voimaan myös uudistus, joka antaa pelkkää kansaneläkelain mukaista työkyvyttömyyseläkettä saaville henkilöille mahdollisuuden jättää eläkkeensä lepäämään vähintään kuudeksi kuukaudeksi ja enintään kahdeksi vuodeksi työssäolon ajaksi. Uudistus ei ole vielä lisännyt työssäkäyntiä.

Vammaisten ja vajaakuntoisten työllistymisen esteiden poistamiseksi ja heidän työllisyysasteen nostamiseksi on selvityshenkilö tehnyt muutosehdotuksia työllisyyslakiin, sosiaalihuollon työllistämistehäviä koskeviin säännöksiin ja sosiaalivaikutuslainsäädäntöön. Myös erityisryhmien yrittäjyyden ja ns. sosiaalisten yritysten edistämiseksi on käynnistynyt useita hankkeita.

### **Työkyvyttömyyseläke ja työttömyyseläke edelleen työelämästä poistumisen reitteinä**

Yli 55-vuotiaiden työllisyysaste on nousut lähes samaa tahtia kuin nuorten työllisyysaste. Ikääntyneiden työllisyysasteen paraneminen johtuu ennen muuta heidän pysymisestään työelämässä. Ikääntyneen, työttömäksi joutuneen henkilön on edelleen vaikea löytää uutta työpaikkaa. Työttömäksi siirtyminen yleistyy 55. ikävuodesta lähtien. Tämän ns. työttömyyseläkeputken käyttö on edelleen yleisintä teollisuudessa ja rakennustoiminnassa.

Ikääntyneiden työllistymisvaikeudet korostavat tarvetta yhtäältä tukea työssä olevien ikääntyneiden työssä selviytymistä ja jakamista kehittämällä heidän työolojaan sekä järjestämällä riittävän varhaista kuntoutusta ja toisaalta tarvetta tehostaa toimia

työttömäksi joutuneiden henkilöiden pääsemiseksi takaisin työelämään. Eläkkeelle siirtyminen on keskeisin työelämästä poistumisen väylä 58. ikävuodesta alkaen.

### **Vammaisten palvelut lisääntyneet – palveluissa alueellisia eroja**

Vammaispalvelujen saajien määrä kasvoi koko 1990-luvun, samoin niiden järjestämiseen käytetyt menot. Vuodesta 1994 vuoteen 1998 vammaispalvelulain mukaisen palvelujen ja tukitoimien kustannukset kasvoivat reaalisesti yli kolmanneksella. Menoissa on huomattavia alueellisia eroja.

Kuntien kokoerojen takia on ollut vaikea arvioida, miten hyvin vammaispalvelujen tarjonta vastaa vammaisten tarpeita eri kunnissa. Vammaispalvelulain soveltamiskäytännöissä näyttäisi olevan merkittäviä kunnittaisia ja alueellisia eroja.

### **Vanhuspalveluihin laatusuositukset**

Kymmenen viime vuoden aikana vanhuspalvelujen rakenne on muuttunut ja palvelujen tarjonta suhteessa vanhusväestön määrään on supistunut selvästi. Kotipalveluja ja vanhainkotihoitoa kohdennetaan entistä iäkkäämmille ja heikkokuntoisimmille vanhuksille. Vanhainkotihoitoa on korvattu pääasiassa palveluasumisella. Vanhuspalveluihin käytetyt menot jäivät Suomessa huomattavasti alle muiden Pohjoismaiden tason. Uhkana on laiminlyödä ongelmien ennakoiminen, ehkäisy ja ratkaisu siinä vaiheessa, kun terveydentilan ja toimintakyvyn heikkeneminen eivät vielä aiheuta huomattavaa ja kallista avuntarvetta joka-päiväisessä elämässä.

Vanhusten itsenäisen suoriutumisen ja hyvän elämänlaadun edellytysten tukeminen vaativat laitoshoidon laadun kehittämisen lisäksi ehkäisevän ja kuntouttavan toiminnan vahvistamista sekä avopalvelujen lisäämistä ja monipuolistamista. Laadukkaiden palvelujen turvaamiseksi vanhuspolve-

luihin tarvitaan lisää ammattitaitoista ja vakinaista henkilöstöä.

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Stakes ovat aloittaneet vanhuspalvelujen valtakunnallisten laatusuosituksen laatimisen yhteistyössä muiden tahojen kanssa. Ensimmäiset suositukset annetaan vuoden 2001 alkupuolella. Suositukset kattavat sekä avo- että laitoshoidon.

### **Päivähoidon tarve vähenee**

Lähes kaikki kunnat ovat pystyneet järjestämään päivähoitopaikan kaikille sitä tarvitseville lapsille. Pienten lasten hoitojärjestelyt vaihtelevat lasten iän mukaan. Alle kolmevuotiaista lapsista suurin osa hoidetaan kotona kotihoidon tuella tai vanhempainrahalla ja vain joka neljäs lapsi on hoidossa kodin ulkopuolella. Kolme vuotta täyttäneistä lapsista kaksi kolmesta on kunnan järjestämässä päivähoitossa. Viime vuosina kunnat ovat supistaneet koululaisien iltapäivähoitopaikkoja selviytyäkseen alle kouluikäisten lasten päivähoitovelvoitteesta.

Päivähoidon tarve tulee vähenemään lähitulevaisuudessa, varsinkin haja-asutusalueiden kunnissa. Päivähoitopaikkojen lisätarve kohdistuu muuttoliikkeen seurauksena muutamaasi suuriin kaupunkeihin. Seuraavan viiden vuoden aikana alle kouluikäisten lasten lukumäärä pienenee väestöennusteiden mukaan noin 26 000 lapsella.

### **Tulokehitys epätasaista**

Kotitalouksien käytettävissä olevat reaalitytulot ovat viime vuosina kasvaneet ripeästi. Tulokehitys on kuitenkin ollut epätasaista. Suotuisinta tulokehitys on ollut tulojakauman yläpäässä. Suurituloisimman kymmenyksen reaalin käytettävissä oleva tulo kasvoi vuosina 1994-1998 keskimäärin runsaat 6 prosenttia vuodessa. Kahdessa pienituloisimmassa kymmenyksessä

tulojen reaalikasvu jäi samana ajanjaksona keskimäärin alle yhden prosentin vuodessa. Kotitalouksien välisiä tuloeroja ovat lisänneet omaisuustulojen tuntuva kasvu. Omaisuustulot keskittyvät suurituloisimmille kotitalouksille. Tulonsiirtojen tuloeroja taavoittava vaikutus on heikentynyt 1990-luvun puolivälistä alkaen. Osittain tämä johtuu työllisyyden kohentumisesta.

Talouden suotuisa kehitys on heijastunut työikäisten kotitalouksien tulokehitykseen. Erityisesti nuorimpien kotitalouksien tulot ovat kasvaneet. Nuorten kotitalouksien reaalitytulot olivat vuonna 1998 kuitenkin edelleen pienemmät kuin 1990-luvun alussa.

Vanhustalouksien käytettävissä olevat reaalitytulot ovat kasvaneet koko 1990-luvun. Eläkejärjestelmän kypsymisen myötä uusi-

en ikäluokkien eläkkeet ovat suurempia kuin aikaisempien. Tämä nostaa vanhustalouksien keskituloja. Jo eläkkeellä olleiden vanhustalouksien tulojen kehitys on ollut hitaampaa.

Työikäisten kotitalouksien tulokehitys eri perhetyypeissä on ollut tasaista. Poikkeuksen muodostavat yksinhuoltajat, joiden tulokehitys on viime vuosina jäänyt heikoksi. Yksinhuoltajatalouksien kiinnittyminen työmarkkinoille ei ole laman jälkeen edistynyt samalla tavoin kuin muiden ryhmien.

Suhteellisen köyhyysrajaan perustuva köyhyysaste on kasvanut 1990-luvun jälkipuoliskolla. Tämä johtuu lähinnä kotitalouksien yleisen tulotason noususta, joka kohottaa keskituloon perustuvaa suhteellista köyhyysrajaa.



## SAMMANDRAG

Sosiaaliturvan suunta 2000-2001 (Trender inom den sociala tryggheten 2000-2001). Helsingfors 2000. 114 s. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050, 2000:22) ISBN 952-00-0908-6

Den finländska sociala tryggheten är omfattande och täckande. Utöver det inkomstrelaterat utkomstskyddet säkerställer systemet för social trygghet en grundutkomst och basservice för hela befolkningen. År 1998 var socialutgifterna i förhållande till bruttonationalprodukten i Finland under EU-ländernas medelnivå nivå, och BNP-andelen har efter detta fortsatt att sjunka. I de flesta EU-länder är den sociala tryggheten inte lika täckande som i Finland, men socialutgifterna är större.

Under den ekonomiska lågkonjunkturen gjordes nerskärningar i nästan alla sociala förmåner och anslagen för service minskades. Nivån på förmånerna har de senaste åren utvecklats klart långsammare än den allmänna förtjänstnivån eller arbetets produktivitet. Kvaliteten på servicen har blivit ett bekymmer för medborgarna, särskilt vad gäller vården av äldre samt mentalvården.

I och med nationalekonomins tillväxt har kommunsektorns ekonomiska situation blivit bättre. Skillnaderna mellan kommunerna beträffande servicen är fortfarande stora. Flyttningsrörelsen ändrar på kommunernas befolkningsstruktur och förorsakar tryck på kommunernas utgifter. Sysselsättningen varierar från kommun till kommun och ökade företags- och kapitalkatteinkomster har främst gällt kommuner med hög sysselsättningsnivå, vilket håller på att polarisera Finland i kommuner som klarar sig bra och kommuner som klarar sig dåligt.

I samband med statsandelsreformen år 1993 ändrades kommunernas statsandelar för social- och hälsovården så att de grundar sig på kalkyler. Detta har lett till att kommunerna haft svårt att finansiera dyr specialservice, t.ex. långvarig placering på institution inom barnskyddet samt psykiatrisk vård. Detta har orsakat tryck för att utöver den kalkylerade statsandelen öka öronmärkta finansieringsandelar för social- och hälsovårdstjänster. Ett annat alternativ är att öka nivån på den kalkylerade statsandelen och med hjälp av normer styra resurserna för att användas till de största missförhållandena inom servicesystemet.

### **Underhållsförhållandet hotar att förbli på en hög nivå**

Det sämre sysselsättningsläget och en omfattande arbetslöshet försvagade snabbt underhållsförhållandet under andra hälften av 1990-talet. Låg sysselsättningsnivå och hög arbetslöshet liksom tidig pensionering och längre utbildningstid för unga utgör arv för 2000-talet. Underhållsförhållandet hotar att bestående bli på relativt hög nivå. Genom att skapa förutsättningar för att fortsätta i arbetslivet längre än för närvarande samt genom att förebygga långtid-sarbetslöshet och förbättra alla medborgargrupperns möjligheter att komma in i arbetslivet kan underhållsförhållandet förbättras.

## **Utgifterna för hälso- och sjukvården under EU-ländernas medelnivå**

I Finland var totalutgifterna för hälso- och sjukvården år 1998 under EU-ländernas medelnivå både beträffande andelen av nationalprodukten (6,9 %) och räknat per invånare. Våra utgifter var räknade per invånare 81 procent av EU-ländernas medelnivå. Totalutgifterna för vår hälso- och sjukvård ökade under 1980-talet reellt med 72 procent. På 1990-talet var tillväxten så gott som obefintlig.

Finansieringen av totalutgifterna för hälso- och sjukvården ändrades på 1990-talet. Statsandelen till kommunerna minskade och på motsvarande sätt ökade kommunernas egna finansieringsandel. Samtidigt ökade även den andel som hushållen står för.

## **Det allmänna hälsotillståndet är gott**

Befolkningens hälsotillstånd är allmänt taget gott. Den förväntade livslängden fortsätter att stiga såväl för män som kvinnor och skillnaden mellan mäns och kvinnors förväntade livslängd har blivit en aning mindre. Skillnaderna beträffande dödsfall på grund av olyckor eller våld förklarar största delen av skillnaderna i den förväntade livslängden mellan könen. För männens del är det den allmänna förekomsten av dödsfall i anslutning till alkoholbruk som förkortar deras förväntade livslängd jämfört med kvinnornas.

Folkhälsodelegationen har berett ett nytt hälsopolitiskt program, vars utgångspunkter är jämlikhet beträffande hälsa, funktionsförmåga, medborgarnas ansvar, hållbar utveckling och samarbete mellan olika sektorer. Vid främjandet av befolkningens hälsa är vid sidan av servicesystemet även andra faktorer som inverkar på hälsan viktiga, t.ex. hem, skola, arbetsliv och näringsliv. Hälsa borde vara ett argument som styr allt beslutsfattande.

Uppskattningsvis 30 000 personer använder regelbundet narkotika i Finland. Största delen är unga 20-30-åringar. I Finland är experimenterandet och bruket av narkotika ännu litet jämfört med övriga EU. Finland hör dock till de länder där bruket i experimentsyfte ökar snabbt. Tidigare begränsade sig experimenterandet till huvudstadsregionen och andra stora städer, men nu håller det på att sprida sig även till andra delar av landet.

En betydande minskning av psykiatriska vårdplatser skulle ersättas med ett ökat antal öppenvårdstjänster. Tjänsterna inom den öppna vården har också ökat, men inte i tillräckligt stor utsträckning. Särskilt utbudet på mentalvårdstjänster för barn och unga ser ut att vara klart mindre än behovet. För att rätta till situationen har tilläggsanslag beviljats för barn- och ungdomspsykiatri.

I april 2001 träder tandvårdsreformen i kraft. Sjukvårdsersättningarna för tandvård utvidgas först till att gälla personer födda år 1946 eller senare. I december 2002 slopas åldersgränsen. Den kommunala tandvården utvidgas på motsvarande sätt. Utvidgningen av tandvården finansieras huvudsakligen med befintliga resurser genom effektivare allokering av de kommunala tandvårdstjänsterna. Rutinmässiga årsgranskningar slopas för dem för vilka det räcker med längre granskningsintervaller.

## **Allt större utmaningar ställs på rehabiliteringen**

Rehabiliteringen har de senaste åren allt mera riktat sig till personer inom arbetslivet som fyllt 45 år. En bidragande orsak till detta har varit arbetspensionsreformen som uppmuntrar till att stanna längre i arbetslivet samt Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsåtgärder riktade till äldre. Volymen på den yrkesinriktade rehabilitering som arbetspensionsanstalterna anordnar har ökat under hela 1990-talet. Sannolikheten för att



återvända till arbetslivet är desto större i ju tidigare skede rehabiliteringen sätts in.

Till pensionsreformen som trädde i kraft från början av år 2000 hänförde sig, förutom ändringarna av pensionslagarna, även andra åtgärder som stöder arbetstagarna att hållas kvar i arbetslivet. Syftet är att gradvis genomföra rätten för dem som är försäkrade i arbetspensionssystemet att få en utredning av rehabiliteringsbehovet i ett tidigt skede. Rehabilitering är en av metoderna för aktiv socialpolitik, med vilka befolkningens arbets- och funktionsförmåga främjas.

En utmaning för rehabiliteringen av personer i arbetsför ålder är i början av 2000-talet såväl äldre handikappade arbetstagare, långtidsarbetslösa, unga som löper risk för att bli utslagna som gravt handikappade personer. Bakom rehabiliteringsbehovet finns allt oftare mentala problem samt rusmedels- och narkotikamissbruk.

### **Arbetsverksamhet i rehabiliterande syfte ny serviceform**

Arbetsverksamhet i rehabiliterande syfte har utvecklats för att få särskilt unga personer som är svåra att sysselsätta med i arbetslivet. En lag i anslutning till detta trädde i kraft i september 2001. Situationen för långtidsarbetslösa och personer som långvarigt får utkomststöd på grund av arbetslöshet förbättras genom ett bättre samarbete mellan arbetsförvaltningen och kommunernas socialväsande. Klienten, arbetsförvaltningen och kommunens socialväsande gör tillsammans upp en aktiveringsplan för klienten. Utgående från denna ordnar kommunen som en ny serviceform arbetsverksamhet i rehabiliterande syfte som en del av socialvården, i vilken en arbetslös arbetssökande som inte fyllt 25 år är skyldig att delta. För personer som fyllt 25 år är deltagandet frivilligt.

### **Sysselsättningsmöjligheterna för handikappade personer och begränsat arbetsföra personer främjas**

Sysselsättningsnivån för handikappade personer och begränsat arbetsföra personer är väsentligt lägre än för den övriga befolkningen. En stor del av de handikappade personerna i arbetsför ålder står helt utanför arbetslivet. Även om det allmänna sysselsättningsläget har blivit bättre, har sysselsättningssituationen för handikappade personer och begränsat arbetsföra personer förblivit svår. Andelen arbetslösa arbetssökande med något handikapp har blivit större i takt med att sysselsättningsläget blivit bättre. År 1999 hade var tionde arbetssökande begränsad arbetsförmåga. De äldres andel av handikappade arbetssökande ökar, vilket ytterligare förlänger arbetslöshetsperioderna för handikappade personer.

Lagen om rehabiliteringspenning och folkhälsolagen ändrades 1.8.1999. Alla 16-17 åriga handikappade unga garanterades en möjlighet till yrkesinriktad rehabilitering och en större rehabiliteringspenning än tidigare. Ett villkor för att få rehabiliteringspenning är att en personlig studie- och rehabiliteringsplan uppgörs för den unga. Revideringen har lett till att unga pensioneras i mindre utsträckning än tidigare.

En revidering som ger personer som enbart får invaliditetspension enligt folkpensionslagen en möjlighet att lämna pensionen vilande för minst sex månader och högst två år under den tid personen arbetar trädde även i kraft i augusti 1999. Revideringen har ännu inte ökat arbetandet.

För att avlägsna hindren för att handikappade och begränsat arbetsföra personer skall få arbete och för att höja sysselsättningsnivån för dem har en utredningsperson lagt fram förslag till ändring av sysselsättningslagen, bestämmelserna om socialvårdens sysselsättningsfrämjande uppgifter och socialförsäkringslagstiftningen. Även

flera projekt för att främja företagsverksamheten bland specialgrupper och för att främja s.k. sociala företag har påbörjats.

### **Invalidpension och arbetslöshetspension utgör fortfarande möjligheter att lämna arbetslivet**

Sysselsättningsnivån för personer som fyllt 55 år har stigit i nästan samma takt som sysselsättningsnivån för unga. Att sysselsättningsnivån för äldre blivit bättre beror framför allt på att de hållits kvar i arbetslivet. En äldre person som blir arbetslös har fortfarande svårt att få ett nytt arbete. Att välja arbetslösheten blir vanligare efter fyllda 55 år. Att använda sig av denna s.k. arbetslöshetspensionssluss är fortfarande vanligast inom industrin och byggnadsbranschen.

Äldre personers svårigheter att få arbete framhäver dels behovet av att stöda äldre personer som arbetar att klara sig i arbetet och ha bättre ork i arbetet genom att utveckla deras arbetsmiljö samt ordna rehabilitering i ett tillräckligt tidigt skede och dels behovet av att effektivisera åtgärderna för att få personer som blivit arbetslösa tillbaka till arbetslivet. Pensionering är den största orsaken till att personer som fyllt 58 år lämnar arbetslivet.

### **Tjänsterna för handikappade personer ökat – regionala skillnader i tjänsterna förekommer**

Antalet personer som anlitar tjänster för handikappade ökade under hela 1990-talet, likaså utgifterna för dessa tjänster. Från år 1994 till år 1998 ökade utgifterna för tjänster och stödåtgärder enligt lagen om service och stöd på grund av handikapp reellt med över en tredjedel. Stora regionala skillnader förekommer beträffande utgifterna.

På grund av skillnader i kommunernas storlek har det varit svårt att bedöma hur bra utbudet på tjänster för handikappade i de olika kommunerna motsvarar behovet. Det ser ut att finnas stora kommunala och regionala skillnader beträffande tillämpningen av lagen om service och stöd på grund av handikapp.

### **Kvalitetsrekommendationer för tjänsterna för äldre**

Under de senaste tio åren har äldrevårdens struktur ändrats och utbudet på tjänster i förhållande till den äldre befolkningen klart minskat. Hemservicen och vården på åldringshem riktas till allt äldre personer och äldre i allt sämre skick. Vården på åldringshem har huvudsakligen ersatts med serviceboende. Utgifterna för äldrevården är i Finland betydligt lägre än i de övriga nordiska länderna. Risken är att man låter bli att förutse, förebygga och lösa problemen i ett skede då en försämring i hälsotillståndet och funktionsförmågan ännu inte orsakar stora och dyra behov av hjälp i det dagliga livet.

För att stöda förutsättningarna för äldre personer att klara sig på egen hand och för en hög livskvalitet krävs det att kvaliteten på institutionsvården utvecklas och dessutom att den förebyggande och rehabiliterande verksamheten stärks och att den öppna servicen utökas och blir mångsidigare. För att säkerställa service av hög kvalitet behövs det mera yrkeskunnig och stadigvarande personal till äldrevården.

Social- och hälsovårdsministeriet och Stakes gör som bäst i samarbete med andra aktörer upp riksomfattande kvalitetsrekommendationer för tjänster för äldre. De första rekommendationerna ges i början av år 2001. Rekommendationerna täcker både den öppna vården och institutionsvården.

## **Dagvårdsbehovet minskar**

Nästan alla kommuner har kunnat ordna en dagvårdsplats för alla barn som behöver en sådan. Vårdarrangemangen för små barn varierar med barnens ålder. De flesta barn under tre år sköts hemma med hjälp av stödet för hemvård av barn eller föräldrapening och endast vart fjärde barn vårdas utanför hemmet. Av de barn som fyllt tre år har två av tre en dagvårdsplats ordnad av kommunen. De senaste åren har kommunerna minskat på eftermiddagsvården för skolelever för att klara av dagvårdsförpliktelsen beträffande barn under skolåldern.

Behovet av dagvård kommer att minska under den närmaste framtiden, särskilt i kommuner i glesbygdsområden. Som en följd av flyttningsrörelsen riktar sig det ökade behovet av dagvårdsplatser till stora städer. Enligt befolkningsprognosen kommer antalet barn under skolåldern att minska med cirka 26 000 barn under de närmaste fem åren.

## **Ojämn inkomstutveckling**

Hushållens disponibla realinkomster har de senaste åren ökat snabbt. Inkomstutvecklingen har dock varit ojämn. Inkomstutvecklingen har varit mest gynnsam i övre ändan av inkomstfördelningen. Den reella disponibla inkomsten för den tiondel som har de högsta inkomsterna ökade åren 1994-1998 med i genomsnitt dryga 6 procent per år. För de två tiondelar med de lägsta inkomsterna blev inkomsternas realökning under samma period i genomsnitt under en procent per år. En kännbar ökning av kapitalinkomsterna har ökat inkomstskillnaderna mellan hushållen. Kapitalin-

komsterna koncentrerar sig till hushållen med de högsta inkomsterna. Inkomstöverföringarnas utjämnande inverkan på inkomstskillnaderna har blivit mindre från mitten av 1990-talet. Detta beror delvis på att sysselsättningsläget blivit bättre.

Ekonomins gynnsamma utveckling har avspeglat sig i inkomstutvecklingen för hushåll som består av personer i arbetsför ålder. Särskilt de yngsta hushållens inkomster har ökat. De unga hushållens realinkomster var år 1998 dock fortfarande lägre än i början av 1990-talet.

De disponibla realinkomsterna för hushåll som består av äldre personer har ökat under hela 1990-talet. I takt med att pensionssystemet mognat är de nya åldersklassernas pensioner större än de tidigare åldersklassernas. Detta höjer medelinkomsterna för hushåll som består av äldre personer. Inkomstutvecklingen för de hushåll som består av pensionärer har varit långsammare.

Inkomstutvecklingen för hushåll som består av personer i arbetsför ålder har varit jämn beträffande de olika familjetyperna. Ett undantag utgör ensamförsörjare, vars inkomstutveckling varit svag de senaste åren. Hushållen som består av ensamförsörjare har inte lyckats komma in på arbetsmarknaden efter lågkonjunkturen på samma sätt som de andra grupperna.

Fattigdomsgraden som grundar sig på den relativa fattigdomsgränsen har stigit under andra hälften av 1990-talet. Detta beror främst på att den allmänna inkomstnivån för hushållen har stigit, vilket höjer den relativa fattigdomsgränsen som grundar sig på medelinkomsten.



## ESIPUHE

Vaikka Suomen taloudelliset lähtökohdat näyttävät hyviltä vuodelle 2001, on koko yhteiskunnan kannalta huolestuttavaa pitkäaikaistyöttömyyden aiheuttaman syrjäytymisen pysyvyys. Yhteiskunnan suhteelliset panostukset sosiaalisten ja terveydellisten epäkohtien vähentämiseen ovat pienentyneet. Vuonna 1998 Suomen sosiaalimenojen BKT-osuus oli laskenut alle Euroopan Unionin keskimääräisen tason ja asukaskohtaiset sosiaalimenomme ovat jäsenmaiden kuudenneksi alhaisimmat. Palveluiden laatu on kohonnut kansalaisten huolen aiheeksi. Erityisesti kaikkein heikoimmassa asemassa olevien palvelut, kuten vanhusten ja mielenterveyspotilaiden palvelut, ovat puhuttaneet. Myös joidenkin etuuskien taso on ollut esillä.

Sosiaaliturvajärjestelmä ja koko julkinen talous ovat viime vuosina sopeuttaneet resurssinsa väestön ikääntymisen aiheuttamiin lisäkustannuksiin sekä mahdolliseen taloudelliseen taantumaa. Tällainen politiikka on pitkäjänteisyydessään perusteltua. On kuitenkin varottava tekemästä lyhytnäköisesti ylisuuria leikkauksia, koska hyvinvointipolitiikan aliresursoinnilla on sosiaalisia ja terveydellisiä seuraamuksia, jotka lisäävät tarpeettomasti sosiaaliturvan ja myös julkistalouden kustannuksia jo muuttaman vuoden kuluttua.

Helsinki, joulukuu 2000

Kari Välimäki  
Ylijohtaja, osastopäällikkö

Rakenteelliset ongelmat työmarkkinoilla ovat edelleen ilmeisiä. Sosiaalipolitiikan lähivuosien keskeisenä tavoitteena tulee olla paitsi työelämän hyvinvoinnin parantaminen myös pitkäaikaistyöttömyyden katkaiseminen sekä ikääntyneiden ja nuorten työllisyysasteen kohottaminen. Tavoitteen saavuttaminen edellyttää hyvin toimivaa palvelujärjestelmää - eri viranomaisten välistä yhteistyötä, mutta myös riittäviä voimavaroja. Palvelujen järjestämisessä tarvitaan selvästi tukea kuntien alueelliselle yhteistyölle.

Tässä raportissa on pyritty nostamaan esille asioita, jotka ovat todennäköisesti tulossa sosiaali- terveyspoliittiseen keskusteluun lähivuosina. Palveluosiossa käsitellään yksityisen sektorin roolia sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannossa, terveyspalvelujen mahdollisia uudenlaisia rahoitusmalleja sekä sairaala- ja lääkäripalveluiden eri korvausperusteita.

Sosiaaliturvan suunta -julkaisusta vastaa pääasiassa sosiaali- ja terveysministeriön talous- ja suunnitteluosasto. Julkaisun tekemiseen osallistuneet asiantuntijat on lueteltu seuraavalla sivulla.



## SOSIAALITURVAN SUUNTA 2000-2001 ASiantuntijat

Finanssisihteeri Tiina Heino  
Neuvotteleva virkamies Raimo Jämsén  
Erikoistutkija Ilari Keso  
Neuvotteleva virkamies Arto Koho  
Finanssisihteeri Lars Kolttola  
Apulaisosastopäällikkö Rolf Myhrman  
Finanssisihteeri Arto Mynttinen  
Ylitarkastaja Anne Raassina  
Neuvotteleva virkamies Juho Saari  
Finanssisihteeri Arto Salmela  
Erikoistutkija Pekka Sirén  
Erikoistutkija Riitta Sääntti

Raportin laatimista johti apulaisosastopäällikkö *Rolf Myhrman*. Toimitustyöstä vastasi finanssisihteeri *Tiina Heino*. Laskentasihteeri *Aila Malenius* viimeisteli kuvat. Julkaisun ulkoasun suunnitteli ja toteutti julkaisusihteeri *Heli Ulmanen*.





## Sisällysluettelo

<b>1. SOSIAALITURVAN TALOUS JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Elatussuhteen kehitys .....	1
1990-luvun taloudellinen perintö .....	2
Pääomatulojen osuus kansantulosta kasvanut .....	3
Rakennetyöttömyyden alentuminen kangertelee .....	4
1.2. Sosiaalimenojen kehitys .....	6
Sosiaalimenojen kansainvälinen vertailu vaikeaa .....	7
1.3. Sosiaalimenojen rahoitus .....	9
1.4. Julkisen sektorin kehitys ja sosiaalipolitiikka .....	11
Vuoden 2001 talousarvioesitys .....	11
Kunnallistalous .....	13
Valtion rahoitusosuus sosiaali- ja terveydenhuoltoon .....	14
1.5. Sosiaaliturvaan kohdistuvat kansainväliset paineet .....	15
<b>2. SOSIAALIMENOT KOHDERYHMITÄIN.....</b>	<b>17</b>
2.1. Sairaus ja terveys .....	19
Yleinen terveydentila hyvä .....	19
Terveystilan eriarvoisuus haasteena .....	20
Päihdehaitat lisääntyneet .....	20
Varhainen puuttuminen ensiarvoista huumeongelman hoidossa .....	20
WHO:n arvio terveydenhuollon tilasta kritiikin kohteena .....	21
Terveyspalvelujen saatavuus vaihtelee .....	21
Hammashuolto laajenee vähitellen koko väestöön .....	21
Laboratoriotutkimusten tuottamista ja kustannuksia selvitetään .....	22
Suomen terveydenhuollon menot alle EU-maiden keskitason .....	22
Lääkemenot kasvavat jälleen nopeasti .....	22
Kotitalouksien maksama osuus kasvanut, maksuille katto .....	23
Terveysmenojen rahoitus .....	24
2.2. Toimintarajoitteisuus .....	25
Toimintarajoitteisuuden aiheuttamissa menoissa ei suuria muutoksia .....	25
Vammaisten ja vajaakuntoisten matala työllisyysaste lisää sosiaaliturvamenoja .....	26
Vammaisten työllisyyttä koskevia selvityshankkeita .....	27
Kuntoutus aktiivisen sosiaalipolitiikan keinona .....	28
Työkyvyttömyyseläke ja työttömyyseläke työelämästä poistumisreitinä .....	30
Mielenterveyden häiriöt yhä useammin työkyvyttömyyseläkkeen syynä .....	31
Vammaisten palvelut lisääntyneet – palveluissa alueellisia eroja .....	33
Osassa kunnista ei lainkaan henkilökohtaisia avustajia .....	36
Syrjinnän ehkäisy ja esteettömyys avainasemassa .....	37
Toimintarajoitteisuusmenojen rahoitus .....	37
2.3. Vanhuus .....	39
Vanhuus suurin sosiaalimenoerä .....	39
Iäkkäiden toimintakyvyn kehitys .....	40
Avopalveluja tarvitaan lisää .....	41
Painopisteiksi ehkäisevä ja kuntouttava toiminta sekä laatu .....	44
Laatusuosituksien tulossa .....	45
Vanhuusmenojen rahoitus .....	46
2.4. Leskien ja muiden omaisten sosiaaliturva .....	48

Valtaosa perhe-eläkkeen saajista iäkkäitä naisleskiä .....	48
Rahoitus .....	50
2.5. Perheet ja lapset .....	51
Lapsilisien ja päivähoidon kautta eniten tukea lapsiperheille .....	51
Alle kolmevuotiaat hoidetaan pääasiassa kotona, isommat päivähoitossa .....	54
Päivähoidon tarve vähenee .....	54
Koululaisten iltapäivähoitoa vähennetty .....	57
Päivähoidon maksuihin muutoksia .....	57
Lasten kotihoidon tuen käytössä ei suuria muutoksia .....	57
Yksityisen hoidon tuen käyttö kasvanut edelleen .....	57
6-vuotiaille subjektiivinen oikeus esiopetukseen vuonna 2001 .....	58
Työryhmä ei nähnyt tarvetta lasten päivähoidon kuntatason hallintomuutokseen .....	59
Kokemuksia lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmästä .....	59
Lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pääsy nopeutuu .....	60
Myös 17-vuotiaille lapsilisää? .....	61
Perherakenteet muuttuvat – tarvitaanko lainsäädännöllisiä muutoksia? .....	61
Perhepoliittisten menojen rahoitus .....	62
2.6 Työttömyys .....	64
Työllisyysasteen nostossa onnistuttu .....	64
Iäkkäiden työttömyys ja toistuvaistyöttömyys ongelmana .....	64
Työttömyysmenot kasvavat vuonna 2001 .....	65
Etuuksiin on tehty muutoksia eläkkeelle siirtymisen myöhentämiseksi .....	66
Aktiivinen sosiaalipolitiikka ja kuntouttava työtoiminta .....	68
Karenssit yleisimpiä perusturvaa saaneille .....	70
Työttömyyspäivärahat nousseet ansiotasoa hitaammin .....	70
Työttömyysmenojen rahoitus .....	71
2.7. Asumisen tukeminen .....	72
Asumismenot nousseet muita kustannuksia nopeammin .....	72
Asumisen tuki vähentynyt .....	73
Asumisen tuki tarpeeseen .....	74
Asumistukien rahoitus .....	76
2.8. Toimeentulotuki .....	77
Toimeentulotuen saajat vähentymässä hitaasti .....	77
Toimeentulotukilain uudistuksen seuranta .....	77
Ehkäisevän toimeentulotuen lisääminen .....	78
Toimeentulotuen rahoitus .....	78
<b>3. SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT .....</b>	<b>80</b>
3.1. Tavoite- ja toimintaohjelman toteutus alkanut .....	80
3.2. Palvelujen tuotanto .....	80
Kilpailun esteiden vähentäminen .....	81
HUS aloitti toimintansa .....	82
Laatusuosituksien tulossa .....	82
Tietoteknologia tarjoaa uusia mahdollisuuksia ja vaatii uusia yhteistyömalleja .....	82
3.3. Terveyspalvelujen eri rahoitustavat .....	83
Julkisen rahoituksen osuudet lähentymässä .....	83
Asiakasmaksupolitiikka korostunut Suomessa .....	84
Tilimallit kokeilussa muissa maissa .....	85
Vakuutusturva luo tarpeetonta käyttöä .....	86
Hoitovakuutuksia kokeillaan .....	86

JYY-malleihin kiinnostusta .....	87
Euroopan investointipankki myös terveydenhuollon investointien rahoittajaksi .....	87
Muu EU-rahoitus.....	88
Useita lähteistä tapahtuvan rahoituksen haitat .....	88
3.4. Sairaaloiden korvausperusteet muuttuneet – vertailut vaikeita .....	88
3.5. Lääkäri työn korvaamisperusteet .....	89
3.6. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman jaksaminen, osaaminen ja riittävyys.....	91
3.7. Kokeilu- ja kehittämistoiminta .....	92
<b>4. TULONJAKO .....</b>	<b>94</b>
Tuloerot kasvaneet nopeasti .....	94
Tulokehitys epätasaista .....	94
Omaisuuksien tulot kasvattaneet tuloeroja .....	95
Riippuvuus tulonsiirroista edelleen suuri.....	95
Tulokehitys eri ikäryhmissä .....	95
Eläkkeensaajien tulokehityksen vertailu pulmallista .....	97
Yksinhuoltajien tulokehitys vaatimatonta.....	98
Köyhyysaste kasvussa .....	99
Tuloerot kansainvälisesti verrattuna .....	102
<b>LIITTEET .....</b>	<b>105</b>



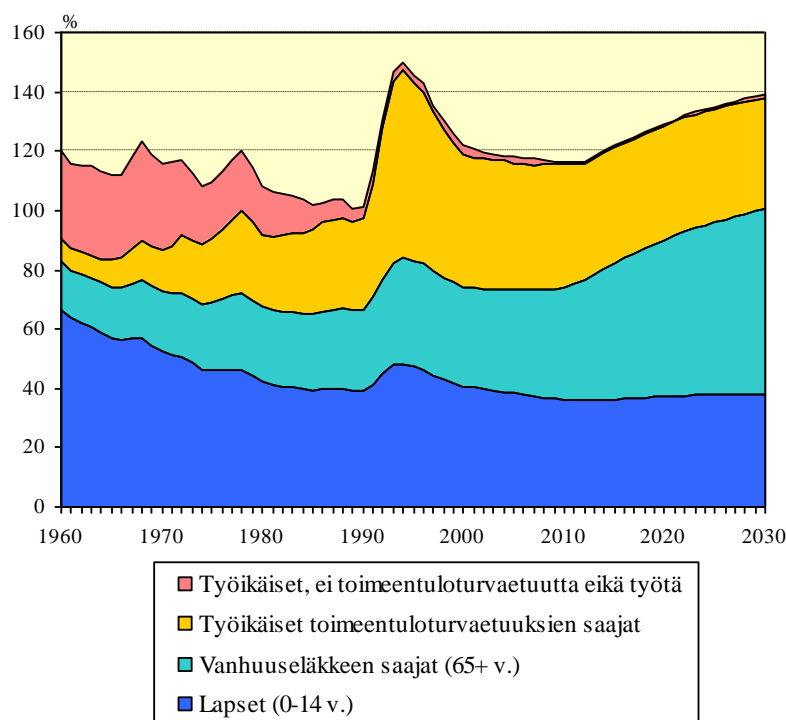
# 1. SOSIAALITURVAN TALOUS JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ

## 1.1. Elatussuhteen kehitys

Elatussuhteen kehitys on sosiaaliturvan talouden merkittävin haaste tulevina vuosikymmeninä. Elatussuhde kuvaa sitä, kuinka monen henkilön toimeentulo on riippuvainen yhden työllisen aikaansaamasta tuotoksesta. Työllisyyden alentuminen ja laaja-alainen työttömyys heikensivät elatus-

suhdetta 1990-luvun alkupuoliskolla. Toimeentuloturvajärjestelmään kohdistuu suuria paineita, sillä 1990-luvulta lähtien lähes jokainen 18 vuotta täyttänyt, joka ei ole ansiotyössä, on oikeutettu johonkin toimeentulon turvaavaan etuuteen.

**Kuvio 1.** Elatussuhde ja sen komponentit: Kehitys vuosina 1960-1998 sekä projektiio vuoteen 2030.



Elatussuhteeseen vaikuttaa ikärakenteen kehitys. Aina vuoteen 1990 asti työikäisen väestön osuus koko väestöstä kohosi. Lasten osuus aleni ja vanhusten osuus väestöstä kasvoi, mutta hitaasti. Väestöennusteiden mukaan vanhusväestön osuus kasvaa nopeasti vuoden 2010 jälkeen sodanjälkeisten suurten ikäluokkien siirtyessä tai siirtyttyä eläkkeelle sekä eliniän pidentyessä. Tulevina vuosikymmeninä lasten väestöosuuden oletetaan säilyvän vakaana, mutta verrattain alhaisella tasolla.

Elatussuhdetta heikentää edelleen alhainen työllisyysaste ja korkea työttömyys sekä varhainen eläkkeelle siirtyminen. Yli 55-vuotiaiden työllisyysaste on yksi OECD-maiden alhaisimpia. Vain joka kolmas tästä ikäluokasta on työllinen. Elatussuhdetta voidaan kohentaa luomalla edellytyksiä ihmisten jatkamiselle työelämässä nykyistä pidempään sekä ehkäisemällä pitkäaikais-työttömyyttä.

## 1990-luvun taloudellinen perintö

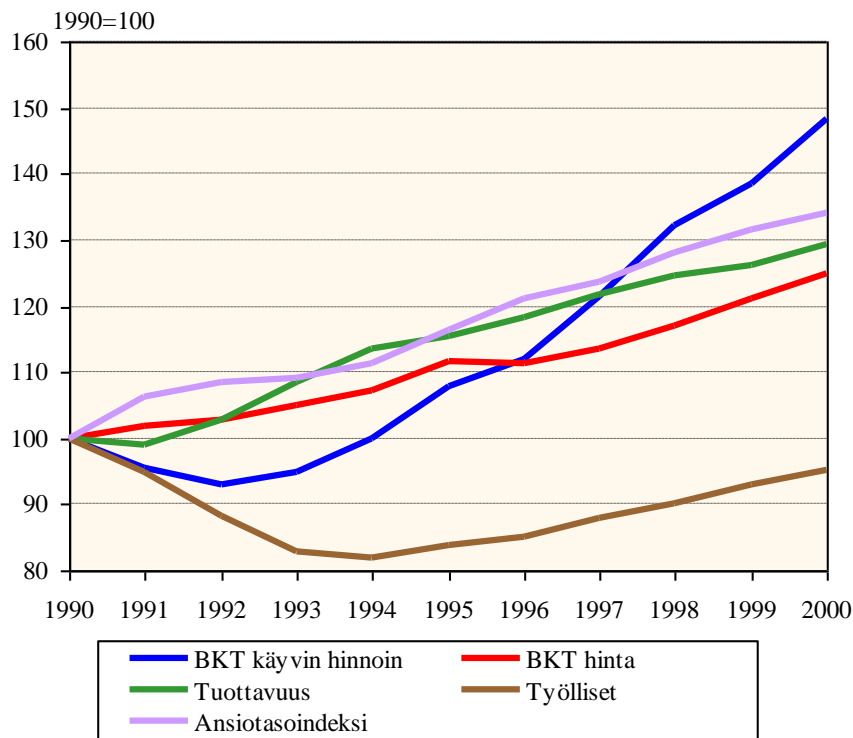
Suomi liittyi vuonna 1995 Euroopan unioniin. Euroopan talous- ja rahaliitto (EMU) aloitti toimintansa 1.1.1999. Talous- ja rahaliiton muodostavat yksitoista Euroopan unionin viidestätoista jäsenmaasta. EMU:n toiminnan keskiössä ovat sisämarkkinat neljine vapauksineen – tavaroiden, palveluiden, työvoiman ja pääoman vapaa liikkuminen. Talous- ja rahaliitossa korostuvat kilpailutekijät, kuten esimerkiksi työntekijöiden osaaminen ja yrittäjätaidot. Rakennepolitiikka sosiaali- ja terveystaloudella mukaan lukien on jäsenvaltioiden vastuulla.

Suomi on selviytynyt 1990-luvun alkupuolen taloudellisesta lamasta saneeraamalla taloutensa ja vahvistamalla yritysten vakavaraisuutta. Näiden saavuttamista ovat edistäneet maltilliset tulopoliittiset ratkaisut ja 1990-luvulla toteutetut yritysverou-

distukset. Julkisen talouden vakauttamista ovat vahvistaneet sosiaalimenojen leikkaukset. Talouden kilpailukyvyn palauttamisen hintana on ollut työllisyyden voimakas alentuminen. Työllisyys oli heikoimmillaan vuonna 1994. Vuonna 2000 työllisyys ei ollut vielä palautunut vuoden 1990 tasolle. Määrällisesti bruttokansantuote palautui vasta vuonna 1996 vuoden 1990 tasolle (Kuvio 2).

1990-lukua leimasi säännöstelyn purku monilla aloilla, kuten tele-alalla, liikenteessä ja sähkötuotannossa sekä laajat järjestelyt pankki- ja vakuutussektorilla. Kilpailun lisääntyminen on kohottanut tuottavuutta ja pitänyt hintakehityksen maltillisena. Kansainvälisten pääomaliikkeiden vapautuessa yritykset ovat olleet pakotettuja vahvistamaan tulostaan riskirahan saamiseksi pääomamarkkinoilta. Tämä on näkynyt työn tuottavuuden kehittymisenä reaali-palkkoja nopeammin.

**Kuvio 2.** Talouden sopeutuminen 1990-luvun alun taloudelliseen lamaan

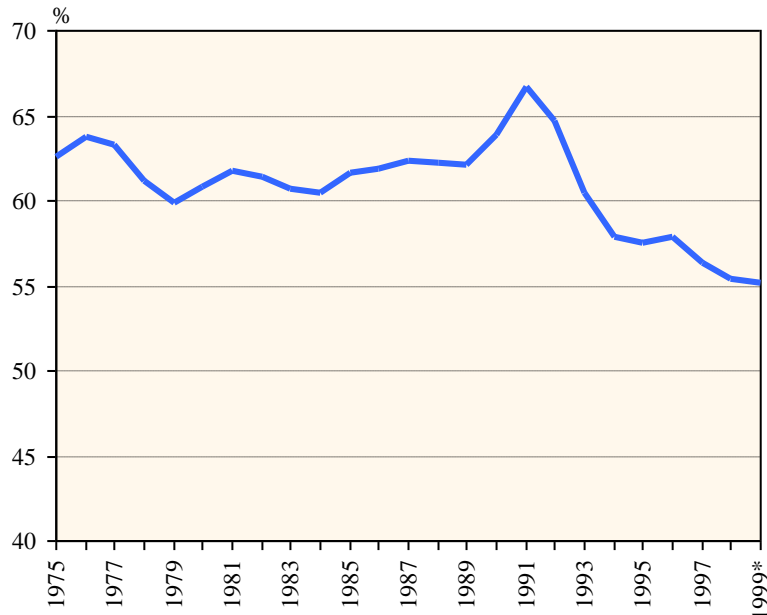


### Pääomatulojen osuus kansantulosta kasvanut

Funktionaalinen tulonjako muuttui 1990-luvulla selvästi pääomatulojen hyväksi. Palkkojen ja työnantajan sosiaaliturvamaksujen osuus arvonlisäyksestä on laskenut 10 prosenttiyksikköä, 55 prosenttiin. Vi-

meksi palkansaajakorvausten osuus oli yhtä alhainen 1950-luvulla. (Kuvio 3). Funktionaalisen tulonjaon muutokseen vaikuttaa alhaisen työllisyyden ja korkean tuottavuuden ohella vuoden 1993 yritysverouudistus. Se laajensi oleellisesti yritysveropohjaa samalla kun yritysverokantaa alennettiin.

**Kuvio 3.** Funktionaalisen tulonjaon kehitys vuosina 1975-1999<sup>1)</sup>



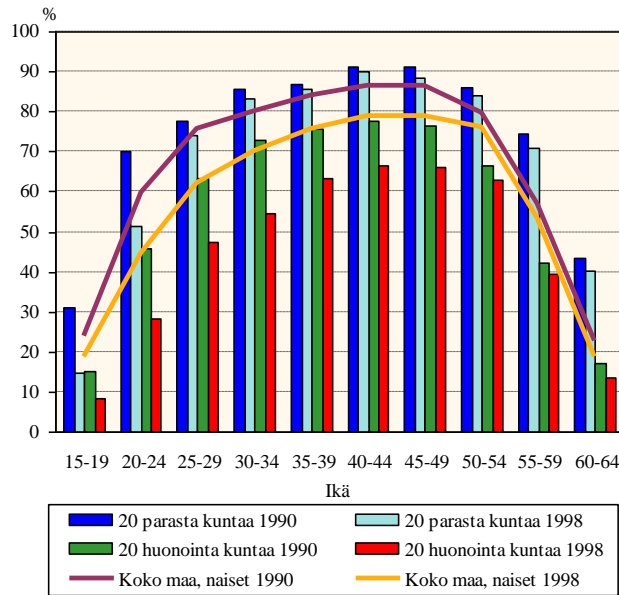
<sup>1)</sup> Palkkojen ja työnantajan sosiaaliturvamaksujen osuus perushintaisesta bruttoarvonlisäyksestä

Funktionaalisen tulonjaon muutos vaikuttaa sosiaalimenojen rahoitukseen, sillä sosiaalivakuutus perustuu palkoista perittäviin sosiaaliturvamaksuihin. Työllisyyden alentuessa on maksupohjaa laajennettava ja maksuperusteita korotettava entisen suuruisen tulorahoituksen saamiseksi. Huomattava osa maksettavista sosiaalietuuksista riippuu palkkakehityksestä. Sosiaali- ja terveystulot sekä viimesijainen tuki perustuvat pääosin verorahoitukseen.

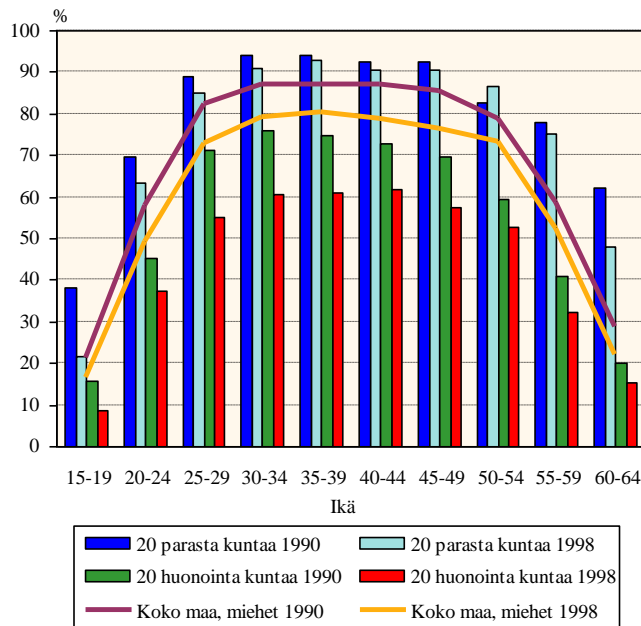
Verotulojen osuus bruttokansantuotteesta on säilynyt muuttumattomana 1990-luvulla, mutta lisääntyneet yritys- ja pääomaverot ovat kohdistuneet lähinnä korkean työllisyyden kuntiin. Suomi on polarisoitumassa korkean ja matalan työllisyyden kuntiin. Hyvin menestyneissä kunnissa työllisyysasteet ovat palautuneet lähes kaikissa ikäryhmissä vuoden 1990 tasolle. Vain ikäryhmissä 15-19-vuotiaat ja 60-64-vuotiaat työllisyysaste on jäänyt selvästi alhaisemmalle tasolle (Kuvio 4).

**Kuvio 4.** Työllisyysasteet ikäryhmittäin kahdessakymmenessä parhaassa ja huonoimmassa kunnassa vuosina 1990 ja 1998

#### Naiset



#### Miehet



#### Rakennetyöttömyyden alentuminen kangertelee

Vuonna 1999 työttömiä oli keskimäärin 261 000 (10,2 %). Määrä aleni edellisestä vuodesta 22 000 henkilöllä. Työttömyyden alueellisessa kehityksessä ei ole tapahtunut tasoittumista. Pohjois- ja Itä-Suomessa ja

myös monissa Keski-Suomen kunnissa työttömyys on selvästi maan keskiarvon yläpuolella. Pitkäaikaistyöttömiä oli vuonna 1999 keskimäärin 98 000. Pitkäaikaistyöttömien määrä väheni suhteellisesti nopeammin kuin työttömyys keskimäärin. Toistuvais- ja pitkäaikaistyöttömien sekä ikääntyvien työttömien joukossa on ryh-



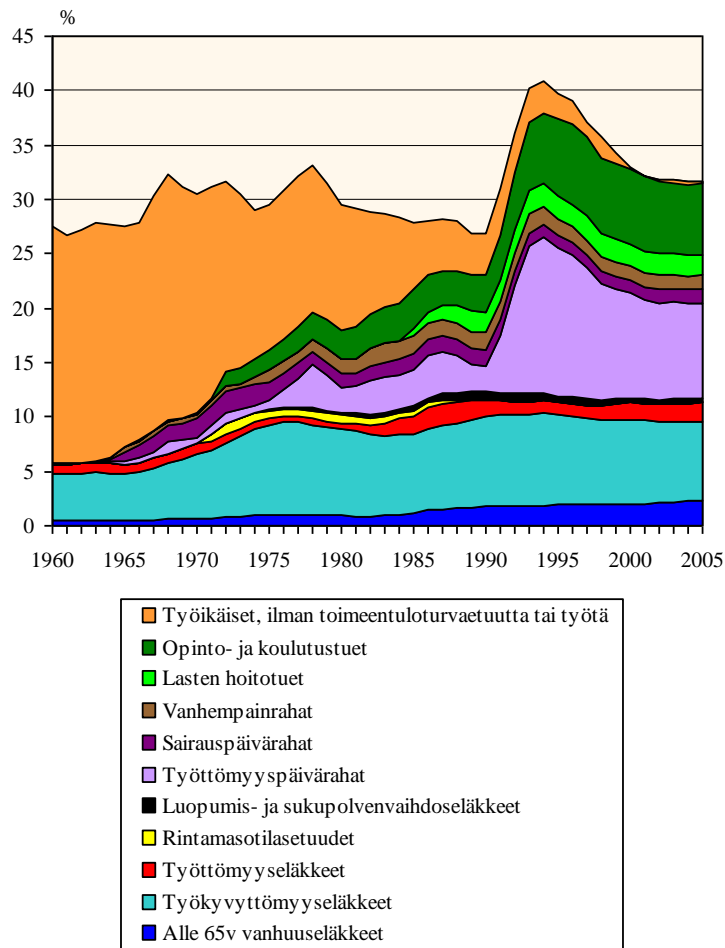
miä, joiden työllistyminen ei tavanomaisin talous- ja työvoimapolitiikan keinoin onnistu. Alle 25-vuotiaiden aktivoimiseksi on kehitetty kuntouttava työtoiminta, joka käynnistyy syyskuun alusta vuonna 2001.

Työttömyys on lisännyt sosiaaliturvatuuk-sien tarvetta ja käyttöä 1990-luvun aikana. Ryhmä 'ilman jotakin toimeentuloturva-etuu-tta tai työtä' on hävinnyt kokonaan tul-taessa vuoteen 2000 (Kuvio 5). Työttö-myys on pääsyy useamman etuuden sa-manaikaiselle ja pitkäaikaiselle käytölle. Sosiaaliturvatuudet, joiden tarkoituksena on auttaa yksilöitä ja perheitä tilapäisissä riskitilanteissa, ovat joissain tapauksissa

muodostuneet pitkäaikaiseksi toimeentulon lähteeksi. Taloudellinen lama kohotti tun-tuvasti myös opinto- ja koulutustuen saaji-en määriä. Määrät ovat jääneet 1980-lukuun verrattuna korkeiksi.

Taloudellisen tilanteen kohennettua ja työt-ömyyden vähennyttyä, toimeentuloturva-etuuksien tarve on vähitellen kääntynyt laskuun. Pitkäaikainen työttömyys ja tois-tuvaistyöttömyys ovat koetelleet eritoten vanhimpia työkäisiä. Tämä on lisännyt siirtymistä ennaaikaiselle eläkkeelle, lähinnä työttömyyseläkkeelle. Samalla työ-kyvyttömyyseläkeläisten määrä on vähen-tynyt.

**Kuvio 5.** Työkäisten etuudensaajien osuus työkäisestä (15-64 v.) väestöstä vuosina 1960-2005, %

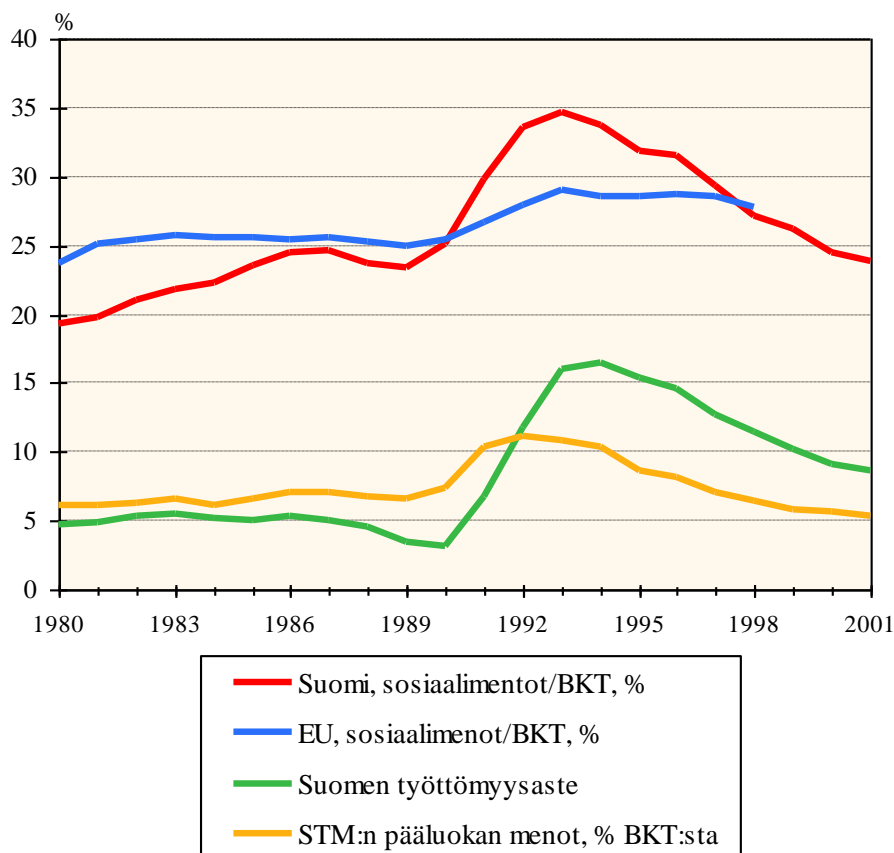


## 1.2. Sosiaalimenojen kehitys

Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen on laskenut nopeasti vuoden 1993 jälkeen tehtyjen säästöpäätösten sekä bruttokansantuotteen nopean kasvun seurauksena. Vuonna 2000 sosiaalimenojen arvioidaan olevan 193 miljardia markkaa eli 24,5 prosenttia bruttokansantuotteesta. Vuoteen 1999 verrattuna sosiaalimenot kasvavat 8,0 miljardia markkaa. Lisäys aiheutuu pääosin eläke- ja terveysmenojen kasvusta. Reaalisesti sosiaalimenot kasvavat 2,3 prosenttia vuonna 2000, mikä on selvästi BKT:n reaalikasvua hitaampaa. Sosiaalimenojen kansantuoteosuus supistuu edelleen 23,9 prosenttiin vuonna 2001. Sosiaalimenojen kansantuoteosuus on palautunut ennen lamaa vallinneelle tasolle ja jopa sen alle (Liite 1, Kuvio 6).

Valtion talousarvioesityksessä sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan menot pienenevät nimellisesti vuonna 2000, mutta kasvavat vuonna 2001. Kasvu johtuu lähinnä kunnille annettavien sosiaali- ja terveystoimen valtionosuuksien lakisääteisistä tarkistuksista sekä eläketuloa saavien sairausvakuutusmaksun alentamisesta, kansaneläkkeen tasokorotuksesta ja etuuksien indeksikorotuksista. Hallinnonalan menot muodostavat vuonna 2001 vain vajaan neljänneksen kaikista sosiaalimenoista, kun osuus oli lähes kolmannes 1990-luvun alussa. Bruttokansantuotteeseen suhteutettuna hallinnonalan osuus on laskenut vastaavana aikana 11 prosentista viiteen. (Kuvio 6)

**Kuvio 6.** Sosiaalimenot Suomessa ja keskimäärin EU-maissa, STM:n pääluokan budjettimenot suhteessa BKT:seen ja työttömyysaste Suomessa vuosina 1980-2001, %

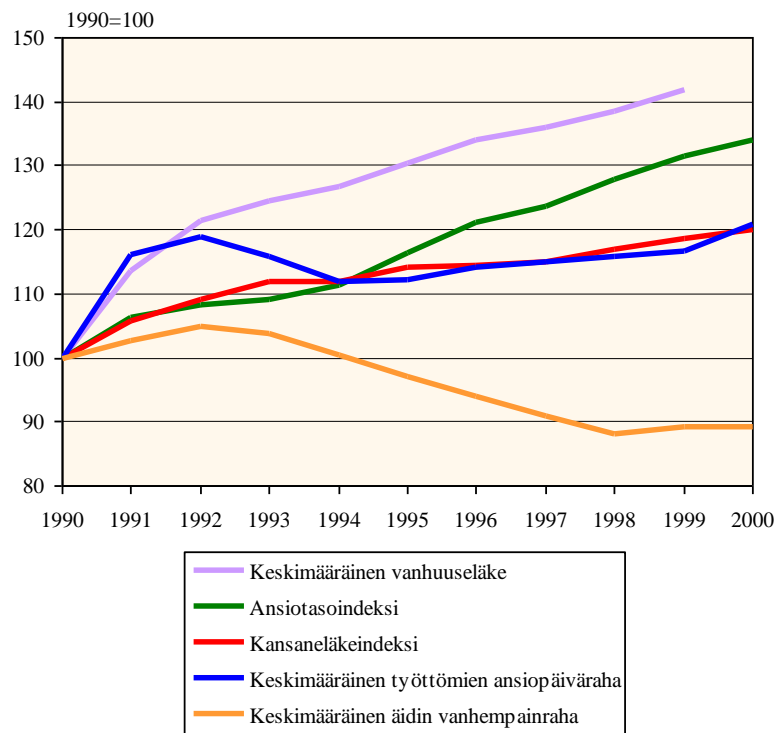


Vuonna 1990 palveluiden osuus sosiaalimenoista oli 38½ prosenttia, syvimmän taloudellisen laman aikana osuus alentui 31½ prosenttiin ja vuonna 2000 osuuden arvioidaan palautuvan 35½ prosenttiin. Samaan aikaan sosiaalimenojen kokonaisosuus bruttokansantuotteesta on samalla tasolla kuin vuosina 1990 ja 2000. Siten palveluiden osuus BKT:stä on vuonna 2000 noin 3 prosenttiyksikköä pienempi kuin vuonna 1990. Jos palvelujen suhteellinen osuus olisi säilynyt ennallaan, käytettäisiin palveluihin nykyisin 7 miljardia markkaa enemmän.

Toimeentuloturvaetuksien osuus sosiaalimenoista kasvoi lamavuosina nopeasti, sillä työttömyys nosti eri työttömyyskorva-

ukset yli kolminkertaiseksi. Samalla useimpiin etuuksiin tehtiin leikkauksia ja osa indeksikorotuksista jätettiin toteuttamatta kokonaan tai osittain. Muutokset näkyvät etuuksien reaalitason aiempaa hitaampana kasvuna ja jopa laskuna. Esimerkiksi äitien keskimäärin saama vanhempainpäiväraha on laskenut selvästi. Osa etuuksien keskimääräisissä tasoissa tapahtuneista muutoksista johtuu muutoksista etuutta saavassa kohderyhmässä. Keskimääräinen vanhuuseläke on noussut ansiotason nopeammin. Tämä johtuu uusien eläkkeiden aiempaa korkeammasta tasosta. Sen sijaan koko 1990-luvun eläkkeellä olleiden vanhuuseläke on kehittynyt hieman kansaneläkeindeksiä paremmin. (Kuvio 7)

**Kuvio 7.** Eräiden eläkkeiden ja päivärahojen kehitys vuosina 1990-2000



### Sosiaalimenojen kansainvälinen vertailu vaikeaa

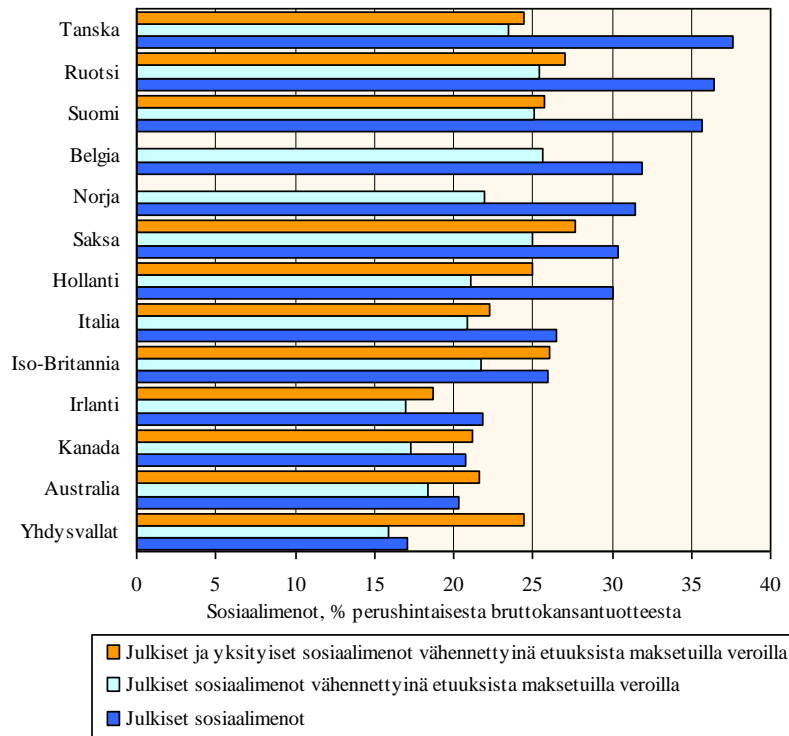
Sosiaalimenojen kansantuoteosuuksien vertailu ei ole täysin yksiselitteistä. Etuudet voivat olla veronalaista tuloa, jolloin niiden bruttomäärät ovat suurempia kuin ti-

lanteissa, joissa ne eivät ole veronalaisia tai etuuden saajat ovat oikeutettuja erityisiin vähennyksiin. Suorien tulonsiirtojen sijasta tuki voidaan kanavoida sosiaalisten verovähennysten kautta. Esimerkiksi vuoden 1994 perhetuki uudistuksessa verotuksen lapsivähennykset korvattiin korottamalla

lapsilisiä. Lapsilisien korotus ei ollut yhtä suuri kuin poistunut verotuki, joten lapsiperheiden kokonaistuki supistui. Tästä huolimatta uudistus kasvatti sosiaalimenoja, sillä verotukia ei oteta sosiaalimenolaskelmissa huomioon.<sup>1</sup> Vastaavia ongelmia on eri maiden sosiaalimenojen vertailussa. Erot eivät koske vain välitöntä verotusta. Etuuden saajien kulutuksesta osa palautuu takaisin julkiselle sektorille välillisinä veroina. Samoin kuin välitön verotus myös välillisen verotuksen taso ja määräytymisperusteet vaihtelevat maittain.

Verotus ei ole ainoa vertailuja vaikeuttava kohta sosiaalimenojen mittaamisessa. Raja julkisen ja yksityisen sosiaaliturvan välillä ei ole aina selkeä. Samantasoinen sosiaaliturva voidaan järjestää monella eri tavoin. Eri tavat varautua sosiaalisiin riskeihin korvaavat toisiaan. Mikäli julkista sosiaalivakuutusta ei ole tai se on puutteellisesti järjestetty, varautuvat kansalaiset riskeihin yksityisten vakuutusten avulla. OECD on julkaissut alustavia arvioita eri laskentatapojen vaikutuksesta sosiaalimenojen kansantuoteosuuksiin.

**Kuvio 8.** Sosiaalimenot suhteessa perushintaiseen bruttokansantuotteeseen eri sosiaalimenokäsitteillä eräissä OECD-maissa vuonna 1995



Lähde: OECD

Kuviossa 8 on esitetty sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteeseen kolmella tavalla laskettuna vuonna 1995. Julkiset sosiaalimenot on perinteinen tapa mitata sosiaalimenoja. Toinen sosiaalimenokäsite on saatu vähentämällä julkisista sosiaalimenoista etuuksista maksetut välittömät ja

välilliset verot. Verotuksen jälkeiset sosiaalimenot ovat erityisesti Pohjoismaissa selvästi pienemmät kuin perinteisellä tavalla mitatut sosiaalimenot. Kun verot otetaan huomioon, Pohjoismaiden sosiaaliturvan taso aleni 25 prosenttiin BKT:stä tai selvästi tämän alapuolelle.

<sup>1</sup> Samalla uudistus kasvatti bruttoveroastetta

Kun otetaan huomioon yksityisen sektorin tarjoama sosiaaliturva, Pohjoismaat ovat edelleen kärkijoukossa, mutta Saksa nousee kärkeen. Yksityiset sosiaalimenot kohottavat sosiaalimenojen kansantuoteosuutta erityisesti anglosaksisissa maissa. Jos yksityiset sosiaalimenot otetaan huomioon, Yhdysvaltojen sosiaalimenojen taso on lähes samaa luokkaa kuin Suomessa. Suomen sosiaalimenojen osuus BKT:stä oli poikkeuksellisen korkea vielä vuonna 1995. Kun otetaan huomioon 1990-luvulla tehdyt sosiaaliturvan leikkaukset, Suomen nykyistä sosiaaliturvan tasoa ei voida pitää kansainvälisesti katsoen korkeana.

Kuviossa 8 sosiaalimenot on suhteutettu perushintaiseen bruttokansantuotteeseen, joka nostaa sosiaalimeno-osuuksia markkinahintaiseen bruttokansantuotteeseen verrattuna.<sup>2</sup> OECD:n sosiaalimenokäsite eroaa hieman Eurostatissa käytetyistä määritelmistä. Huolimatta määritelmällisistä ongelmista kuvio 8 osoittaa, että vertailujen tekeminen vain julkisten sosiaalimenojen

perusteella saattaa olla harhanjohtavaa. Eri-tyisen vaarallista on, jos pelkistä tilastointikäytännöistä johtuvat erot alkavat ohjata päätöksentekoa. Samanlaisia ongelmia liittyy myös eri maiden veroasteiden vertailuun.

### 1.3. Sosiaalimenojen rahoitus

Työnantajien osuus sosiaaliturvan rahoituksesta laski lamavuosina, kun työnantajien maksuja alennettiin ja samalla sekä työllisten määrä että maksujen perusteena oleva palkkasumma pienenivät. Työllisyyden ja palkkasumman kohentuessa on työnantajien osuus vastaavasti kasvanut. Työnantajien työeläkemaksu on myös hieman nousut. Vakuutettujen osuus on kasvanut selvästi vuodesta 1992, kun palkansaajien työttömyysvakuutusmaksu ja työntekijöiden työeläkemaksu otettiin käyttöön. Valtion rahoittaa lähinnä perusturvaa. 1990-luvun lamavuosina valtion rahoittama osuus nousi nopeasti työttömyyden myötä.

**Taulukko 1.** Sosiaalimenojen rahoitus 1990 - 2001, mrd. mk

	1990	1992	1994	1996	1998	1999*	2000**	2001**
<b>Valtio yhteensä</b>	38,5	52,5	60,3	58,9	54,5	54,4	55,1	56,1
-budjettimenot	36,8	50,5	40,0	37,5	37,1	37,4	36,6	36,3
-valtion laskennalliset osuudet kunnille	0,0	0,0	18,2	18,7	13,2	13,0	13,5	14,2
-budjetin ulkopuoliset ja takuusuoritukset	1,7	2,0	2,1	2,7	4,1	4,0	5,0	5,6
<b>Kunnat yhteensä</b>	24,0	27,2	31,2	33,8	38,9	38,4	40,2	42,2
<b>Työnantajat yhteensä</b>	67,7	64,5	67,1	73,1	78,5	81,1	84,9	90,7
-vakuutusmaksut	54,8	49,0	52,0	56,5	61,4	64,8	68,2	73,0
-veroluonteiset maksut	4,0	9,2	8,4	8,6	8,8	7,7	7,5	8,1
-työhön liittymättömät työnantajamaksut	8,9	6,2	6,8	7,8	8,3	8,7	9,2	9,6
<b>Vakuutetut yhteensä</b>	12,3	18,5	28,0	27,1	27,6	28,7	29,3	29,2
-vakuutusmaksut	3,8	4,9	12,2	14,6	17,3	18,3	19,6	20,3
-veronluonteiset maksut	8,4	13,7	15,8	12,4	10,3	10,4	9,6	9,0
<b>Pääomatulot</b>	10,4	14,7	12,8	14,9	15,6	18,1	18,8	21,2
<b>Yhteensä</b>	152,9	177,3	199,5	207,8	215,0	220,8	228,3	239,4
Käyttäjät yhteensä	5,6	6,9	7,6	8,5	8,9	9,1	9,6	10,1

\* ennakkotieto

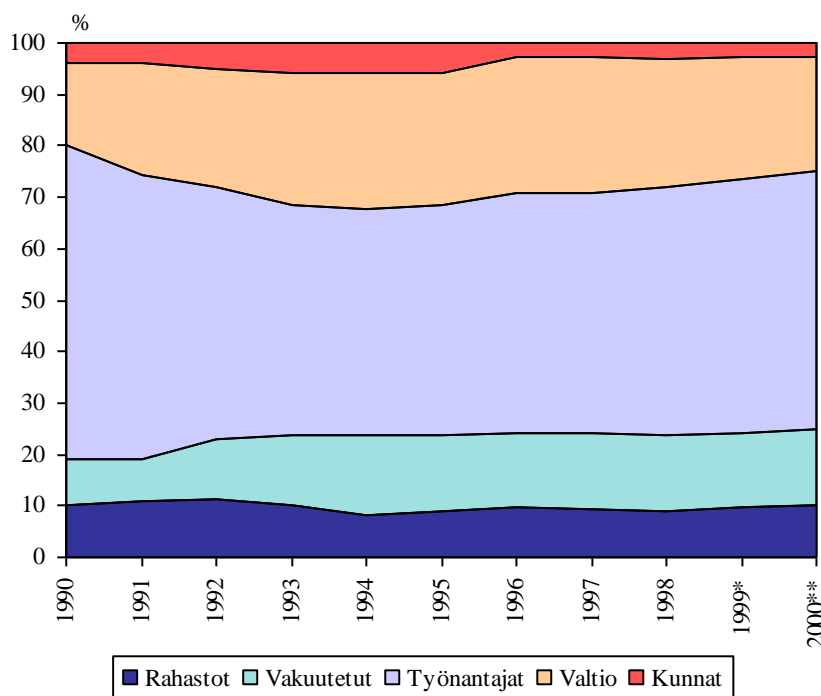
\*\* ennuste

<sup>2</sup> Perushintainen bruttokansantuote ei sisällä välillisiä veroja eikä tukipalkkioita.

Rahana maksettavien toimeentuloturva-etuuksien ja sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitusrakenteet eroavat toisistaan selvästi. Työnantajat, vakuutetut ja valtion rahoittavat pääosan tulovähenteisistä toimeentuloturvaetuuksista, kuten asumistuesta ja työmarkkinatuesta. Kuntien mer-

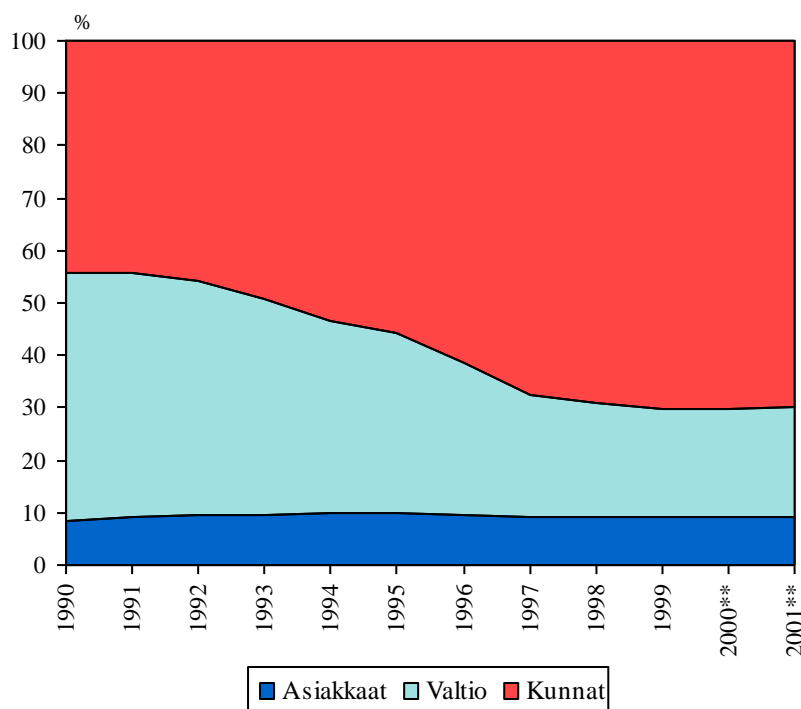
kitys toimeentuloturvan rahoituksesta on vähäinen ja osuus on supistunut viime vuosina. Kuntien ainoat merkittävät toimeentuloturvan rahoituskohteet ovat toimeentulotuki ja pienten lasten hoidon tuet (Kuvio 9).

**Kuvio 9.** Toimeentuloturvan rahoitusosuudet vuosina 1990-2000



Kuntien asema on keskeinen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa että niiden rahoituksessa. Kuntien osuus on 70 prosenttia sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksesta. Kuntien saamista laskennallisilla valtionosuuksilla katetaan 20 prosent-

tia menoista ja käyttäjien maksut kattavat noin 10 prosenttia sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista. Valtion osuus on laskenut selvästi vuoden 1993 jälkeen valtionosuusuudistuksen seurauksena. Samalla kuntien osuus on noussut (Kuvio 10).

**Kuvio 10.** Kuntien sosiaali- ja terveystalouden rahoitusosuudet vuosina 1990-2001

#### 1.4. Julkisen sektorin kehitys ja sosiaalipolitiikka

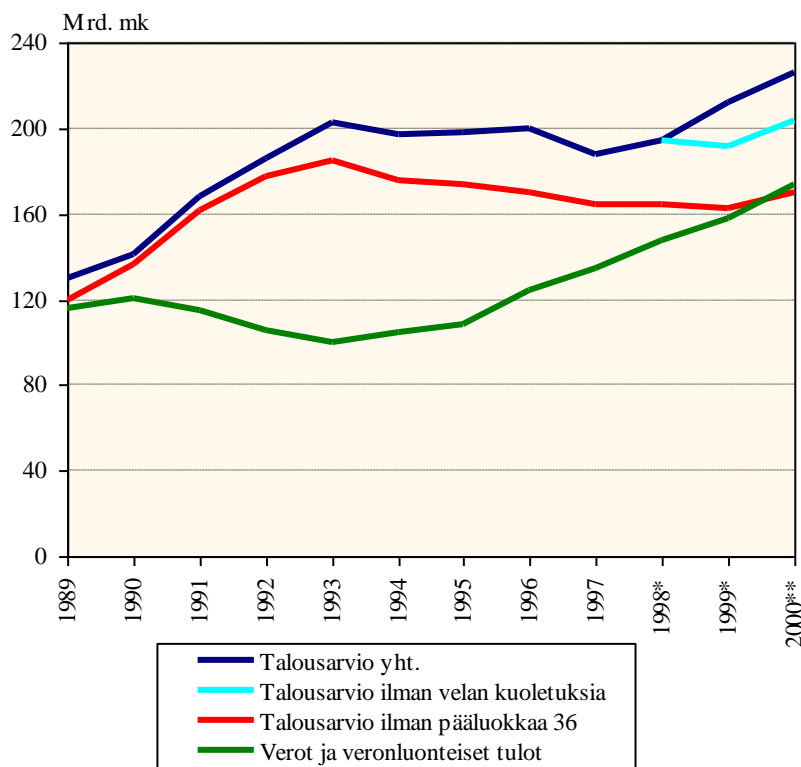
Julkisen talouden vahvistuminen jatkui edelleen vuonna 2000. Koko julkisen talouden ylijäämä nousee jo noin 4,5 prosenttiin suhteessa kokonaistuotantoon ja sen arvioidaan pysyvän samalla tasolla vuonna 2001. Valtion talous kohenee vuonna 2001 edelleen. Osa valtion tulojen kasvusta aiheutuu kertaluonteisista, yritys-järjestelyihin liittyvistä lisäyksistä yhteisöveron tuotoissa sekä valtion osinkotuloissa. Kuntatalouden arvioidaan kääntyvän vuonna 2000 ylijäämäiseksi ja vahvistuvan edelleen vuonna 2001. Sosiaaliturvarahastojen ylijäämä pysyy vuosina 2000 ja 2001 noin 3 prosentissa suhteessa kokonaistuotantoon. Valtiovarainministeriön arvion mukaan julkisyhteisöjen velka suhteessa

BKT:een laskee tämän vuoden loppuun mennessä 42,5 prosenttiin ja ensi vuonna 39 prosenttiin.

#### Vuoden 2001 talousarvioesitys

Valtaosa valtion talousarvion menoista katetaan veroilla ja veroluonteisilla tuloilla. 1990-luvun alussa verotuloilla rahoitettiin lähes 90 prosenttia menoista. Verotuotot vähenivät laman seurauksena merkittävästi ja niiden osuus kasvavista menoista laski alimmillaan alle 50 prosentin. Valtiontalouden säästötoimien seurauksena varsinainen talousarviomenot (menot ilman velanhoitomenoja) ovat kääntyneet laskuun. Valtion talousarvion menot ovat pysyneet vuoden 1993 jälkeen 200 mrd. markan alapuolella huolimatta velanhoitomenojen riipeästä kasvusta.

**Kuvio 11.** Valtion menot sekä valtion verot ja veroluonteiset tulot vuosina 1989-2000, käyvin hinnoin



\* Vuodet 1989-99 TP:n mukaan

\*\* Vuosi 2000 TAE ja LTAE

Vuoden 2001 talousarvioesityksen loppusumma on 197,7 miljardia markkaa (ilman valtionvelan lyhennyksiä). Sosiaali- ja terveysministeriön pääluokan osuus menoista on 45,1 miljardia markkaa. Se on noin 1,6 miljardia markkaa enemmän kuin vuonna 2000.

Sosiaali- ja terveysministeriön osuus kattaa runsaan viidenneksen kaikista vuoden 2001 sosiaalimenoista. Sosiaalimenoja rahoitetaan myös muiden pääluokkien menoista. Kaiken kaikkiaan valtion talousarvion kautta rahoitetaan sosiaalimenoista noin kolmannes.

Vuoden 2001 talousarvioesityksen suurimmat sosiaali- ja terveystoimea koskevat uudistukset ovat ns. aktiivinen sosiaalipolitiikka ja hammashuollon laajentaminen. Pitkäaikaistyöttömien ja syrjäytymisvaa-

rassa olevien aktivoimiseksi syyskuun alussa 2001 tulee voimaan kuntouttavaa työtoimintaa koskeva lainsäädäntö. Kokonaisuudessaan pitkäaikaistyöttömien kuntouttavaan työtoimintaa sekä muihin köyhyyttä ja syrjäytymistä estäviin toimenpiteisiin esitetään sosiaali- ja terveysministeriön ja työministeriön momenttien kautta vuositasolla yli 200 miljoonaa markkaa.

Talousarvioon sisältyy julkisesti tuetun hammashuollon laajentaminen 10 uuteen ikäluokkaan vuonna 2001 ja koko väestöstä vuonna 2002. Lisäksi toteutetaan äitiysavustuksen korottaminen, uusi työntekijöiden aikuiskoulutustuki, kuntouttava työtoiminta, kansaneläkkeen tasokorotus, mielenterveyspalvelujen lisääminen sekä ehkäisevän toimentulotuen käytön lisääminen ja tarveharkinnan tehostaminen toimentulotukea myönnettäessä.



Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä kiinnitetään erityistä huomiota mielenterveystyön tukemiseen, ikääntyvän väestön palveluiden järjestämiseen, lasten ja nuorten palveluiden parantamiseen sekä sosiaalityön ja avopalveluiden kehittämiseen. Valtionosuuksien jälkeenjääneisyys oikaistaan asteittain vuosina 2001-2002. Lisäksi valtionosuuksiin tehdään 1,2 prosentin kustannustasotarkistus vuonna 2001.

Vuoden 2001 talousarvion mukaan työntekijän sairausvakuutus- ja kansaneläkemaksut säilyvät nykyisellään. Vakuutettujen sairausvakuutusmaksu ei muutu, mutta eläketuloa saavien ylimääräinen sairausvakuutusmaksu laskee. Työntekijien ja palkansaajien työttömyysvakuutusmaksua alennetaan. Yksityisen sektorin työeläkemaksut säilyvät nykyisellään. (Liite 2)

## Kunnallistalous

Tilinpäätöstietojen mukaan kuntien ja kuntayhtymien rahoitusasema parani vuonna 1999. Yhteenlaskettu vuosikate oli 9,4 mrd. markkaa. Vuonna 2001 vuosikatteen ennakoitaan nousevan yli 13 miljardin markan verotulojen ja valtionosuuksien kasvun myötä. Talous vahvistuu erityisesti suurissa kunnissa, joiden osuus koko maan vuosikatteesta on merkittävä.

Talouden kriisi 1990-luvun alussa pakotti kunnat sopeuttamaan talouttaan korottamalla veroäyrin hintaa ja ottamalla velkaa sekä leikkaamalla menoja. Kuntien lainakanta kasvoi parissa vuodessa yli 11 miljardia markkaa ja oli 31,6 miljardia markkaa vuonna 1993. Henkilöstömäärä väheni 1990-luvun lamavuosina noin 10 prosentilla. Vuonna 1998 kunta-alalla oli 410 000 viranhaltijaa ja työntekijää, heistä 220 400 työskenteli sosiaali- ja terveydenhuollossa.

**Taulukko 2.** Kuntien talouden tunnuslukuja, miljardia markkaa, käyvin hinnoin

	1993	1995	1997	1999	2000	2001	2004
Toimintakate	...	-76,4	-73,2	-77,5	-81,1	-84,9	-96,2
Verotulot	47,8	57,9	65,4	72,0	78,0	81,0	91,2
Käyttötalouden valtionosuudet <sup>1</sup>	40,7	38,0	19,8	19,0	20,1	21,6	23,6
- josta STM:n osuus	21,1	17,9	13,6	12,7	13,0	13,9	15,1
Muut menot, netto	...	-4,0	-4,5	-4,1	-4,5	-4,8	-5,4
Vuosikate	10,3	13,1	7,4	9,4	12,5	12,9	13,1
Investoinnit, netto	6,6	5,6	10,8	9,4	12,5	12,0	13,1
Lainakanta	31,6	25,8	25,9	24,9	23,3	22,0	18,0
Kassavarat	12,2	19,0	15,7	16,0	17,1	17,9	20,6
Nettovelka (lainakanta – kassavarat)	19,4	6,8	10,2	8,9	6,2	4,1	-2,6

Taulukon luvut perustuvat vuodesta 2000 lähtien ennakkotietoihin tai ennusteisiin

<sup>1)</sup> Kuntien kirjanpidon mukaan

Lähde: Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta, 5.9. 2000

Vaikka kuntien rahoitusasema kohenee kokonaisuutena, vaihtelee se kuntaryhmittäin ja alueellisesti. Vuonna 1999 vuosikate oli negatiivinen 87 kunnassa ja yli 200 kunnassa oli alijäämäinen tilinpäätös. Muutto-

liikkeen kasvu heijastuu kuntien palvelujen kysyntään sekä talouteen. Muuttoliike kasvoi 1990-luvun loppuvuosina lähelle 1970-luvun huippulukuja. Uutena piirteenä on useiden kaupunkialueiden muuttotappiot.

1990-luvun väestönkasvusta noin 70 prosenttia kohdistui Uudellemaalle, varsinkin Helsingin seudulle. Muita merkittäviä kasvukeskuksia ovat olleet Tampereen, Turun, Oulun ja Jyväskylän seutukunnat. Sosiaali- ja terveydenhuollossa muuttovoitto näkyy selkeimmin lasten päivähoidon kysynnän kasvamisena sekä tarpeena lisäinvestointeihin. Muuttotappiokunnissa väestön ikärakenne vanhenee ja lasten päivähoitomenot laskevat. Menot eivät kuitenkaan laske samassa suhteessa väestön vähenemisen kanssa. Samalla verotulojen osuus kunnan tulorakenteessa vähenee ja valtionosuuksien sekä verotulotasauksen merkitys kasvavat.

### Valtion rahoitusosuus sosiaali- ja terveydenhuoltoon

Valtion rahoituksen osuus sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamisessa supistui merkittävästi 1990-luvulla. Kun vuonna 1990 valtion osuus kattoi keskimäärin 48 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveyspalve-

lujen menoista, oli osuus laskenut 21 prosenttiin vuonna 1999 (taulukko 3). Vuonna 2000 valtionavuuissa on jo kasvua. Jatkossa valtionosuudet pysyvät lakisääteisellä tasolla. Niiden markkamääriä nostavat lähinnä asukasluvun kasvaminen sekä indeksikorotukset. Valtionosuuslainsäädännön mukainen ensimmäinen kustannustenjaon tarkistus tehdään täysimääräisenä ja jaksotetaan siten, että vuonna 2001 tarkistuksesta toteutetaan puolet ja toinen puoli vuonna 2002.

Sisäasiainministeriö asetti joulukuussa 1999 selvitysmiehen tekemään kokonaisarvion valtion ja kuntien taloudellisten suhteiden järjestelystä, valtionosuusjärjestelmän toimivuudesta, kuntien talouden eriytymiskehityksestä sekä näihin liittyvät toimenpide-ehdotukset. Osana selvitysmiestyötä tehdään erillisselvitys valtionosuusjärjestelmästä. Selvitysmiestyö päättyy vuoden 2000 lopussa.

**Taulukko 3.** Kuntien valtionavut, käyttötalous, miljoonaa markkaa

	1998	1999	2000	2001
Valtionosuusjärjestelmän piirissä olevat laskennalliset valtionosuudet tasauserein	22 500	22 602	23 473	25 749
siitä				
sosiaali- ja terveydenhuolto	12 900	12 690	13 035	13 868
Muut valtionavut	2 137	2 041	575	2 331
siitä				
evo-rahoitus	770	770	778	778
Valtionavut yhteensä	24 637	24 643	26 048	28 080
Valtionavut prosentteina toimintamenoista	21,4	21,7	22,4	22,4

evo-rahoitus = valtion korvaukset erikoissairaanhoidolain mukaiseen tutkimustoimintaan sekä terveydenhuollon yksiköille lääkäreiden koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin

Lähde: Kunnallistalous vuosina 2000 - 2004. Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta 5.9.2000.

### **1.5. Sosiaaliturvaan kohdistuvat kansainväliset paineet**

Euroopan unionin sopimus talous- ja rahaunionista koskettaa ennen muuta talouspolitiikkaa, lähinnä budjetteja ja rahapolitiikkaa. Sillä on myös vaikutuksensa sosiaaliturvaan ja sen rahoitukseen, sillä taloudelliset ratkaisut vaikuttavat sosiaalipolitiikkaan ja erityisesti sosiaaliturvan rahoitukseen. Erilaiset kansalliset sosiaalipoliittiset järjestelmät ja erilaiset rahoitusmallit ovat syntyneet historiallisista syistä. Euroopan Unionissa sosiaalipolitiikka ja sitä koskeva toimivalta on ollut rajattua. Yhteistyö on rajattu koskemaan ensisijaisesti työvoimaa ja työmarkkinoita koskevia kysymyksiä. Taloudellisissa kysymyksissä tehdään jäsenmaita sitovia ratkaisuja, jotka vaikuttavat myös niiden sosiaalipolitiikkaan. Sosiaaliturvan suoranaista harmonisointia halutaan kuitenkin välttää.

Sosiaalipoliittisessa yhteistyössä saavutettiin uudenlainen tilanne Suomen puheenjohtajakaudella. Marraskuun 29. päivänä 1999 EU:n neuvosto hyväksyi päätelmät, joissa yhdyttiin komission aiemmin antamaan tiedonantoon yhteisestä strategiasta sosiaalisen suojelun uudistamiseksi ja parantamiseksi. Päätelmien mukaisesti yhteisen strategian valmistelua varten asetettiin korkean tason työryhmä, joka aloitti työnsä vuoden 1999 lopulla. Sitten on päätetty asettaa valmistelutyötä varten komitea, joka piti ensimmäisen kokouksensa vuoden 2000 joulukuussa.

Yhteistyölle hyväksyttiin neljä laaja-alaista tavoitetta:

- Työnteon tekeminen kannattavaksi ja toimeentulon takaaminen
- Eläkkeiden turvaaminen ja eläkejärjestelmien ylläpitäminen
- Sosiaalisen osallisuuden edistäminen
- Korkealaatuisen ja kestäväen terveydenhuollon varmistaminen

Korkean tason työryhmä on toimintansa aluksi keskittynyt sosiaalisen osallisuuden edistämistä koskeviin kysymyksiin. Jäsenmaiden sosiaalisen syrjäytymisen vastaisen toiminnan tilaa on kartoitettu ja tältä pohjalta on hahmotettu yhteistyön suuntaviivoja. Ranskan puheenjohtajakaudella on pyritty kehittämään sellaista yhteistyömallia, jossa yhteistä syrjäytymisen vastaisen toiminnan strategiaa toteutettaisiin kansallisilla toimintasuunnitelmilla.

Sosiaali- ja terveyspolitiikkaan liittyvät kysymykset ovat nousseet myös kauppapoliittisen neuvottelukierrosten esityslistoille. Pyrittäessä kaupan vapauttamiseen maapallon laajuisesti, toimet on haluttu ulottaa myös palvelutuotantoon. Palvelut on tässä yhteydessä ymmärretty laajasti ja niihin on katsottu kuuluvan muun muassa kulttuuripalvelujen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotanto. OECD neuvotteli usean vuoden ajan kansainvälisestä investointisopimuksesta (MAI, Multilateral Agreement on Investment). Neuvottelut päättyivät lopulta umpikujaan, mihin vaikutti osaltaan juuri palveluja koskeva neuvotteluosio.

Neuvottelut siirtyivät OECD:stä Maailman kauppajärjestön (WTO:n) piiriin. Sosiaali- ja terveysministeriö on näiden neuvottelukierrosten yhteydessä pitänyt tärkeänä sitä, että mahdollisilla kansainvälisillä sopimuksilla ei estetä eikä vaikeuteta laaja-alaisen kansallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan toteuttamista. Suomi vastustaa muun muassa ulkomaisten yritysten houkuttelua maahan alentamalla sosiaaliturvan tasoa tai tinkimällä työelämän suhteita koskevista kansainvälisistä normeista. Kansainvälisen työjärjestön (ILO) sopimuksissa ja suosituksissa on esitetty ns. ydinnormit, jotka koskevat muun muassa yhdistymisvapautta, lapsityövoiman käyttöä ja tasa-arvoista kohtelua.

WTO-kierroksen yhteydessä on vielä epäselvää, kuinka laajaksi käsiteltävien asioiden joukko lopulta muodostuu. Palveluja

koskevat neuvottelut ovat alkaneet palvelukauppasopimuksen (GATS) mukaisesti. Mitään palvelusektoria ei neuvottelun alkaessa suljettu pois. Laaja-alaiset julkisen

palvelut sekä lakisääteiset vakuutukset ovat esimerkiksi kysymyksiä, joihin Suomen sosiaali- ja terveystieteiden kiinnittää neuvottelujen yhteydessä erityistä huomiota.

### **Kirjallisuutta**

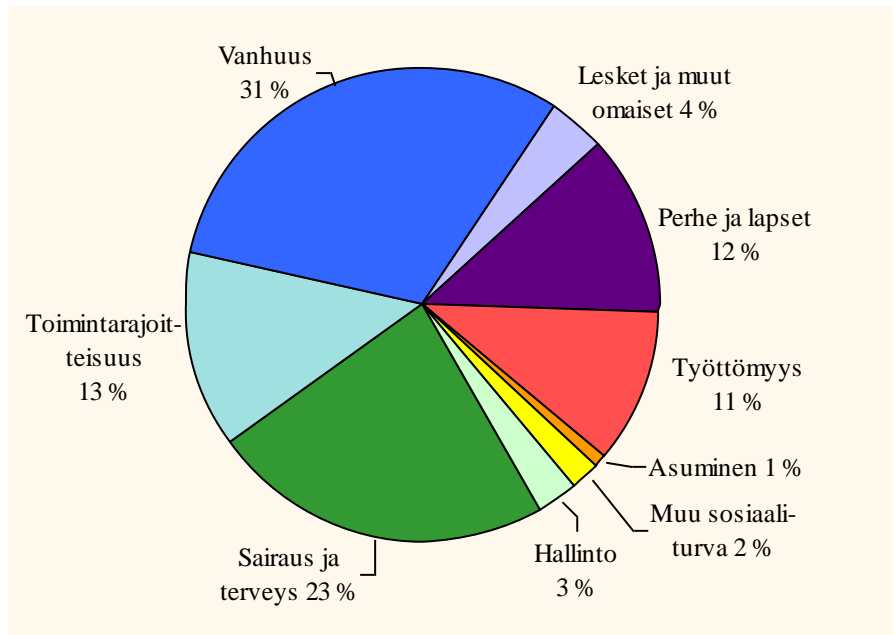
- ▶ Kunnallistalous vuosina 2000-2004. Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta, 5.9.2000. Sisäasiainministeriö.
- ▶ Suhdanekatsaukset 2 ja 3/2000. Valtiovarainministeriö, Kansantalousosasto.
- ▶ Valtion talousarvioesitys 2001. Helsinki, 2000.
- ▶ Willem A. Labour Market and Social Policy - Occasional papers No 39, Net Social Expenditure, OECD, 1999. ([www.oecd.org/els/papers/papers.htm](http://www.oecd.org/els/papers/papers.htm))

## 2. SOSIAALIMENOT KOHDERYHMITTÄIN

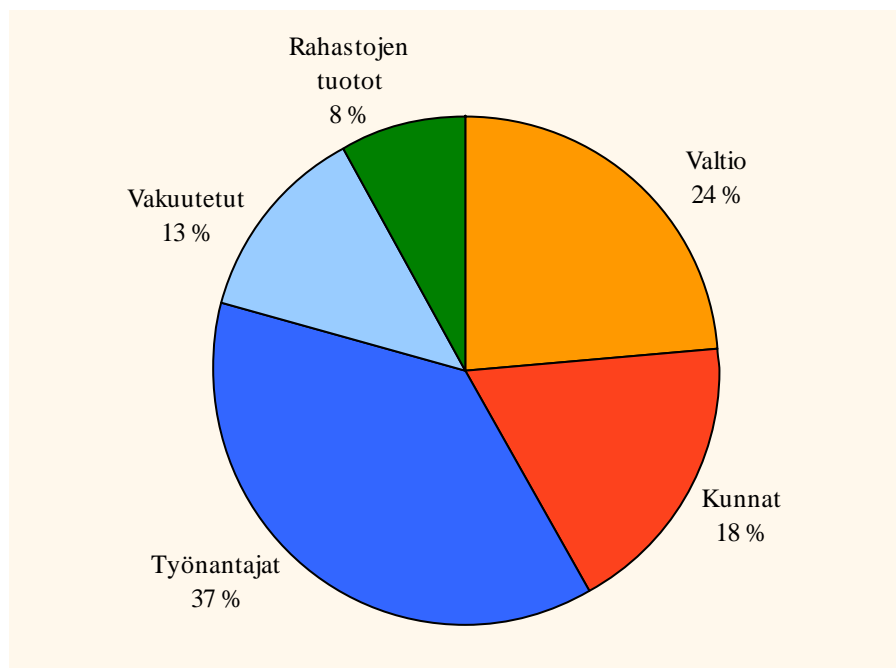
Suurin osa sosiaalimenoista kohdistuu vanhuuteen. Toiseksi suurin menokohde on sairaus ja terveys. Yhdessä nämä menoerät muodostavat yli puolet kaikista sosiaalimenoista ja osuus kohoaa 55 prosenttiin vuonna 2001. Työllisyyden kohentuessa

työttömyysmenojen osuus on pienentynyt selvästi ja se laskee 10 prosenttiin vuonna 2001. Lapsiperheiden osuus pysyttelee 12 prosentissa ja toimintarajoitteisuus menot 13 prosentissa.

**Kuvio 12.** Sosiaalimenojen jakautuminen kohderyhmittäin vuonna 2000



**Kuvio 13.** Sosiaaliturvan rahoitusosuudet vuonna 2000



Sosiaalimenojen suurin rahoituslähde on työnantajat. He osallistuvat eläkkeiden, työttömyysturvan sekä sairausvakuutuksen rahoittamiseen. Myös vakuutetut itse osallistuvat näiden etuuksien rahoittamiseen. Valtio rahoittaa pääosin perusturvaa: kansaneläke, työttömien perusturva, lapsilisät, asumistuki sekä myöntää valtionosuutta kunnille sosiaali- ja terveystalvelujen rahoittamiseen. Kunnilla on päävastuu sosiaali- ja terveystalvelujen rahoittamisesta.

Vuosina 2000-2001 sosiaalimenojen rahoituksessa ei tule tapahtumaan suuria muutoksia. Työnantajien rahoitusosuus kasvaa hieman työllisyyden kohentuessa. Vakuutettujen osuus laskee hieman heidän työttömyysvakuutusmaksun aletessa. Työllisyyden kohentuminen pienentää myös valtion rahoitusosuutta edelleen. Kuntien osuus pysyttelee aiemmalla tasolla. Sosiaaliturvarahastojen karttuminen lisää rahastojen korko- ja osinkotuloilla rahoitettavaa osuutta. (Liite 2)

## 2.1. Sairaus ja terveys

	1998	1999*	2000**	2001*
Pääryhmän menot (mmk)	41 300	42 700	45 200	47 800
- josta toimeentuloturvaa (mmk)	7 950	8 600	8 900	9 500
% sosiaalimenoista	22,0	22,5	23,4	23,7
% BKT:sta	6,0	5,9	5,7	5,7
Elinajan odote				
- Miehet	73,5	73,7		
- Naiset	80,8	81,0		
Sairausvakuutuspäivärahan saajat vuoden aikana	278 100	286 900	296 950	304 400
Perusterveydenhuolto				
- terveyden - ja sairaanhoitokäynnit/1000 asukasta	4 934	4 898	4 900	4 920
- hammashuollon käynnit/1000 asukasta	961	951	955	960
- hoitopäivät/1000 asukasta	1592	1 568	1 570	1 580
Erikoissairaanhoito				
- avohoitokäynnit/1000 asukasta	1 148	1 140	1 150	1 160
- hoitopäivät/1000 asukasta	1 093	1 049	1 130	1 110

\* ennakkotieto

\*\* ennuste

Sairauteen ja terveyteen liittyvät sosiaalimenot ovat vuonna 2000 arviolta 45,2 miljardia ja vuonna 2001 arviolta 47,8 miljardia markkaa. Tämä on lähes viidennes sosiaalimenoista ja vajaat 6 prosenttia bruttokansantuotteesta. Sairaus- ja terveystenonien osuus sosiaalimenoista on viime vuosina kasvanut nopeasti ja osuus kasvaa edelleen. Erityisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon menot sekä sairausvakuutuksen lääke- ja sairauspäiväraha- ja korvaukset ovat kohonneet.

### Yleinen terveydentila hyvä

Väestön terveydentila on yleisesti ottaen hyvä. Elinajanodote pitenee edelleen niin miehillä kuin naisilla, mutta ero naisten ja miesten elinajanennusteissa ei ole kaventunut. Elinajanennusteen kohentumiseen on vaikuttanut ennen kaikkea sepelvaltimotautikuolleisuuden vähentyminen keski-ikässä. Kuolleisuus muihin kroonisiin sairauksiin on myös pienentynyt. Tapaturma- ja väkivalta-kuolleisuuden erot selittävät suuren osan sukupuolten elinennusteiden eroista. Erityisesti alkoholin käyttöön liittyvien

kuolemien yleisyys miehillä lyhentää tuntuvasti heidän elinajanennustettaan naisiin verrattuna.

Terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi tunteneiden osuus on viime vuosina pysynyt 70 prosentissa. Terveystensä huonoksi kokeiden osuus on hiukan pienentynyt. Sen sijaan päänsäryn, unettomuuden ja stressaantuneisuuden tunne ovat yleistyneet. Noin puolet suomalaisista kuolee verenkiertoelinsairauteen. Sepelvaltimotauti on edelleen yleisin verenkiertoelinsairaus, vaikka keski-ikäisten miesten kuolevuus tähän on vähentynyt viimeisten 30 vuoden aikana peräti 70 prosenttia. Syöpään sairastuvuus on pysynyt viime vuosina melko muuttumattomana. Astma ja allergia ovat nopeasti yleistyneet, samoin mielenterveyden häiriöt. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat edelleen tärkeimpiä työ- ja toimintakyvyn heikentäjiä ja tapaturmat ennenaikaisen kuoleman ja työkyvyttömyyden aiheuttajia.

## Terveyden eriarvoisuus haasteena

Terveydentilan yleisestä myönteisestä kehityksestä huolimatta terveyden eriarvoisuus näyttää kuitenkin lisääntyvän - erityisesti terveiserot sosioekonomisen aseman mukaan ovat kasvaneet. Paremmin koulutetut ja paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat elävät pitempään ja sairastavat vähemmän kuin huonommassa asemassa olevat. Suuri osa näistä eroista johtuu terveyskäyttäytymisen eroista. Korkeasti koulutettujen ja aktiivisten henkilöiden mahdollisuudet omaksua terveyttä edistäviä käyttäytymismalleja ovat selvästi paremmat kuin huonommin koulutettujen ja passiivisten. Terveyden tasa-arvoa voidaan parhaiten edistää ennaltaehkäisevillä toiminna, kuten ympäristöterveydenhuollolla, äitiys- ja lasten neuvolatoiminnalla ja kouluterveydenhuollolla. Muutokset tapahtuvat kuitenkin hitaasti ja tasa-arvon lisääminen vaatii pitkäaikaista määrätietoista ponnistelua.

Kansanterveyden neuvottelukunta on valmistellut uutta terveyspoliittista ohjelmaa, jonka lähtökohtina ovat terveyden tasa-arvo, toimintakyky, kansalaisten vastuu, kestävä kehitys ja eri sektoreiden välinen yhteistyö. Väestön terveyden edistämisessä ovat tärkeitä palvelujärjestelmän rinnalla muut terveyteen vaikuttavat seikat kuten koti, koulu, työelämä ja elinkeinoelämä.

## Päihdehaitat lisääntyneet

Vuonna 1999 suomalaiset käyttivät alkoholiin yhteensä 20 miljardia markkaa. Asukasta kohden tämä on 3 920 markkaa. Alkoholimenojen osuus yksityisistä kulutusmenoista oli 5,6 prosenttia. Alkoholin kulutus kasvaa edelleen koko maassa. Vuonna 1999 Suomessa juotiin yhdeksän litraa absoluuttista alkoholia asukasta kohden. Alkoholin suurkuluttajia arvioidaan olevan 250 000 – 500 000 eli noin 6 – 12 prosenttia aikuisväestöstä. Alkoholin lisääntynyt kulutus on lisännyt päihdepalvelujen tar-

vetta. Alkoholiongelmat liittyvät usein myös lääkkeiden väärinkäyttöön sekä huumeiden käyttöön.

## Varhainen puuttuminen ensiarvoista huumeongelman hoidossa

Suomessa arvioidaan olevan 30 000 huumeiden säännöllistä käyttäjää. Pääosa käyttäjistä on nuoria 20-30 -vuotiaita. Suomessa huumeiden kokeilu ja käyttö on muuhun EU:hun verrattuna vielä vähäistä. Suomi kuuluu kuitenkin maihin, joissa kokeilukäyttö lisääntyy nopeasti. Aiemmin kokeilu rajoittui pääkaupunkiseudulle ja muihin suuriin kaupunkeihin, mutta se on laajentumassa myös muualle maahan.

Suomessa on viimeisen kahden vuoden aikana lisätty huumeiden käyttäjien hoitoon erikoistuneita yksiköitä, mutta korvaushoitoa ei ole vielä saatavissa koko maassa. Myös matalan kynnyksen palveluja on tarjolla puutteellisesti. Tilanne on nopeasti muuttumassa ja monissa huumeongelman eteen joutuneissa kaupungeissa on kehitetty terveysneuvontapisteitä ruiskuhuumeiden käyttäjille. Neuvontapisteissä vaihdetaan myös käytettyjä neuloja ja ruiskuja puhtaisiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla on merkittävä tehtävä huumehoidon palvelujen tarjonnassa. Henkilöstölle tilanne on kuitenkin uusi eikä heidän tietonsa ja taitonsa aina riitä huumeongelmien tunnistamiseen ja ongelmaan puuttumiseen. Erityisen tärkeitä olisi puuttua nuorten huumeiden käyttöön mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Huumeriippuvaisen nuoren perhetyöhön pitäisi panostaa entistä enemmän. Lähiverkoston ja tiiviin tukirenkaan luominen nuoren ja hänen perheen auttamiseksi ovat ensiarvoisen tärkeitä.



## **WHO:n arvio terveydenhuollon tilasta kritiikin kohteena**

Maailman terveysjärjestö WHO arvioi vuoden 2000 terveysraportissaan, että maailman paras terveydenhuolto on Ranskassa ja toiseksi paras Italiassa. Suomi pääsi vertailussa sijalle 31. Pohjoismaista parhaiten sijoittui 11. sijalle tullut Norja. Raportissa esitetään ensimmäisen kerran indekseinä, miten eri maiden terveydenhuoltojärjestelmät ovat onnistuneet saavuttamaan kolme yleistavoitetta eli hyvä terveys, palveluherkkyys suhteessa väestön odotuksiin sekä palvelujen rahoituksen oikeudenmukaisuus. Arviointi on tarkoitus toistaa vuosittain.

Stakes arvioi WHO:n raporttia sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä. Arvioinnin mukaan Suomen terveydenhuollosta ei voida tehdä johtopäätöksiä vain tämän raportin perusteella. Raportin Suomea koskevat tiedot ovat luotettavia ainoastaan väestön terveydentilan osalta, sen sijaan terveydenhuoltojärjestelmien vertailussa on paljon kehitettävää. Raportin suurimmat heikkoudet liittyvät eri maiden terveysjärjestelmien vertailuihin ja tutkimusaineistoon. Raportin pohjana ei ole käytetty Suomessa kerättyä tietoa, vaan Suomen osalta on tehty arvioita muiden maiden tietojen perusteella.

### **Terveyspalvelujen saatavuus vaihtelee**

Suomalaisen terveydenhuollon perusedellytys on hyvin toimiva perusterveydenhuolto. Lähes kahdelle kolmannekselle väestöstä on nimetty oma perusterveydenhuollon lääkäri. Omalääkärijärjestelmä on lisännyt nopeaa hoitoon pääsyä, mutta tavoitteeseen ei ole vielä kaikissa kunnissa päästy. Palvelujen järjestämistä on vaikeuttanut puute terveyskeskuslääkäreistä.

Erikoissairaanhoidossa sairaansijojen määrä on jatkuvasti supistunut. Samalla hoitajaksojen pituudet ovat lyhentyneet, mutta

hoitajaksojen määrät ovat kasvaneet. Erityisesti ns. päiväkirurgia on yleistynyt. Jotkut toimenpiteisiin ovat silti usein varsin pitkät ja vaihtelevat maan eri osissa. Erikoissairaanhoidossa käytettävät tutkimus- ja hoitomenetelmät ovat kehittyneet huomattavasti ja ne vaativat uudempaa teknologiaa. Tämä on osaltaan lisännyt erikoissairaanhoidon kustannuksia.

Psykiatristen sairaansijojen huomattava vähentäminen piti kompensoida lisäämällä avohoitopalveluja. Avohoidon palveluja onkin lisätty, mutta ei riittävässä määrin. Myös lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden tarjonta näyttää olleen selvästi tarvetta vähäisempi. Tilanteen korjaamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö myönsi 70 miljoonan markkaa kohdennettua valtionavustusta sairaanhoitopiirien kuntayhtymille lasten ja nuorten psykiatrian kehittämishankkeisiin vuonna 2000. Vuodelle 2001 määrärahaa on varattu 45 miljoonaa. Lisäksi vuoden 2001 alusta on lasten ja nuorten psykiatriaan varattu lisätukea 25 miljoonaa markkaa, joka maksetaan valtionosuusjärjestelmän kautta. Tämä lisäys kohdennetaan lasten ja nuorten mielenterveys-työhön ja sitä tukeviin sosiaalipalveluihin. Lisäksi lasten ja nuorten psykiatriseen kuntoutukseen on osoitettu oma 20 miljoonan lisärahoitus.

### **Hammashuolto laajenee vähitellen koko väestöön**

Vuoden 2001 huhtikuussa hammashuolto laajenee. Siirtymäajalla 1.4.-31.12.2001 kuntien järjestämään hammashuoltoon pääsevät vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneet ja ajanjaksolla 1.1.-30.11.2002 vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneet. Joulukuun alussa 2002 ikäraajat poistuvat. Hammashuoltoon ei kuitenkaan tule ns. subjektiivista oikeutta, vaan hoitoon pääsy riippuu hoidon tarpeellisuudesta. Monet kunnat järjestävät jo tällä hetkellä asukkaidensa hammashuollon. Uudistus parantaa lähinnä suurten kuntien asukkaiden asemaa.

Kunta voi järjestää hammashoitopalveluja oman toiminnan lisäksi ostamalla palveluja muualta, esimerkiksi toiselta kunnalta tai yksityisiltä hammaslääkäreiltä.

Samalla sairausvakuutuksen hammashoidon korvaukset laajenevat huhtikuussa 2001 vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneisiin. Vuoden 2002 joulukuun alussa ikäraajat poistuvat.

Hammashuollon laajennus on tarkoitus rahoittaa pääosin olemassa olevin voimavaroin tarkistamalla sairausvakuutuksen omavastuuosuuksia sekä kohdentamalla kuntien hammashuollonpalvelut aiempaa tehokkaammin. Esimerkiksi rutiininomaisista vuositarkastuksista luovutaan niiden kohdalla, joille harvempi tarkastusväli riittää.

### **Laboratoriotutkimusten tuottamista ja kustannuksia selvitetään**

Suomessa sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset tuottavat pääosan laboratoriotutkimuksista. Sairaaloissa ja terveyskeskuksissa laboratoriotutkimukset sisältyvät sairaalan päivämaksuun ja terveyskeskuksen lääkärisäkäyntimaksuun. Yksityisellä sektorilla lääkärin määräämästä tutkimuksesta sairausvakuutus korvaa noin 38 prosenttia. Viime vuosikymmenenä laboratoriotutkimukset ovat automatisoituneet nopeasti ja siksi sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt selvitysmiehiä selvittämään terveydenhuollon laboratoriotutkimusten tuottamista ja kustannuksia. Selvitys valmistuu 30.6.2001 mennessä.

### **Suomen terveydenhuollon menot alle EU-maiden keskitason**

Suomessa terveydenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 1998 alle EU-maiden keskitason sekä osuutena kansantuotteesta (6,9 %) että asukasta kohden laskettuna. Asukasta kohden tarkasteltuna menomme

olivat 81 prosenttia EU-maiden keskiarvosta.

Terveydenhuoltomme kokonaismenot kasvoivat 1980-luvulla reaalisesti noin 72 prosenttia. 1990-luvulla kasvu jäi lähes olemattomaksi. Tämä on olennainen muutos aiempaan ja sen vaikutukset terveydenhuollon painotuksiin ja ratkaisuihin ovat huomattavat.

### **Lääkemenot kasvavat jälleen nopeasti**

Vuonna 1998 tuli voimaan useita lainmuutoksia, jotka hidastivat lääkekustannusten ja korvausmenojen kasvua. Lääkekorvausmenot kasvoivat vuonna 1998 ja vuoden 1999 alussa vain kahdella prosentilla, kun kasvu oli vuodesta 1994 lähtien noin kymmenen prosenttia vuosittain. Vuoden 1999 toiselta neljännekseltä lähtien menot ovat taas kasvaneet entiseen tapaan. Menojen kasvuun vaikuttivat merkittävien ja kalliiden lääkkeiden tulo sairausvakuutuksesta korvattaviksi ja hoitokustannuksiltaan aiempaa kalliimpien lääkkeiden käyttö. Reseptilääkkeistä korvattiin keskimäärin 60 prosenttia aiempien vuosien tapaan. Sairausvakuutuksen korvaaman reseptin hinta oli keskimäärin 145 markkaa vuonna 1990 (vuoden 1999 rahana) ja 229 markkaa vuonna 1999.

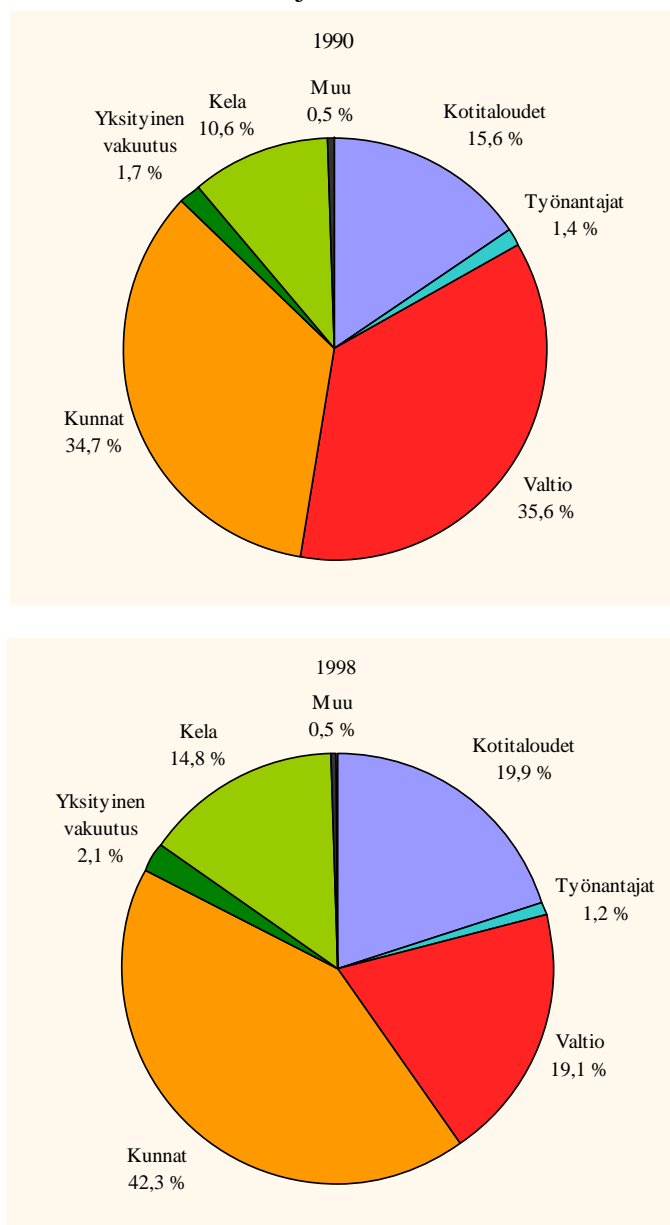
Lääkekorvauksia sai 63 prosenttia väestöstä. Oikeus erityiskorvattaviin lääkkeisiin kroonisen tai vakavan sairauden perusteella on hieman yli miljoonalla henkilöllä. Verenpainetauti on yleisin erityiskorvauslääkkeisiin oikeuttava sairaus. Lisäkorvausta suurista lääkekustannuksista maksettiin vuonna 1999 noin 90 900 henkilölle, joiden omavastuuraja (3 282 markkaa vuonna 1999) oli ylittynyt. Lisäkorvausta saaneiden määrä kasvoi 10 prosenttia ja saajien määrä kasvaa edelleen.

### Kotitalouksien maksama osuus kasvanut, maksuille katto

Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitusrakenne muuttui huomattavasti 1990-luvulla. Kuntien saama valtionosuus väheni ja kuntien rahoittama osuus kasvoi. Samalla myös kotitalouksien maksama osuus nousi. Tämä johtui asiakasmaksujen korotuksista sekä vakuutettujen itsensä lääkkeistä ja yksityisen terveydenhuollon palveluista maksaman osuuden kasvamisesta.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksuja korotettiin vuoden 2000 alusta. Erityisesti nousi päiväkirurgian maksu. Samalla säädettiin terveydenhuollon palvelumaksuille maksukatto. Jos maksut ylittävät 3 500 markkaa 12 kuukauden aikana, on avopalveluiden käyttö tämän jälkeen maksutonta ja laitoshoidosta perittävät maksut huomattavasti alennettuja. Maksukaton tarkoituksena on estää kohtuuton maksurasitus paljon terveyspalveluja käyttävillä. Maksukaton seuranta-aika muuttuu vuoden 2001 alusta kalenterivuodeksi.

**Kuva 14.** Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitusosuudet vuosina 1990 ja 1998



## Terveysmenojen rahoitus

Kuntien terveystoimen menoihin kunnat saavat valtiolta sosiaali- ja terveystoimen valtionosuutta. Vuonna 1999 se kattoi noin viidenneksen näistä menoista. Valtionosuuden markkamäärä laski selvästi vuoteen 1999 asti. Vuodesta 2000 lähtien osuus tulee hieman kasvamaan. Asiakasmaksuilla kunnat pystyivät kattamaan perusterveydenhuollon menoista noin 12 prosenttia ja erikoissairaanhoidon menoista noin 6 prosenttia vuonna 1999. Asiakasmaksuilla katettava osuus terveystoimen menoista on pysytellyt samalla tasolla useamman vuoden ajan.

Sairausvakuutus rahoitetaan pääosin vakuutetuilta ja työnantajilta perittävien maksuin. Vuodesta 1998 lähtien valtio on maksanut ns. takuusuoritusta sairausvakuutusrahaston maksukyvyyn turvaamiseksi ja vuodesta 1999 lähtien osa arvonlisäverotuotosta on ohjattu sairausvakuutuksen rahoitukseen.

Lakisääteinen tapaturmavakuutus rahoitetaan kokonaan työnantajien vakuutusmaksuilla ja liikennevakuutuksen korvaukset vakuutettujen vakuutusmaksuilla.

Sairaus ja terveysmenojen arvioidut rahoitusosuudet vuonna 1999 (ennakkotieto)

	Menot, milj. mk	Rahoitusosuudet (%)				
		Valtio	Kunnat	Työnantajat	Vakuutetut	Asiakkaat
Sairausvakuutus <sup>1)</sup>	7 955	15	0	35	50	0
Lakisääteinen tapaturmavakuutus <sup>2)</sup>	950	0	0	100	0	0
Liikennevakuutus <sup>2)</sup>	360	0	0	0	100	0
Perusterveydenhuolto <sup>3)</sup>	11 700	21	67	0	0	12
Erikoissairaanhoido <sup>3)</sup>	17 100	23	71	0	0	6

<sup>1)</sup> Sisältää sairauspäivärahat, ei vanhempainpäivärahoja

<sup>2)</sup> Ilman eläkkeistä ja jatkuvia korvauksia

<sup>3)</sup> sis. asiakasmaksut

## Kirjallisuutta

- ▶ Kelan hoitamaa sosiaaliturvaa koskevat laskelmat vuosille 1999-2001. Kansaneläkelaitos. Toukokuu 2000.
- ▶ OECD Health Data 2000. A comparative analysis of 29 countries.
- ▶ Sosiaali- ja terveystietomus 2000, Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2000:7.
- ▶ Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960-98. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T9:57. Helsinki, 1999.
- ▶ The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. WHO, 2000.

## 2.2. Toimintarajoitteisuus

	1998	1999*	2000**	2001**
Pääryhmän menot (mmk)	26 150	25 700	25 400	25 800
- josta toimeentuloturva (mmk)	20 900	20 300	19 750	19 800
% sosiaalimenoista	13,9	13,6	13,1	12,8
% BKT:sta	3,8	3,6	3,2	3,1
Työkyvyttömyyseläkkeen saajat 31.12.	288 050	282 050	276 700	271 500
Vammaistuen saajat 31.12	11 600	11 700	11 700	11 800
Vammaisia laitoshoidossa 31.12.	3 200	3 000	2 800	2 700
Kuljetuspalveluja saaneet, vuoden aikana	58 600	61 700	61 000	61 000
Kodinhuoltoapua saaneet vammaiskotitaloudet, vuoden aikana	6 290	6 580	6 600	6 600
Omaishoidon tukea saaneet vammaiset, vuoden aikana	7 640	7 700	7 700	7 700

\* ennakkotieto

\*\* ennuste

### Toimintarajoitteisuuden aiheuttamissa menoissa ei suuria muutoksia

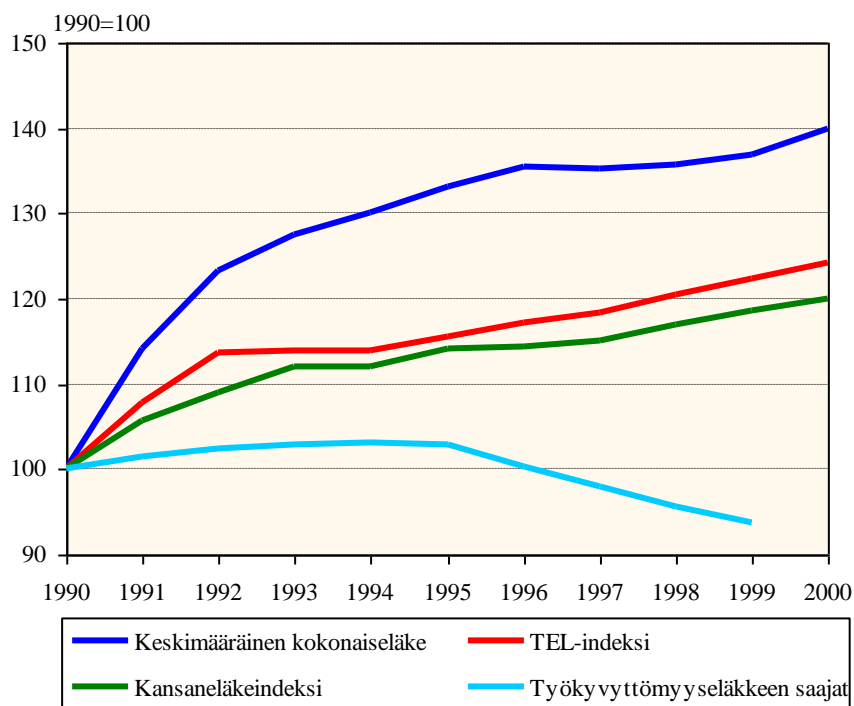
Työkyvyttömille ja vammaisille suunnatun sosiaaliturvan menot ovat vuonna 2000 arviolta 25,4 miljardia markkaa. Toimintarajoitteisuusmenot alenevat hieman ja niiden bruttokansantuoteosuus, runsaat 3 prosenttia, on lievässä laskussa.

Pääosa toimintarajoitteisuusmenoista, vajaat 16 miljardia markkaa, on eläkemenoja. Sairausperusteisella varhaiseläkkeellä olevien osuus 16-64-vuotiaasta väestöstä oli suurimmillaan 1990-luvun alussa, viime vuosina se on laskenut. Vuonna 1998 oli 16-64-vuotiaasta väestöstä 8,1 prosenttia työkyvyttömyyseläkkeellä tai yksilöllisellä varhaiseläkkeellä. Muille kuin eläkkeellä oleville vammaisille maksettavan vammaistuen menot, arviolta 165 miljoonaa vuonna 2000, ovat vain yksi prosentti suhteessa työkyvyttömyyseläkkeiden kustannuksiin. Vammaisten palveluihin käytetään noin 5,6 miljardia markkaa.

Keskimääräinen työkyvyttömyyseläke nousi vuoden 1996 eläkeuudistukseen asti, tä-

män jälkeen näiden eläkkeiden kehitys hidastui. Voimassa olevien eläkkeiden tason kehitystä on viime vuosina hidastanut kansaneläkkeen entisen pohjaosan asteittainen leikkaaminen. Kansaneläkkeen entisen pohjaosan loppuosa poistuu vuoden 2001 alussa. Uusien työkyvyttömyyseläkkeiden tasoa ovat heikentäneet muun muassa kansaneläkkeen täysi eläkevähenteisyys ja eläkkeen ns. tulevan ajan (odotettavissa oleva aika työkyvyttömyyden alkamisesta vanhuuseläkeikään) laskennassa tapahtuneet muutokset. Muutoin työkyvyttömyyseläkkeiden kehitys seuraa eläkeindeksien kehitystä (Kuvio 15).

Eläkeläisten verotuksen keventäminen on osittain korvannut eläketurvan leikkauksia. Vuoden 1999 lopussa työkyvyttömyyseläkkeensaajien keskimääräinen kokonaiseläke oli 5 322 markkaa kuukaudessa. Naisten työkyvyttömyyseläkkeenä maksettavat eläkkeet ovat keskimäärin noin 80 prosenttia miesten eläketasosta. Alle 5 000 markan kokonaiseläkettä sai 54 prosenttia ja yli 7 500 markan kokonaiseläkettä 16 prosenttia työkyvyttömyyseläkeläisistä.

**Kuvio 15.** Työkyvyttömyyseläkkeiden kehitys vuosina 1990-2000

### Vammaisten ja vajaakuntoisten matala työllisyysaste lisää sosiaaliturvamenoja

Vammaisten ja vajaakuntoisten työllisyysaste on olennaisesti alempi kuin muun väestön. Vaikka yleinen työllisyystilanne on parantunut, vammaisten ja vajaakuntoisten työllisyystilanne on pysynyt vaikeana. Lisäksi huomattava osa työikäisistä vammaisista on kokonaan työelämän ulkopuolella. Eläketulot muodostavat pääasiallisen tulonlähteen noin kolmelle neljästä toimintarajoitteisuuteen liittyvien etuuksien saajista ja vastaavasti palkka- tai yrittäjätulot ovat pääasiallinen tulonlähde vain vajaalle viidennekselle.

Vammaistuki on taloudellista tukea muiden kuin eläkkeellä olevien vammaisten selviytymiseen jokapäiväisissä toimissa, työelämässä ja opiskelussa. Vammaistuki maksetaan haittojen, avuntarpeen ja erityiskustannusten määrän mukaan kolmiportaisena. Vuonna 2001 vammaistuki on 441, 1 029 tai 1 912 markkaa kuukaudessa. Vammaistuen saajien määrä on pysynyt pitkään samalla, vajaan 12 000 henkilön

tasolla. Vammaistukihakemusten hylkäysprosentti on ollut huomattavan korkea (34–37 % vuosina 1997–1999). Hylkäysprosentti on ollut keskimääräistä korkeampi 16-34 -vuotiaiden ikäryhmässä.

Vajaakuntoinen määritellään työvoimapaaluasetuksessa henkilöksi, jonka mahdollisuudet saada sopivaa työtä, säilyttää työ tai edetä työssä ovat huomattavasti vähentyneet asianmukaisesti todistetun vamman, sairauden tai vajavuuden takia. Vajaakuntoisten työttömien työnhakijoiden määrä on kasvanut viime vuosina 4 000 – 5 000:lla henkilöllä vuosittain. Vuonna 1999 työvoimahallinnon asiakkaana oli 80 070 vajaakuntoista työnhakijaa, joista työttöminä oli 66 575. Vuonna 1999 vajaakuntoisia työnhakijoita oli keskimäärin 38 800. Vajaakuntoisten osuus työttömistä työnhakijoista on suurentunut työllisyystilanteen parantuaessa, ja vuonna 1999 joka kymmenes työnhakija oli vajaakuntoinen.

Vajaakuntoisten työttömyys on kestoltaan selvästi pidempää kuin muiden työttömien. Päättyneiden työttömyysjaksojen keski-

määräinen kesto lyheni vuonna 1999 vajaakuntoisilla 34 viikosta 33 viikkoon, kaikilla työnhakijoilla 21 viikosta 19 viikkoon. Ikääntyneiden osuus vajaakuntoisista työnhakijoista on kasvussa ja tämä osaltaan pidentää vajaakuntoisten työttömyysjaksoja. Vajaakuntoisuuden yleisimmät syyt ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, hengityselinten taudit sekä mielenterveyden häiriöt.

Suojatyöpaikkoja oli vuoden 1999 lopussa 3 000 ja kehitysvammaisten työtoimintaan osallistuvia oli 10 300. Työtoiminnalla tarkoitetaan muuta kuin työsuhteessa tapahtuvaa työntekoa. Suojatyön ja kehitysvammaisten työtoiminnan nettomenot olivat yhteensä 575 miljoonaa markkaa.

Kuntoutusrahalakia ja kansaneläkelakia muutettiin 1.8.1999 alkaen niin, että kaikille vajaakuntoisille 16- ja 17-vuotiaille nuorille turvataan mahdollisuus ammatilliseen kuntoutukseen ja aiempaa suurempaan kuntoutusrahaan. Muutoksella pyrittiin ensisijaisesti vaikuttamaan sellaisiin vaikeavammaisiin nuoriin, jotka ovat aiemmin siirtyneet 16-vuotiaana suoraan eläkkeelle ilman tehostettua työkyvyn arviointia ja kuntoutusta. Nykyisin työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää alle 18-vuotiaalle ainoastaan silloin, kun on selvitetty, että ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia ei ole, tai kun kuntoutus on sairauden vuoksi keskeytynyt tai päättynyt tuloksettomana. Kuntoutusrahan saamisen ehtona on, että nuorelle on laadittu henkilökohtainen opiskelu- ja kuntoutumissuunnitelma. Kuntoutusrahaa maksetaan enintään 18-vuotiaaksi asti tai jos henkilö on 18 vuotta täyttäessään kuntoutuksessa siihen asti, kun meneillään oleva kuntoutusjakso päättyy. Vuonna 2000 nuoren vajaakuntoisen kuntoutusraha on 2 139 markkaa kuukaudessa.

Vuoden 1999 lopussa 16-17-vuotiaita nuoria oli työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuella (entinen määräaikainen työky-

vyttömyyseläke) yhteensä 813. Uusia työkyvyttömyyseläkkeitä ja kuntoutustukia myönnettiin vuonna 1999 yhteensä 445. Elokuussa 1999 voimaan tullut uudistus näyttää vähentäneen nuorten eläkkeelle ja kuntoutustuella siirtymistä. Vuoden 2000 tammi - lokakuun aikana uusia työkyvyttömyyseläkkeitä ja kuntoutustukia myönnettiin 156, joista 110 oli työkyvyttömyyseläkkeitä. Kesäkuun lopussa 2000 nuoria kuntoutusrahan saajia oli yhteensä 441.

1.8.1999 tuli voimaan myös uudistus, joka antaa pelkkää kansaneläkelain mukaista työkyvyttömyyseläkettä saaville henkilöille mahdollisuuden jättää eläkkeensä lepäämään vähintään kuudeksi kuukaudeksi ja enintään kahdeksi vuodeksi työssäolon ajaksi. Tarkoitus on kannustaa vammaisia hakeutumaan työelämään. Jotta työssäkäynti olisi vammaiselle henkilölle kannattavampaa kuin eläkkeelläolo, eläkkeen lepäämisajalta maksetaan erityisvammaistuen suuruinen vammaistuki, joka on 1 912 markkaa kuukaudessa vuonna 2001. Uudistus ei ole toistaiseksi lisännyt työssäkäyntiä odotetussa määrin, heinäkuussa 2000 lepäämässä oli vain 25 eläkettä. Alhainen määrä saattaa osittain johtua siitä, että henkilölle, jonka eläke on lepäämässä, ei voida myöntää työhallinnon työllistämistukea.

### **Vammaisten työllisyyttä koskevia selvityshankkeita**

Selvityshenkilö Matti Marjanen on selvittänyt STM:n toimeksiannosta vammaisten ja vajaakuntoisten työllistymisen esteitä. Syksyllä 2000 jätetyn ehdotuksen tavoitteena on tasa-arvoistaa vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden työllistymisedellytyksiä ja nostaa heidän työhönosallistumisastettaan. Selvityshenkilö ehdottaa muutoksia työllisyyslakiin, sosiaalihuollon työllistämistehtäviä koskeviin säännöksiin ja sosiaalivakuutuslainsäädäntöön.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alaa koskee ensinnäkin vuodelta 1978 oleviin invalidihuoltolain säännöksiin perustuvan suojatyöjärjestelmän uudistaminen. Invalidihuoltolaki kumottiin muilta osin vammaispalvelulain voimaantulon yhteydessä vuonna 1988. Selvityshenkilön ehdotuksen mukaan nykyistä suojatyötä vastaava toiminta säilyisi edelleen sosiaalihuoltoon kuuluvana kunnallisena tehtävänä. Tämä tapahtuisi lisäämällä sosiaalihuoltolakiin uudet säännökset työllistymistä tukevasta toiminnasta ja työtoiminnasta. Uudistuksella ei odoteta olevan merkittäviä kustannusvaikutuksia. Ehdotukseen sisältyy myös kuntien ja järjestöjen ylläpitämisen työkeskusten toiminnan kehittäminen muun muassa siten, että Kansaneläkelaitos voisi ostaa niiltä ammatillisen kuntoutuksen palveluja.

Sosiaalivakuutuslainsäädäntöön ehdotetut muutokset koskevat kansaneläkkeen lepäämään jäämiseen liittyvän tulorajan määrittämistä 3 500 markaksi kuukaudessa ja eläkkeen lepäämisen enimmäisajan pidentämistä kahdesta vuodesta viiteen vuoteen. Lisäksi ehdotetaan nuorten vajaakuntoisten kuntoutusrahan maksukauden pidentämistä kahdella vuodella 20 ikävuoteen asti sekä työssäkäyvien kansaneläkelain mukaista työkyvyttömyyseläkettä saavien henkilöiden oikeutta saada sairauspäivärahaa. Nuorten kuntoutusrahauden pidentäminen pienentäisi eläkemenoja. Sairauspäiväraha-oikeuden kustannukset on arvioitu vajaaksi miljoonaksi markaksi 1 000:ta eläkkeensaajaa kohti. Näiden ehdotusten lisäksi kokonaisuuteen sisältyy useita työhallinnon alaa koskevia ehdotuksia.

Kauppa- ja teollisuusministeriö käynnisti vuoden 2000 alussa hallitusohjelmaan sisältyvän kaksivuotisen yrittäjyys-hankkeen, joka toteutetaan eri hallinnonalojen, järjestöjen, yrittäjien ja muiden tahojen yhteistyönä. Hanke on jaettu viiteen osakokonaisuuteen, joista yksi on yrittäjäksi ryhtymisen ja sen osana on erityisryhmien kuten

vammaisten yritystoiminnan edistäminen. Erityisryhmien yrittäjyyden edistämiseksi on käynnistynyt 31.3.2001 mennessä valmistuva selvityshanke. Hankkeen tehtävänä on ensinnäkin selvittää vuoden 2000 loppuun mennessä mahdollisia vaikeavammaisten yrittäjien arvonlisävero- ja huojennuksen korvaavia uusia tukimuotoja ja toisaalta tarkastella laajemmin sosiaalista yrittäjyyttä vaikeasti työllistyvien yhtenä työllistymiskeinona.

### **Kuntoutus aktiivisen sosiaalipolitiikan keinona**

Kuntoutus on yksi aktiivisen sosiaalipolitiikan keinoista, joilla edistetään väestön työ- ja toimintakykyä. Kuntoutusta voidaan perustella sekä inhimillisellä että taloudellisella hyödyllä. 2000-luvun alussa työikäisten kuntoutuksen haasteena ovat niin ikääntyvät vajaakuntoiset työntekijät, pitkäaikaistyöttömät, sosiaalisesti syrjäytymisvaarassa olevat nuoret kuin vaikeasti vammaiset henkilöt. Kuntoutustarpeen taustalla on yhä useammin mielenterveys-, päihde- tai huumeongelmia. Uusien ongelmien edessä on kehitettävä uusia menetelmiä ja toimintatapoja ja niiden vaikutuksia on jatkuvasti seurattava tutkimuksilla. Kuntoutuksessa pitää tarkastella yhtäläillä yksittäisiä toimenpiteitä ja järjestämistapoja, pitempiäaikaisia prosesseja kuin koko järjestelmän toimivuutta.

Kuntoutus on viime vuosina kohdistunut entistä useammin työelämässä oleviin yli 45-vuotiaisiin. Tähän ovat vaikuttaneet pidempään työssä pysymiseen kannustava työeläkeuudistus sekä ikääntyviin kohdistuneet Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoimenpiteet. Ikääntyneiden työttömien työelämän ylläpitämiseen on tähdätty työhallinnon, sosiaali- ja terveystalouden ja Kansaneläkelaitoksen yhteisellä ikääntyvien pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksellä (IP-hanke).



Työeläkelaitosten järjestämän ammatillisen kuntoutuksen volyymi kasvoi koko 1990-luvun. Vuonna 1999 kuntoutusta järjestettiin 103 miljoonalla markalla 3 900 henkilölle. Kuntoutusta saaneista vajaa puolet (41 %) oli 45 - 54-vuotiaita ja vain 7 prosenttia oli yli 55-vuotiaita. Tyypillisin työeläkekuntoutuja oli 35 - 44-vuotias tuki- ja liikuntaeläinsairauksista kärsivä työntekijä, joka sai koulutusta uuteen ammattiin. Vuonna 1999 kaikista kuntoutuksensa päättäneistä 44 prosenttia siirtyi takaisin työelämään ja 30 prosenttia eläkkeelle. Työelämään palaamisen todennäköisyys on sitä suurempi mitä aikaisemmin kuntoutus aloitetaan. Niistä henkilöistä, jotka eivät olleet eläkkeellä tai kuntoutustuella kuntoutukseen hakeutuessa, runsas puolet (54 %) palasi työhön; eläkkeellä olevista vain vajaa kolmannes (30 %).

Erytyisesti työssä olevien työkyvyn säilyttämiseksi ja parantamiseksi on Kansaneläkelaitoksessa kehitetty varhaiskuntoutuksen muoto Aslak (ammattillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus). Valtaosa Aslak-toiminnasta järjestetään työpaikkat tai ammattialakohtaisina kursseina kuntoutuslaitoksissa ja kasvavassa määrin myös avokuntoutuksena. Aslak-toiminta on yksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksen painopisteitä ja siihen on vuosi vuodelta osoitettu lisää varoja. Kuntoutusta sai vuonna 1999 runsaat 14 000 henkeä, joista 8 600 oli 45-54-vuotiaita ja noin 1 000 yli 55-vuotiaita. Tutkimuksen mukaan Aslak-toiminta on kohentanut etenkin siihen osallistuneiden naisten koettua työkykyä ja elämänlaatua.

Työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus (Tyk-toiminta) on tarkoitettu erityisesti ikääntyville, pitkään työelämässä olleille työntekijöille. Se järjestetään yhteistyössä työntekijän, hänen työpaikkansa ja kuntoutuslaitoksen kanssa. Tyk-toimintaa järjestettiin vuonna 1999 noin 7 000 henkilölle. Heistä 4 000 oli 45 - 54-vuotiaita ja noin 2 600 yli 55-vuotiaita. Tyk-toiminnan vaikut-

tavuustutkimuksen tulokset valmistuvat vuoden 2000 kuluessa.

Suomen työllisyysohjelmaan 1996-1999 sisältäneiden ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvitysten tavoitteena oli tehostaa heidän työvoimapalvelujaan, koulutustaan, kuntoutustaan ja työkyvyn arviointiaan, selvittää eläkevaihtoehtoja sekä tuottaa tietoa ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömyydestä. Kuntoutustoimenpiteistä hyötyivät selvityksen mukaan eniten yhtäältä melko hyväkuntoiset henkilöt, joiden työelämään paluuta voitiin edistää kuntoutuksen avulla sekä toisaalta heikentyneen työkyvyn omaavat henkilöt, jotka kuntoutusselvitysten ja -tutkimusten seurauksena siirtyivät työkyvyttömyyseläkkeelle. Vuonna 1999 kuntoutustarveselvityksiin, kuntoutustutkimuksiin tai kuntoutuskursseilla osallistui noin 5 500 ikääntyvää pitkäaikaistyöttömää. Kokeiluna alkaneet palvelutarveselvitykset on nyttemmin otettu käyttöön koko maassa.

Vuoden 2000 alusta voimaan tulleen eläkeuudistukseen liittyi eläkelakien muutosten lisäksi myös muita työssä pysymistä tukevia toimenpiteitä. Tarkoituksena on muun muassa asteittain toteuttaa työeläkejärjestelmässä vakuutettujen oikeus varhaiseen kuntoutustarpeen selvittelyyn. Vakuutus kuntoutus (VKK) toteuttaa Työeläkelaitosten Liiton toimeksiantona vuosina 2000-2002 Kuntoutus- ja työkyvyn arviointiverkosto -projektin (KUTVE). Tavoitteena on kehittää työeläkekuntoutuksen keinoja tukea niitä henkilöitä, joiden on vaikea jatkaa työssään heikentyneen terveydentilan vuoksi ja vaikuttaa myös siihen, että ikääntyneet työntekijät voivat jatkaa työelämässä nykyistä pitempään. Kehittämisen kohteena projektissa ovat kahdenlaiset yhteistyökäytännöt: (1) Työkyvyttömyyden uhkaan liittyvää varhaista kuntoutustarpeen havaitsemista ja selvitysprosessin käynnistämistä koskeva paikallinen toiminta. Tähän liittyen järjestetään työterveyshuollon henkilöstölle koulutusta yhteistyössä Työterveyslai-

toksen kanssa. (2) Tilaajien (työeläkelaitokset) ja kuntoutuspalveluiden tuottajien (työklinit ja kuntoutuslaitokset) välinen yhteistyö kuntoutustutkimusten ja työkokeilujen järjestämisessä. Lisäksi työstetään toimintakyvyn mittaamisen menettelytapoja ja kriteereitä Kansaneläkelaitoksen ja työeläkelaitosten lääkäreiden työryhmissä. Meneillään on myös työkyvyttömyyseläkehakemusten liitteinä olevien SvB-lääkärinlausuntojen sisällön arviointitutkimus.

Vuoden 2001 talousarvioesitykseen sisältyy kuntoutusrahan vähimmäistason korottaminen 1.9.2001 alkaen ammatillisen kuntoutuksen ajalta. Kuntoutusrahan vähimmäismääräksi tulee nykyisen noin 1 500 markan sijasta 2 139 markkaa. Lisäksi Kansaneläkelaitos ryhtyy maksamaan harkinnanvaraisena etuutena verotonta ylläpitokorvausta ammatilliseen kuntoutukseen osallistuville. 30 markan ylläpitokorvausta suoritettaisiin lähinnä kuntoutustutkimusten, avomuotoisena toteutettujen kurssien, työkokeilujen ja vastaavien ajalta henkilöille, joille on kuntoutuksesta välttämättömiä kustannuksia esimerkiksi matkakustannusten omavastuusäännösten vuoksi ja joiden kuntoutusrahan taso muutoin määräytyy vähimmäissäännösten perusteella. Kuntoutusrahan tasokorotuksen arvioidaan kohdentuvan noin 1500 kuntoutujalle. Uudistusten kustannusarvio on vuositasolla 7 miljoonaa markkaa.

### **Työkyvyttömyyseläke ja työttömyyseläke työelämästä poistumisreitteinä**

Ikääntyneet siirtyvät työelämästä yleensä eläkkeelle. Se on 55 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä yli kaksi kertaa yleisempää kuin työelämästä poistuminen työttömyyden kautta. Ikääntyneiden varhaiseläkkeen saajien väestöosuus on kuitenkin pienentynyt 1990-luvulla ja työttömien osuus on kasvanut. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien väestöosuus on pienentynyt sekä 55-59-vuotiaiden että 60-64-vuotiaiden ikä-

ryhmässä. Vuonna 1998 osuudet olivat 21 prosenttia (55-59-vuotiaat) ja 41 prosenttia (60-64-vuotiaat).

Työttömyys on keskeisin työelämästä poistumisen väylä ennen 58. ikävuotta. Työttömäksi siirtyminen yleistyy 55. ikävuodesta lähtien. Tämän ns. työttömyyseläkeputken käyttö on yleisintä teollisuudessa ja rakennustoiminnassa. Työelämästä pois siirtymisen yleisyys ei poikkea paljoakaan sukupuolten kesken.

Myönteistä on, että yli 55-vuotiaiden työllisyysaste, työllisten osuus ikäluokan väestöstä, parani vuonna 1999 lähes samaan tahtiin kuin nuorillakin. Erityisesti kohentui naisten työllisyys. Ikääntyneiden työllisyysasteen paraneminen johtuu heidän pysymisestään aiempaa kauemmin työelämässä. Työttömäksi jäävien ikääntyneiden työntekijöiden on kuitenkin edelleen vaikea löytää uutta työpaikkaa. Ikääntyneiden työllistymisvaikeudet korostavat tarvetta tukea heidän työssä selviytymistään ja riittävän varhaista kuntoutustaan.

Keskimääräinen eläkkeelle siirtymisikä jatkoi nousuaan vuonna 1999. Se nousi 59 vuoteen, mikä oli korkeampi kuin kertaakaan 1990-luvulla. Jos varhaiseläkkeille siirryttäisiin jatkossa entiseen tahtiin, alle 65-vuotiaana eläkkeelle siirtyvien määrä kohoaisi muutamassa vuodessa merkittävästi ikäluokkien koon kasvun takia.

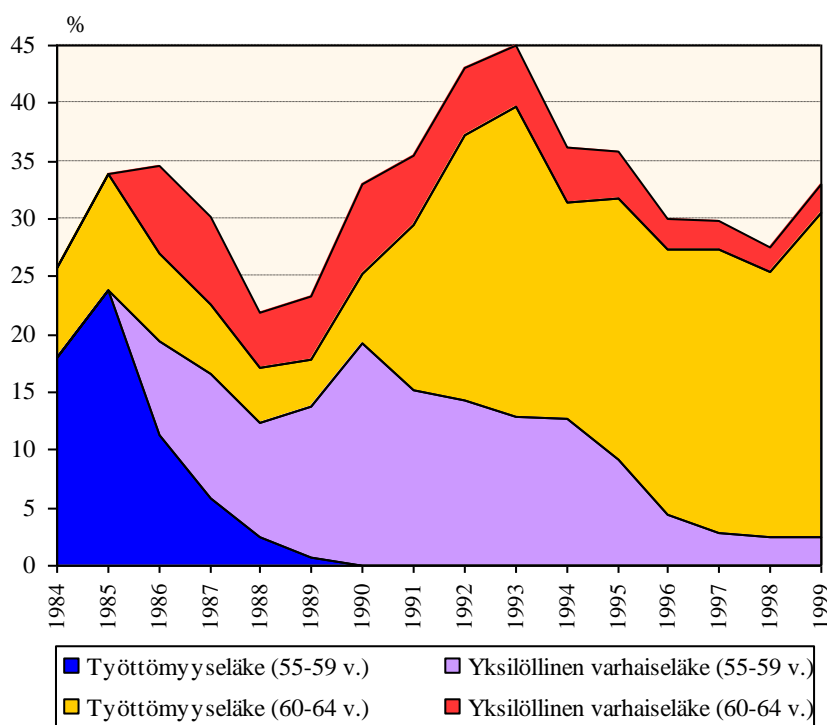
Työkyvyttömyyseläkkeen saajien määrä ei ole tarkka todellisen työkyvyn menettämisen yleisyyden mittari. Työkyvyttömyyseläkeläisten määrään vaikuttavat muun sosiaaliturvan laajuus, eläkkeeseen oikeuttavan työkyvyttömyyden määrittely sekä työllisyyden ja työelämän muutokset. Esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeensaajien osuuden kasvu 1980-luvun lopulla johtui suurelta osin yksilöllisen varhaiseläkkeen käyttöönotosta. Tässä eläkkeessä työkyvyttömyys määritellään lievemmin sairausperustein kuin varsinaisessa työkyvyttömyys-

eläkkeessä. Vuonna 1996 yksilöllisen varhaiseläkkeen ikärajaa nostettiin 55 vuodesta 58 vuoteen ja vuonna 2000 se nousi edelleen 60 vuoteen.

55-64-vuotiaan väestön keskuudessa erityisesti uusien yksilöllisten varhaiseläkkeiden määrä on vähentynyt samaan aikaan kun

työttömyyseläkkeiden määrä on kasvanut (Kuvio 16). Yksilöllisten varhaiseläkkeiden ikärajan korottaminen 60 ikävuoteen vuoden 2000 alussa ei juurikaan vaikuta alkavien eläkkeiden määrään, sillä alle 60-vuotiaana alkavien yksilöllisten varhaiseläkkeiden määrä on jo aiemmin pudonnut pieneksi.

**Kuvio 16.** Alkaneiden työttömyyseläkkeiden ja yksilöllisten varhaiseläkkeiden osuus 55 – 64-vuotaiden ikäryhmässä vuosina 1984 - 1999



### Mielenterveyden häiriöt yhä useammin työkyvyttömyyseläkkeen syynä

Verenkiertoelinten sairauksien perusteella myönnetyt työkyvyttömyyseläkkeet ovat vähentyneet huomattavasti kahden viime vuosikymmenen aikana. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuus suureni jyrkästi 1990-luvun alkuun asti, minkä jälkeen se on hiukan pienentynyt. Mielenterveyden häiriöiden osuudessa muutokset eivät ole olleet yhtä suuria. Viime vuosina niiden osuus työkyvyttömyyden syynä on kasvanut. Kuvioissa 17 ja 18 kuvataan yksityisen sektorin kehitystä, koska yksityisen ja julkisen sektorin yhteistilastoja on tehty vasta

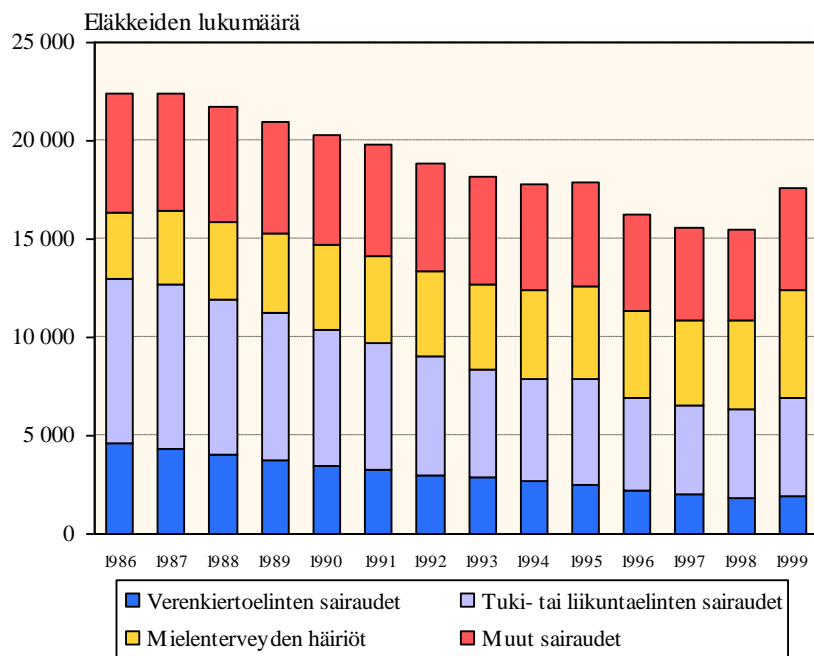
vuodesta 1996 alkaen. Uusien työkyvyttömyyseläkkeiden ja uusien yksilöllisten varhaiseläkkeiden määrä kääntyi kasvuun vuonna 1999.

Koko työeläkejärjestelmässä yleisimpiä uusien työkyvyttömyyseläkkeiden syitä vuonna 1998 olivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (31 %). Ne olivat yleisin syy (49 %) myös uusiin yksilöllisiin varhaiseläkkeisiin. Uusista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä henkilöistä hieman aiempaa suurempi osa (29 %) siirtyi eläkkeelle mielenterveyden häiriöiden takia. Mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnettyjen uusien yksilöllisiä varhaiseläkkeiden osuus

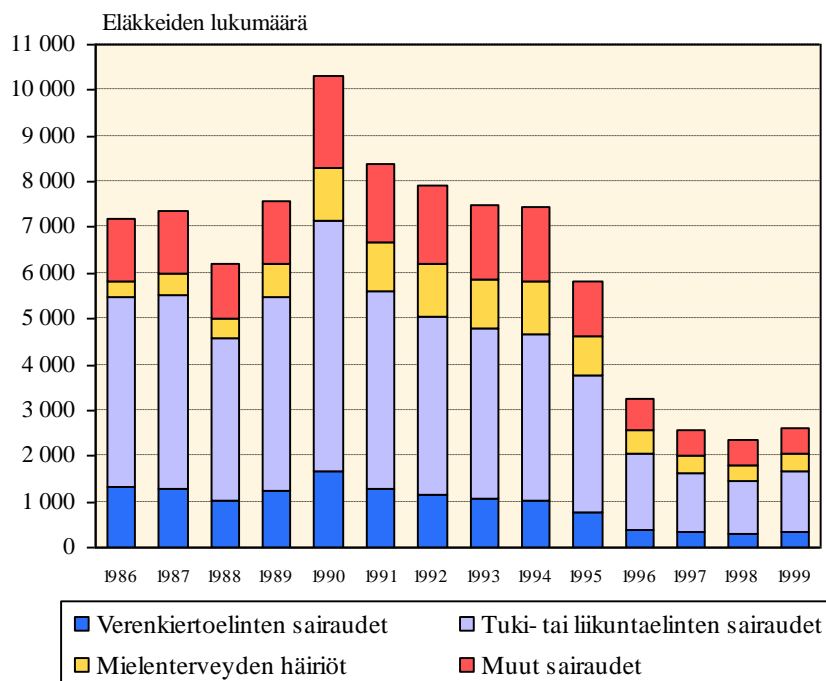
pysyi 16 prosentissa vuosina 1997 ja 1998. Kuntoutustuen saajilla mielenterveyden häiriöt ovat pysyneet tavallisimpana työky-

vyttömyyden syynä. Vuonna 1998 niiden perusteella myönnettiin 39 prosenttia uusista kuntoutustuista.

**Kuvio 17.** Yksityisellä sektorilla alkaneet työkyvyttömyyseläkkeet syyn mukaan vuosina 1986-1999



**Kuvio 18.** Yksityisellä sektorilla alkaneet yksilölliset varhaiseläkkeet syyn mukaan vuosina 1986-1999



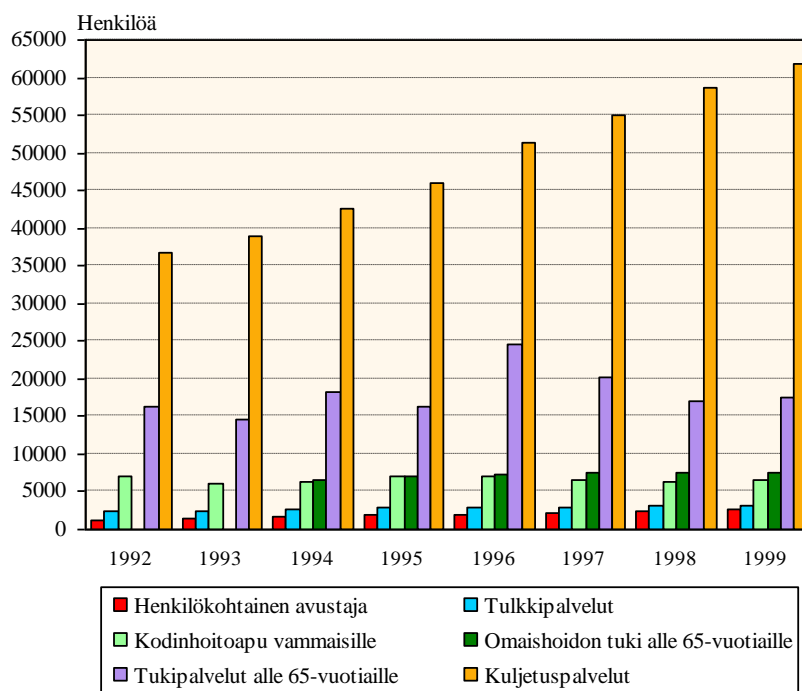
Lähde: Eläketurvakeskus

### Vammaisten palvelut lisääntyneet – palveluissa alueellisia eroja

Vuonna 1999 kotipalvelua myönnettiin hieman useammalle alle 65-vuotiaalle henkilölle kuin edellisellä vuonna. Myös vammaispalvelulain mukaisten kuljetuspalvelujen, tulkkipalvelujen ja henkilökohtaisen avustajan saaneiden vammaisten

määrä kasvoi. Kuljetuspalvelut ovat selvästi laajin vammaisten palvelumuoto. Suhteellisesti eniten kasvoi henkilökohtaisen avustajan saaneiden määrä, avustaja korvattiin lähes 2 600 vammaiselle henkilölle vuoden 1999 aikana. Sen sijaan omaishoidon tuella hoidettujen alle 65-vuotiaiden henkilöiden määrä laski hieman. (Kuvio 19)

**Kuvio 19.** Kotipalvelua, omaishoidon tukea ja eräitä vammaispalveluja saaneet vammaiset henkilöt vuosina 1992-1999



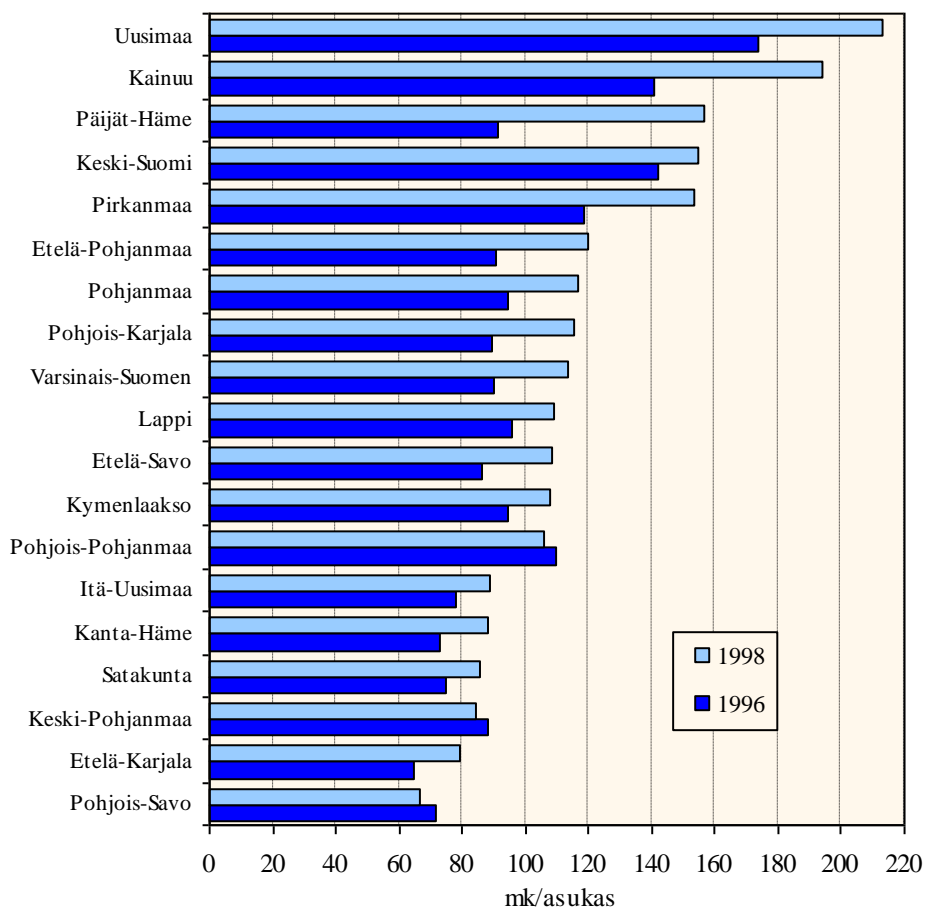
Lähde: SOTKA

Nykyinen vammaispalvelulaki on ollut kokonaisuudessaan voimassa vuodesta 1994. Vammaispalvelulain mukaisia palveluja ja tukitoimia järjestetään vain, jos vammaisen henkilö ei saa riittäviä tai sopivia palveluja muun lain nojalla. Vammaispalvelulakia sovelletaan arviolta runsaaseen prosenttiin maamme väestöstä. Vammaispalvelujen saajien määrä kasvoi koko 1990-luvun, samoin niiden järjestämiseen käytetyt menot. Vuodesta 1994 vuoteen 1998 vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja tukitoimien kustannukset kasvoivat reaalisesti yli kolmanneksella. Vuonna 1998

vammaispalvelujen kustannukset olivat 721 miljoonaa markkaa.

Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja tukitoimien menot asukasta kohti ovat kasvaneet vuosittain kaikissa lääneissä ja lähes kaikissa maakunnissa. Menoissa on kuitenkin huomattavia alueellisia eroja. Vuosina 1996 ja 1998 menot olivat selvästi suurimmat Uudellamaalla (210 mk/asukas v.1998) ja pienimmät Pohjois-Savossa (70 mk/asukas v.1998). Koko maassa menot olivat vuonna 1998 keskimäärin 140 markkaa asukasta kohti. (Kuvio 20)

**Kuvio 20.** Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja tukitoimien menot maakunnittain vuosina 1996 ja 1998, mk/asukas



Lähde: SOTKA

Keskeisinä syinä vammaispalvelujen asiakkaiden ja kustannusten kasvuun voidaan pitää väestön ikääntymistä ja lisääntyntä tietoisuutta vammaispalveluista. Muun muassa kuntien kokoerojen takia on kuitenkin vaikea arvioida täsmällisesti, miten hyvin vammaispalvelujen tarjonta vastaa vammaisten tarpeita eri kunnissa. Näyttää siltä, että vammaispalvelulain soveltamis-käytännöissä on merkittäviä kunnittaisia ja alueellisia eroja, mikä aiheuttaa vammaisten ihmisten epätasa-arvoa. Etenkin määrärahasidonnaisten palvelujen ja tukimuotojen saatavuudessa on ongelmia, koska kunnat eivät ole varanneet riittäviä määrärahoja niiden toteuttamiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi maaliskuussa 2000 Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle valiokunnan pyytämän

selvityksen kuntien vammaispalvelujen toimeenpanosta. Selvityksen johdosta antamassaan lausunnossa sosiaali- ja terveysvaliokunta painotti kunnille säädetyin vastuun vammaispalvelujen järjestämisestä edellyttävän, että jokaisessa kunnassa selvitetään tarvittavien palveluiden ja tukitoimien sisältö ja laajuus.

Kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen erojen syyt ovat moninaiset. Erot johtuvat kuntien erilaisista voimavaroista ja asukkaiden erilaisista tarpeista, palvelurakenteesta, kunnallisesta sosiaali- ja terveystoimintapolitiikasta sekä palvelutuotannon tehokkuuden ja tuottavuuden eroista. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että kuntien ulkopuoliset tekijät, kuten taloudellisten voimavarojen erot tai valtion ohjauksen muutos, vaikuttavat vähemmän menojen eroi-

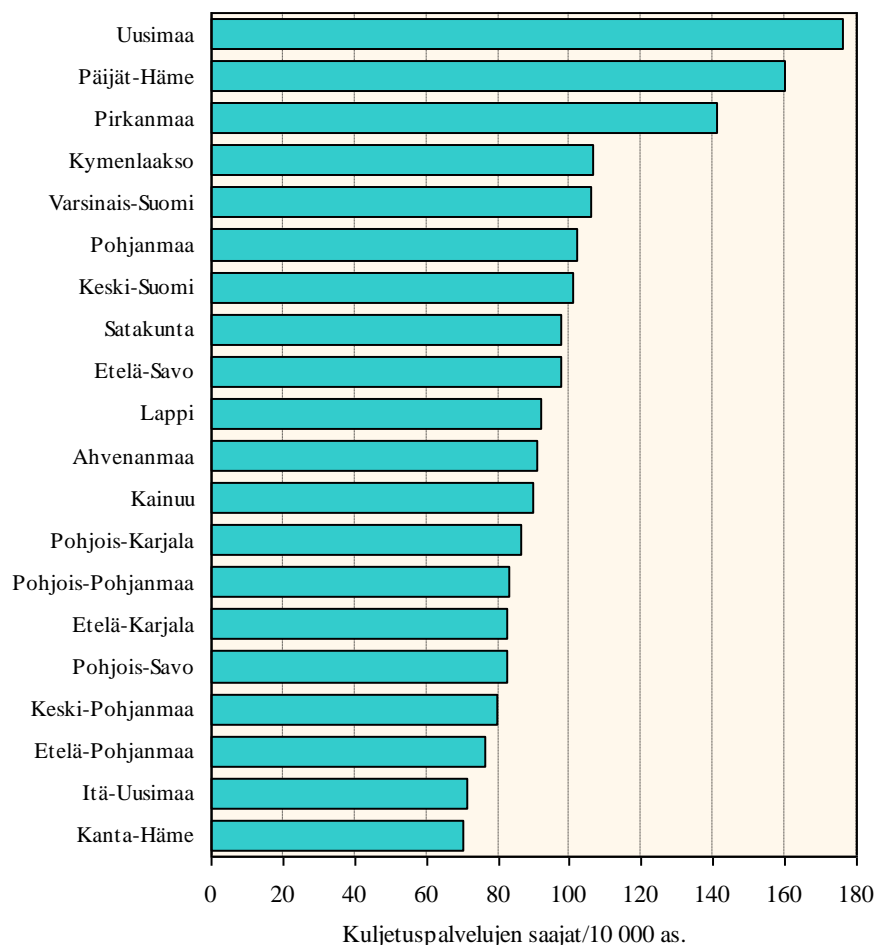
hin kuin usein oletetaan ja kunnan sisäiset tekijät (politiikka, rakenteet, paikallinen toimintakulttuuri) puolestaan vaikuttavat oletettua enemmän.

Vammaispalvelujen menojen kasvun voidaan ennustaa jatkuvan. Tämä johtuu avohoitopainotteisesta vammais- ja vanhuspolitiikasta ja vammaispalvelujen kehittämistarpeista.

Kuljetuspalveluilla on tärkeä merkitys vaikeavammaisten selviytymisessä arkipäivästä. Vaikeavammaisten kuljetuspalvelujen myöntäminen suhteessa asukkaiden määrään kasvoi vuosina 1994 –1999 kaikissa lääneissä ja maakunnissa. Vuonna 1999 kuljetuspalveluja annettiin eniten Uudel-

lomaalla, palveluja sai 176 henkilöä 10 000:ta asukasta kohti ja vähiten Itä-Uudellamaalla ja Kanta-Hämeessä (Kuvio 21). Koko maassa kuljetuspalveluiden saajia oli 10 000:ta asukasta kohti keskimäärin 119. Vaikeavammaisten kuljetuspalvelujen asiakkuus on selvästi yleisempää pääkaupunkiseudulla ja muissa kaupungeissa kuin taajaan asutuissa kunnissa tai maaseutukunnissa. Vammaispalvelulain mukaisten kuljetuspalveluiden asiakasmääriin vaikuttaa jossain määrin se, järjestetäänkö kunnassa muita kuljetuspalveluja. Muiden kuljetuspalveluiden vähentäminen on lisännyt etenkin vammaispalvelulain mukaisten kuljetuspalveluiden vanhusasiakkaiden määrää.

**Kuvio 21.** Vaikeavammaisten kuljetuspalvelujen saajat maakunnittain vuonna 1999/10 000 asukasta



Vammaispalvelulain mukaisiin kuljetuspalveluihin liittyviä perinteisiä ongelmia ovat vaikeavammaisuuden, lähikuntien ja omavastuuosuuksien määrittely. Uusin ongelma liittyy kuljetuspalveluiden toteuttamiseen yhteiskuljetuksina, esimerkiksi erilaisten kuljetusten yhdistämiseen matkojenvälityskeskuksien avulla, ja palvelulinjojen käyttöönottoon. Lisäksi joukkoliikenteen esteettömyys voi vaikuttaa siihen, määritelläänkö henkilö kunnassa vammaispalvelulain ja -asetuksen mukaiseksi vaikeavammaiseksi. Yhteiskuljetusmahdollisuuksien lisääntymisen ja liikenteen esteettömyyden parantumisen seurauksena jotkut kunnat ovat rajoittaneet vaikeavammaisten yksilökuljetusten määrää.

Uusilla kuljetusratkaisuilla voidaan vähentää vammaispalvelulain mukaisten kuljetuspalvelujen tarvetta ja ohjata vammaispalveluihin käytössä olevia voimavaroja muihin vammaispalveluihin. Vaikeavammaiset ihmiset tarvitsevat kuitenkin edelleen myös yksilökuljetuksia. Joustava käytäntö niin, että osa kuljetuksista voitaisiin suorittaa yksilökuljetuksina ja osa ryhmä- tai palveluliikennettä käyttäen ei ole nykyisen vammaispalveluasetuksen mukaan mahdollinen.

Vammaispalvelulain mukaan kunnat ovat velvollisia järjestämään tulkkipalveluja niitä tarvitseville vaikeavammaisille henkilöille. Tulkkipalvelujen vuosittaiseksi vähimmäistasoksi on säädetty 120 tuntia ja vaikeasti kuulo- ja näkövammaiselle 240 tuntia asiakasta kohden. Opiskelijoille on kuitenkin järjestettävä tulkkipalveluja opinnoissa suoriutumista edellyttävä määrä. Tulkkipalvelujen saajien määrä kasvoi koko 1990-luvun hiljalleen, mutta alueelliset erot palvelujen saatavuudessa ovat pysyneet suurina. Vuonna 1999 tulkkipalvelun saajia oli 3 100. Suhteellisesti eniten heitä oli Varsinais- ja Keski-Suomessa (8,3 saajaa/10 000 as.) ja vähiten Lapissa (4,2 saajaa/10 000 as.).

Stakesissa on tehty selvitys kuulo- ja puhevammaisten tulkkipalveluista. Tulkkipalvelun vuosittaiset kustannukset ovat noin 24 miljoonaa markkaa. Lisäksi opiskelutulkkien kustannuksiksi arvioidaan 10 miljoonaa markkaa. Tulkkipalvelun tarvitsijoiden määräksi arvioidaan yli 5 000 vaikeasti kuulovammaista ja 700 - 800 kuulonäkövammaista henkilöä. Vaikeasti puhevammaisia henkilöitä on useita tuhansia. Stakesin arvion mukaan noin 90 prosenttia tulkkipalveluista annetaan vaikeasti kuulovammaisille, alle 10 prosenttia kuulonäkövammaisille ja vain noin 1 prosentti puhevammaisille.

Tulkkipalveluja koskevassa selvityksessä ilmi tulleet keskeisimmät tulkkipalvelun puutteet liittyvät seuraaviin asiakokonaisuuksiin: pula päätoimisista tulkeista, alueelliset ja vammaryhmien väliset erot palvelujen saatavuudessa, laatukysymykset, tulkkaustuntien määrän riittämättömyys, viittomakieltä samoin kuin puhetta korvaavien ja tukevien menetelmien opetuksen puutteet pienillä lapsilla ja heidän perheillään sekä tulkkipalvelua tukevan tietoteknologian saatavuus.

### **Osassa kunnista ei lainkaan henkilökohtaisia avustajia**

Henkilökohtainen avustajatoiminta on kasvava vammaispalvelu, joka ei kuulu ns. subjektiivisiin oikeuksiin. Vuonna 1999 noin joka neljännessä kunnassa ei myönnetty lainkaan henkilökohtaisia avustajia. Avustajia myönnettiin 2,9 - 11,3 maakunnan 10 000:ta asukasta kohti keskiarvon ollessa 5,0.

Eriasteisesti kehitysvammaisia henkilöitä on Kansaneläkelaitoksen etuustilastojen mukaan vajaa 30 000. Heistä on vaikeavammaisia noin 6 000. Kehitysvammaisten erityispalveluja käyttää noin 21 000 henkilöä. Tavoitteena on ollut laitoshoidon osuuden vähentäminen kehitysvammahuollossa ja tässä on onnistuttu. Laitoshoidon



korvattu asumispalveluilla, jotka ovat viime vuosina kohentuneet parhaiten kehitysvammaisille tarkoitetuista palveluista. Vuonna 1999 laitoshoidossa olevien kehitysvammaisten määrä väheni edelleen noin 3 000 henkilöön. Kehitysvammaisten asumispalvelujen piirissä olevien määrä kasvoi noin 5 500 henkilöön. Kehitysvammahuollon palvelurakenteen muutoksen onnistunut jatkaminen edellyttää, että asumispalvelujen määrä ja laatu turvataan ja että erilaiset tilapäishoidon muodot avohoidossa toimivat. Erityishuoltopiirien tehtäväksi muodostuu entistä selkeämmin laitoshuollon järjestäminen ja toimiminen asiantuntijakeskuksina, jotka tukevat kuntien peruspalveluita.

### **Syrjinnän ehkäisy ja esteettömyys avainasemassa**

Syrjinnän ehkäisy ja poistaminen sekä esteettömyyden edistäminen ovat keskeisiä kysymyksiä vammaisten ja vajaakuntoisten ihmisten tasa-arvon toteuttamisen kannalta. Niiden merkitys korostuu väestön ikääntyessä ja sen myötä toimintarajoitteisten ihmisten määrän lisääntyessä.

Suomen perustuslaki ohjaa pitämään ansiotyötä ensisijaisena sosiaaliturvaan nähden myös vammaisten ihmisten toimeentulon turvaajana. Vammaisten ja muiden työ- ja toimintakykyrajoitteisten ihmisten työllisyysasteen nostaminen ja työsyryjinnän ehkäiseminen sekä itsenäisen suoriutumisen edellytysten parantaminen vaativat asennemuutosten lisäksi eri hallinnonalojen toimenpiteitä. Sosiaaliturvan uudistamisen lisäksi tarvitaan asuin-, elin- ja työympäristöjen kehittämistä esteettömiksi. Esteettömällä ympäristöllä tarkoitetaan ympäristöä, jossa ei ole fyysisiä eikä kommunikatiomahdollisuuksiin liittyviä esteitä. Mikäli pääosaan toimintarajoitteisuuden aiheuttamista palvelutarpeista pystyttäisiin vastaamaan yleisillä palveluilla ja muilla koko väestön kannalta toimivilla ratkaisuilla, vammaispalvelulaki toimisi alkuperäisessä

roolissaan eli erityispalvelujen turvaamisessa kaikkein vaikeavammaisimmille ihmisille.

### **Toimintarajoitteisuusmenojen rahoitus**

Kansaneläkkeet rahoitetaan pääasiassa työnantajien vakuutusmaksuilla sekä valtion varoilla. Valtio maksaa kansaneläkerahastoon tarvittaessa myös ns. takuusuoritusta rahaston maksukyvyyn turvaamiseksi. Lisäksi vuonna 1999 arvonlisäverontuotosta ohjattiin 2,4 miljardia kansaneläkkeiden rahoitukseen.

Työeläkkeet rahoitetaan työnantajien ja vakuutettujen vakuutusmaksuilla. Työntekijät ovat osallistuneet työeläkkeittensä rahoittamiseen vuodesta 1993 lähtien. Vuonna 1999 työntekijöiden vakuutusmaksut muodostivat neljäsosan ja työnantajien vakuutusmaksut kolmeneljännestä kerätyistä vakuutusmaksuista.

Valtio rahoittaa kokonaan vammaistuen ja osallistuu lisäksi valtionosuudella kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden palveluiden rahoittamiseen. Päävastuu vammaispalvelujen ja muiden vammaisten käyttäminen sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoittamisesta on kunnilla. Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on ottanut vammaispalvelujen tilaa arvioidessaan esille kysymyksen, onko nykyinen valtion ja kuntien välinen kustannustenjakko vammaispalveluissa toteutettu tarkoituksenmukaisesti.

Vammaisten laitoshoidossa asiakasmaksuilla katettiin vuonna 1999 noin viisi prosenttia laitosten menoista. Osuus on pitkään pysynyt samalla tasolla. Vammaispalvelut on osittain säädetty maksuttomiksi, joten asiakasmaksujen osuus palvelujen rahoituksesta jää yhteen prosenttiin.

Kansaneläkelaitoksen järjestämä kuntoutus rahoitetaan sairausvakuutuksen kautta. Työeläkelaitosten järjestämä kuntoutus rahoitetaan samalla tavoin kuin työeläkkeet.

## Toimintarajoitteisuusmenojen rahoitusosuudet vuonna 1999 (ennakkotieto)

	Menot, milj. mk	Rahoitusosuudet (%)				
		Valtio	Kunnat	Työnantajat	Vakuutetut	Asiakkaat
Kansaneläkkeet	3 960	47	0	50	2	0
Työeläkkeet	12 300	0	0	78	22	0
Vammaistuki	160	100	0	0	0	0
Vammaisten laitoshoido <sup>1)</sup>	790	23	72	0	0	5
Vammaispalvelut <sup>1)</sup>	750	24	75	0	0	1
Kuntoutuspalvelut	1 300	22	0	35	42	0
Suojatyö ja työhön kuntoutus	550	21	79	0	0	0

<sup>1)</sup> sis. asiakasmaksut

### Kirjallisuutta

- ▶ Helo T. Kelan Aslak-toiminnan kustannusten ja vaikutusten arviointi. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 55. Turku, 2000.
- ▶ Liikennepalvelujen kehittäminen kunnissa. KULKU-työryhmän raportti. Liikenneministeriön julkaisuja 27/99. Helsinki, 1999.
- ▶ Mannila S., Ala-Kauhaluoma M., Valjakka S. Työelämäkynnysten ylittäminen. ESR-projektien hyvät käytännöt. Loppuraportti. STAKES. Jyväskylä, 1999.
- ▶ Marjanen M. Vammaisten henkilöiden työllistymisen edistäminen. Selvityshenkilöraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:19.
- ▶ Rajavaara M. (toim.). Yksilölliset polut ja ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömyys. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarveselvityksen seurantatutkimuksen loppuraportti. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 54. Helsinki, 2000.
- ▶ Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000 - 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1999: 17. Helsinki, 1999.
- ▶ Sosiaali- ja terveysministeriö ja työministeriö. Kansallisen Ikäohjelman seurantaraportti. Julkaisuja 2000:15. Helsinki, 2000.
- ▶ Sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunto 9/2000 vp. Vammaispalveluja koskeva selvitys. StVL 9/2000 vp - MINS 4/2000 vp.
- ▶ Topo P., Heiskanen M-L, Rautavaara A., Hannikainen-Ingman K., Saarikalle K. ja Tiilikainen R. Kuulo- ja puhevammaisten tulkkipalvelut. Vammaispalvelulain toteutuminen. Stakes, Raportteja 255. Helsinki, 2000.
- ▶ Uusitalo H., Parpo A., Hakkarainen A. (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Jyväskylä, 2000.

### 2.3. Vanhuus

	1998	1999*	2000**	2001**
Pääryhmän menot (mmk)	55 500	57 400	59 100	62 750
- josta vanhuuseläkkeet (mmk)	47 900	49 600	50 900	53 900
% sosiaalimenoista	29,5	30,3	30,6	31,2
% BKT:sta	81	8,0	7,5	7,5
Vanhuuseläkkeensaajat 31.12.	846 900	861 400	863 800	878 200
Vanhainkotien asukkaat 31.12.	21 400	21 100	21 000	21 000
Kodinhuoltoapua saaneet vanhustaloudet, vuoden aikana	84 800	84 300	85 000	86 000
Tukipalveluja saaneet 65+ -vuotiaat, vuoden aikana	105 600	103 400	104 000	105 000
Omaishoidontukea saaneet 65+ -vuotiaat, vuoden aikana	12 800	13 180	13 300	13 400

\* ennakkotieto

\*\* ennuste

#### Vanhuus suurin sosiaalimenoerä

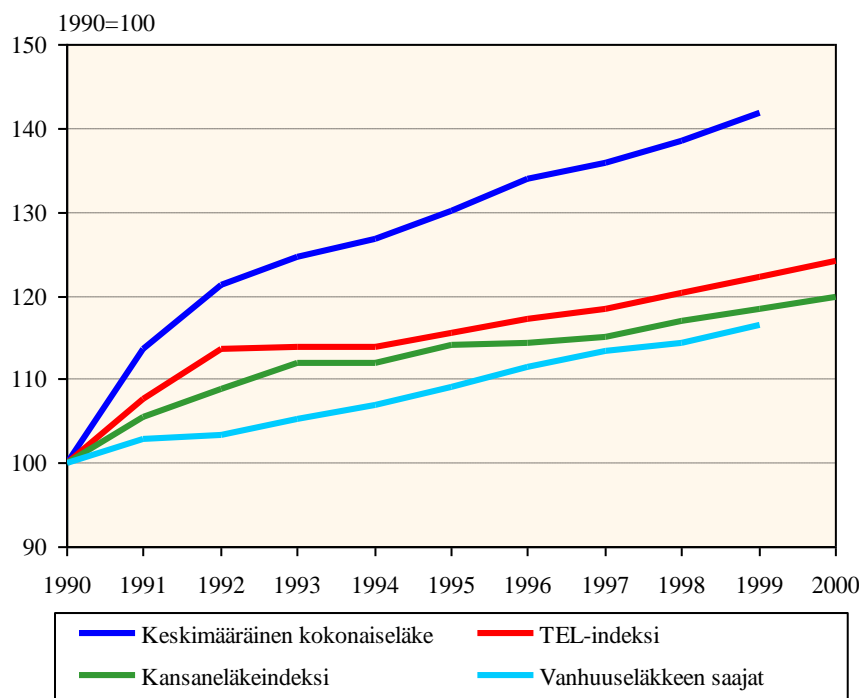
Vanhuusmenot ovat suurin sosiaalimenoerä, arviolta 59,1 miljardia markkaa vuonna 2000. Tämä on 31 prosenttia sosiaalimenoista ja 7,5 prosenttia bruttokansantuotteesta. Eläkkeiden ja muiden tulonsiirtojen osuus vanhuusmenoista on 90 prosenttia ja sosiaalipalvelujen osuus 10 prosenttia. Vanhusten terveystalouden kustannukset eivät sisälly vanhuusmenoihin.

Vanhuusmenot kasvavat vuosi vuodelta. Vuonna 2001 niiden arvioidaan olevan 62,8 miljardia markkaa. Vanhuuseläkkeiden kustannusten nousu johtuu vanhuuseläkeläisten määrän kasvusta ja eläkkeiden tason noususta. Palvelujen kustannusten kehityksen kannalta ratkaisevia asioita ovat vanhusväestön terveys ja toimintakyky sekä julkisten vanhuspalvelujen tarjonta.

Voimassa olevien vanhuuseläkkeiden tason kehitys noudattaa kansaneläkeindeksin ja TEL-indeksin kehitystä. Vanhuuseläkkeiden keskimääräinen taso nousee jatkuvasti, koska uusien vanhuuseläkeläisten työeläkkeet ovat korkeampia kuin aiemmin myönnettyt ja päättyvät työeläkkeet. Vuoden

1996 eläkeuudistukseen liittyneet muutokset ovat kuitenkin hidastaneet vanhuuseläkkeiden tason nousua (Kuvio 22.). Uudistukseen sisältyi muun muassa kansaneläkkeen täysi eläkevähenteisyys, voimassa olleiden kansaneläkkeen pohjaosien asteittainen poistaminen ja yli 65-vuotiaiden erillisen TEL-indeksin käyttöönotto.

Vanhuuseläkeläisten työeläkkeiden indeksitarkistuksissa sovelletaan indeksiä, jossa hintatason muutoksen osuus on 80 prosenttia ja ansiotason muutoksen osuus 20 prosenttia. Sen sijaan eläkepalkan laskennassa, ansaittujen eläkeoikeuksien arvojen tarkistamisessa ja maksussa olevien eläkkeiden tarkistamisessa 65 ikävuoteen asti käytetään edelleen indeksiä, jossa sekä hintatason että ansiotason vaikutus on 50 prosenttia. Kansaneläkkeen entisen pohjaosan loppuosa poistuu vuoden 2001 alussa. Eläkeläisten verotuksen keventäminen on osittain korvannut eläketurvan leikkauksia. Vuoden 1999 lopussa vanhuuseläkeläisten keskimääräinen kokonaiseläke oli 5 570 markkaa kuukaudessa. Vuoden 1999 lopussa pelkän kansaneläkkeen varassa oli enää noin yksi kymmenestä vanhuuseläkeläisestä.

**Kuvio 22.** Vanhuuseläkkeiden kehitys vuosina 1990-2000

### Iäkkäiden toimintakyvyn kehitys

Suomessa 65-vuotiaiden miesten odotettavissa oleva elinikä on keskimäärin 15 vuotta ja naisten 19 vuotta. 80-vuotias nainen voi odottaa elävänsä runsaat 8 vuotta ja mies vajaan 7 vuotta. Elinajan odotteen ennustetaan pitenevän suhteellisesti eniten nimenomaan yli 80-vuotiaiden joukossa. Toimintakyvyn heikkeneminen kiihtyy 75 ikävuoden jälkeen. Ikivihreät-tutkimuksen mukaan 83-92-vuotiaista naisista enää yksi kahdestakymmenestä ja miehistä vain joka kuudes selviytyi vaikeuksista kaikista päivittäisistä toiminnoistaan.

Elinajan pitenemisen vaikutuksista toimintakyvyn rajoitteista kärsivien ihmisten määrään on vähän luotettavia trenditietoja. Harvat samoilla menetelmillä tehdyt kohorttiverailut viittaavat siihen, että merkittävien toiminnanvajavuuksien määrä siirtyy hitaasti kohti vanhempia ikäryhmiä. Ikivihreät-tutkimuksen mukaan myöhemmin syntyneet henkilöt ovat terveempiä ja toimintakykyisempiä kuin aiemmin syntyneet ikäluokat. Tutkimuksessa tarkasteltiin

65-69-vuotiaiden jyvaskyläläisten toimintakykyä vuosina 1988 ja 1996.

Yli 65-vuotiaiden ihmisten toimintakyky todennäköisesti paranee tulevaisuudessa, joskin lyhyellä aikavälillä muutokset ovat pieniä. Iäkkäiden kokonaistoimintakyvyttömyys ja avun tarve eivät siis välttämättä kasva samassa mitassa kuin heidän lukumääränsä. Etenkin ns. kolmannessa iässä eli noin 60-80-vuotiaana ihmisten oletetaan yhä suuremmassa määrin pystyvän itsenäiseen ja aktiiviseen elämään. Vaikeuksien ilmaantuessa on monia mahdollisuuksia kompensoida ja palauttaa toimintakykyä kuntoutuksen avulla. Sen sijaan myöhemässä ns. neljännessä iässä eli noin 80 ikävuoden jälkeen tilanne heikkenee eikä ihmisillä ole enää samanlaisia mahdollisuuksia selviytyä. Kuntoutuksella voidaan silti edelleen ylläpitää toimintakykyä.

Dementia on kansantalouden kannalta suurimpia sosiaali- ja terveydenhuollon haasteita, jonka hoito vaatii kasvavia voimavaroja. Keskivaikeasta tai vaikeasta dementiasta kärsivien vanhusten määrä on nykyisin noin 80 000 ja sen arvioidaan kasvavan noin 15 000 henkilöllä seuraavan 10 vuoden aikana. Dementoivat sairaudet ovat suurimpia pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeen aiheuttajia. Pitkäaikaisen laitoshoidon riskiryhmään kuuluvat myös aivohalvauksia ja lonkkamurtumapotilaat, jotka eivät saa riittävää kuntoutusta kotona selviytyäkseen.

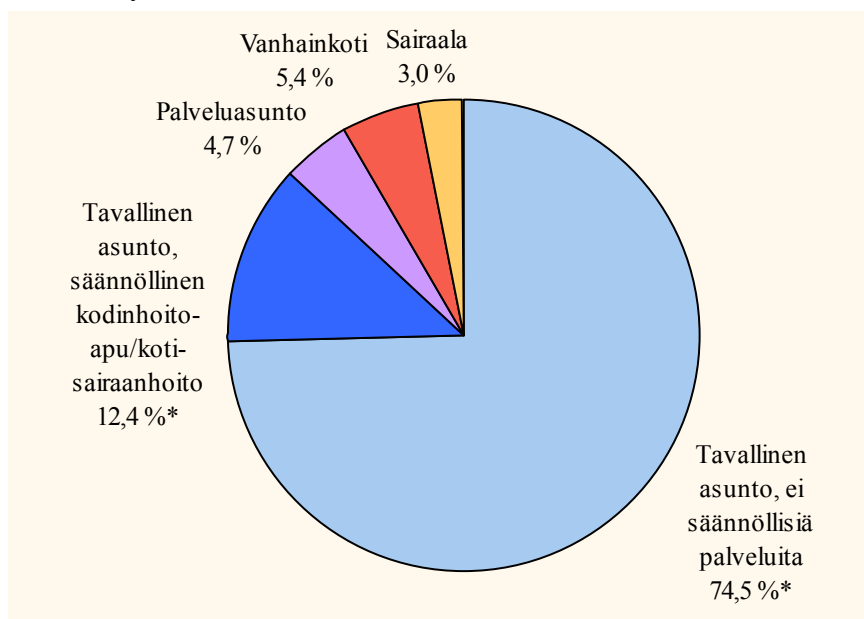
Asuin- ja elinympäristö ja palvelut muodostavat iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn kannalta tärkeän kokonaisuuden. Vanhusten toimintakyvyn ja hyvän elämänlaadun edellytyksiä voidaan parantaa yhdyskuntasuunnittelun, kaavoituksen sekä asunto- ja

liikennepolitiikan keinoin. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve vähenee, kun asuin- ja elinympäristöjä muutetaan niin, että kuilu väestön toimintakyvyn ja ympäristön välillä kapenee. Myös apuvälineiden laajempi käyttö tarjoaa vanhusten hoitoa helpottavia mahdollisuuksia.

### Avopalveluja tarvitaan lisää

Yli 75-vuotiaista suurin osa, 88 prosenttia, asuu kotona tavallisessa asunnossa. Valtaosa heistä ei tarvitse säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Viikoittaisen kotona annettavia palveluja (kotipalvelu ja/tai kotisairaanhoido) saa 12 prosenttia yli 75-vuotiaista. Palveluasunnoissa asuu vajaat 5 prosenttia ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa runsas 8 prosenttia 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. (Kuvio 23)

**Kuvio 23.** 75 vuotta täyttäneiden asumismuodot vuonna 1999



\*) Tavallisessa asunnossa asuvien jako palveluiden säännöllisiin käyttäjiin ja muihin perustuu vuoden 1999 kotihoitolaskennan tietoihin.

Kymmenen viime vuoden aikana vanhuspalvelujen rakenne on muuttunut ja palvelujen tarjonta suhteessa vanhusväestön määrään on niukentunut selvästi. Kotipalvelujen ja vanhainkotihoitoa kattavuutta

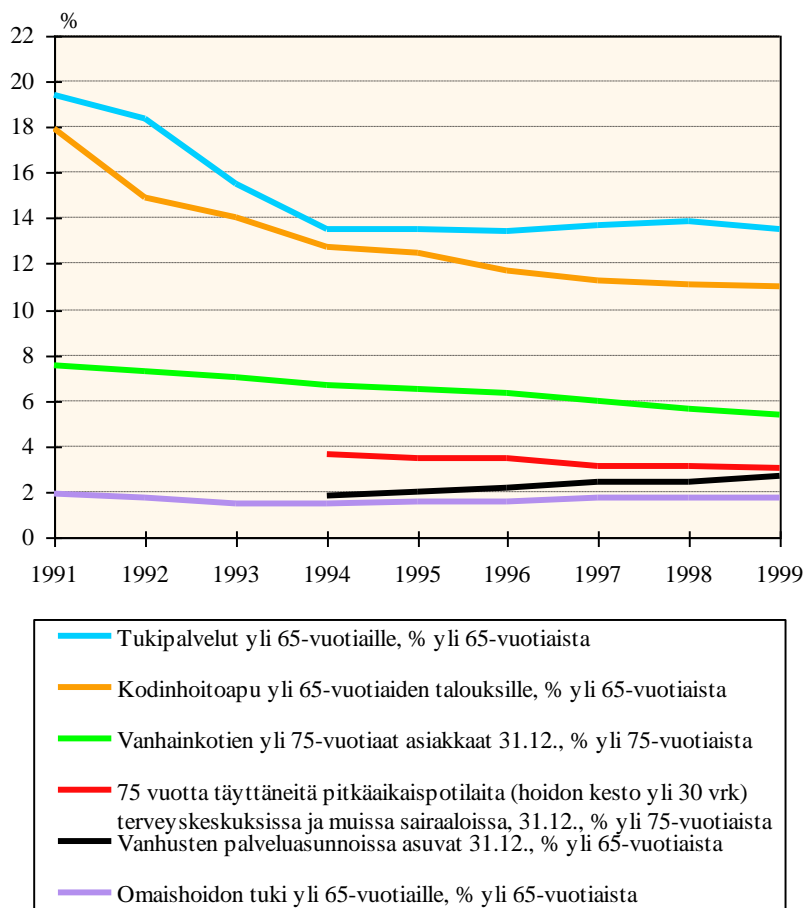
on supistettu ja niitä on kohdennettu iäkkäimmille ja heikkokuntoisimmille (Kuvio 24). Vanhainkotihoitoa on korvattu pääasiassa palveluasumisella. Vuonna 1999 vanhusten kodinhoitoavun asiakkaiden määrän

pieneneminen jatkui, joskin vähäisenä (Kuvio 25). Käyntien määrä asiakasta kohti on sen sijaan lisääntynyt. Uhkana on laiminlyödä ongelmien ehkäisy ja ratkaisu siinä vaiheessa, kun terveydentilan ja toimintakyvyn heikkeneminen ei vielä aiheuta huomattavaa ja kallista avuntarvetta joka-päiväisessä elämässä.

Palveluasumisen laajentaminen ilmenee monessa kunnassa tavallisessa asunnossa asuville vanhuksille annettavien palvelujen henkilöstön supistumisena, koska kotipalveluhenkilöstö on lisääntyvästi siirtynyt

palvelemaan palvelutaloissa asuvia vanhuksia. Keskeinen vanhushuonon ongelma onkin, että tavallisissa asunnoissa asuvien vanhusten avopalvelujen kehittäminen on jäänyt vähäisemmäksi. Se voi ajan mittaan osaltaan synnyttää paineita laitoshoidon lisäämiseen. Lamavuosien jälkeen on lisätty palveluasumisen lisäksi myös tukipalveluja ja omaishoidon tukea, mutta suhteessa vanhusväestön määrän kehitys on ollut hidasta. Tukipalvelujen kattavuus näyttää myös kääntyneen uudelleen laskuun vuonna 1999 (kuvio 24).

**Kuvio 24.** Keskeisten vanhushuonon palvelujen saajien prosentiosuuksia vuosina 1991-1999



Yhtenä syynä palveluasumisen ja tukipalvelujen käytön kehitykseen on, että niiden hinnoittelu on kunnille suhteellisen vapautta. Palveluasunnossa asuva henkilö voi myös saada erilaisia Kansaneläkelaitoksen maksamia etuuksia (asumistuki, eläkkeensaajien hoitotuki, sairaanhoitokorvaukset),

joita ei makseta pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleville. Palveluasumisen laajenemisen taustalla olivat 1990-luvulla myös Raha-automaattiyhdistyksen ja valtion asuntorahaston myöntämä tuki palveluasuntojen rakentamiseen.

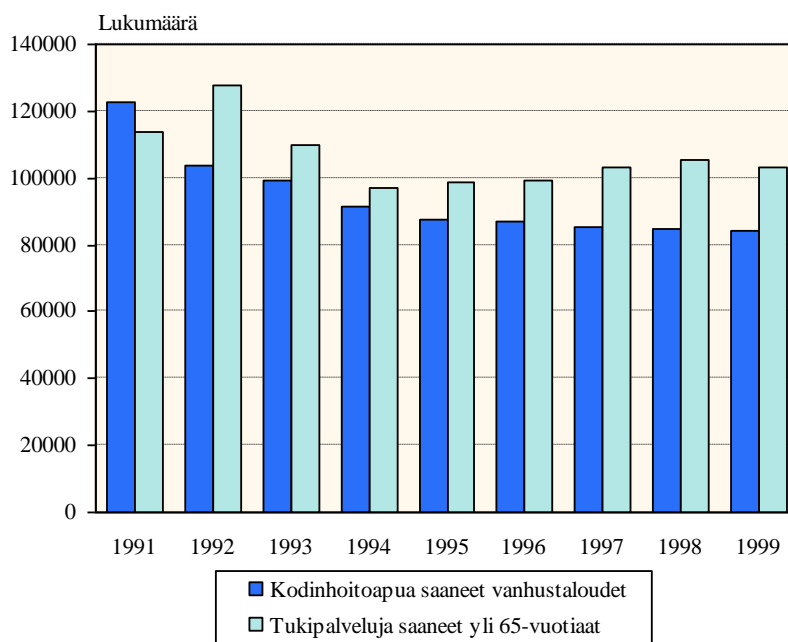
Tutkimusten mukaan palveluasuminen on vanhuksille mieluinen vaihtoehto. Toisaalta keskustelua on käyty myös siitä, onko palveluasuminen asianmukainen ja turvallinen tapa hoitaa huonokuntoisia vanhuk- sia. Jatkossa palveluasumisen sisältö, laa- juus ja palvelutalojen rakentamiselle myönnettävä julkinen tuki ovat tärkeitä ky- symyksiä. Palveluasumisen nykyinen laa- juus vastaa Suomen vanhuspoliittisen ta- voite- ja strategiatoimikunnan vuodelle 2001 asettamaa tavoitetta.

Terveydenhuollossa vanhusten pitkäaikais- hoito on siirtynyt lähes kokonaan terveys- keskusten vuodeosastoille. Vähennys van- husten psykiatrisessa hoidossa on herättä-

nyt kysymyksen, saavatko psykiatrista hoi- toa tarvitsevat vanhukset tarvitsemaansa hoitoa.

Vanhusten palvelujen rakenne vaihtelee huomattavasti kuntatyypeittäin ja alueit- tain. Vanhuksia asuu eniten kaupungeissa, mutta niissä on yksipuolisin palvelutarjonta – laitospalveluja on tarjolla muita kuntia runsaammin, mutta avopalveluja muita kuntia niukemmin. Maaseutukunnissa ti- lanne on päinvastainen. Stakesin arvion mukaan etenkin kaupunkimaiset kunnat tarvitsevat avopalvelujen kehittämisohjel- mia pystyäkseen vastaamaan vanhusten palvelutarpeeseen.

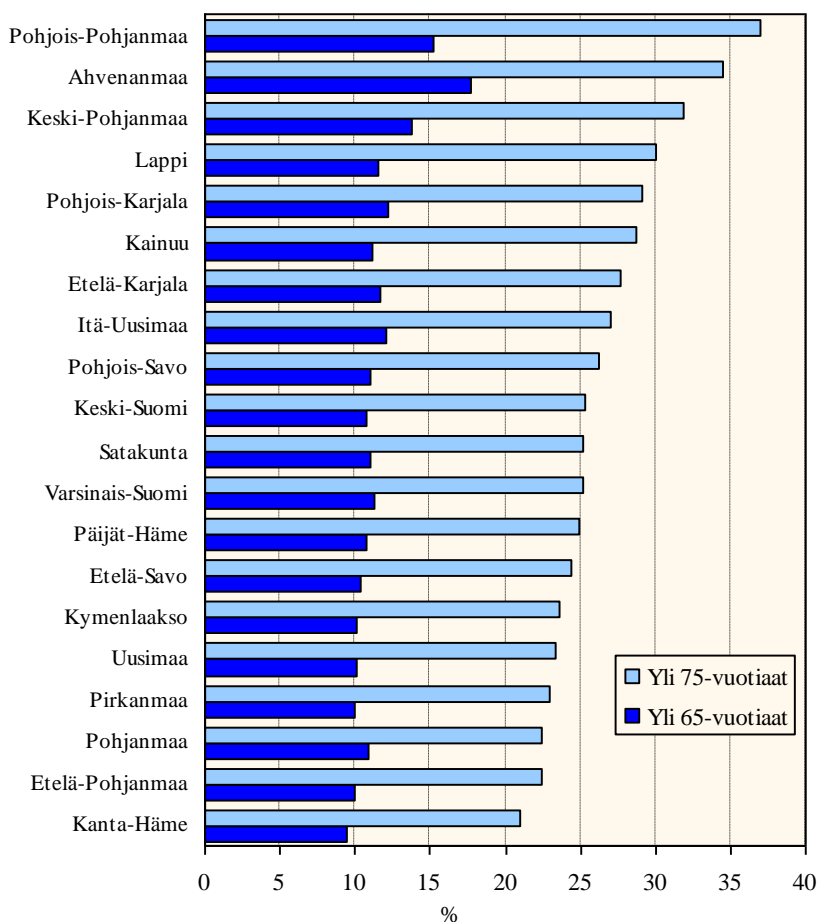
**Kuvio 25.** Kodinhoitoapua ja tukipalveluja saaneet yli 65-vuotiaat vuosina 1991-1999



Kodinhoitoavun kattavuudessa on huomatta- vasia alueellisia eroja. Vuonna 1999 kodin- hoitoapua saaneiden vanhustalouksien osuus maakunnan yli 65-vuotiaasta väes- töstä vaihteli yhdeksästä 18 prosenttiin ja suhde yli 75-vuotiaiden määrään 21:stä 37 prosenttiin. Koko maassa vanhusten kodin- hoitoavun kaikkien asiakastalouksien määrä vastasi 11 prosenttia 65 vuotta ja 25 prosenttia 75 vuotta täyttäneiden määrästä. (Kuvio 26)

Säännöllisen kotipalvelun ja/tai kotisai- raanhoidon asiakkaana oli vuonna 1999 keskimäärin 8,6 prosenttia kunnan 65 vuot- ta täyttäneestä väestöstä. Säännöllisen pal- velun asiakkaille käyntejä kertyy kuukau- sittain melko vähän, vuoden 1999 kotihoi- tolaskennan mukaan keskimäärin yhdeksän käyntiä kuukaudessa. Vain joka kymme- nnessä kunnassa käyntejä kertyi kuukau- dessa keskimäärin vähintään 30.

**Kuvio 26.** Kodinhoitoapua saaneiden vanhustalouksien<sup>1)</sup> osuus 65 ja 75 vuotta täyttäneestä väestöstä maakunnittain vuonna 1999



<sup>1)</sup> Vanhustaloudella tarkoitetaan taloutta, jonka vanhin jäsen on täyttänyt 65 vuotta

### **Painopisteiksi ehkäisevä ja kuntouttava toiminta sekä laatu**

Vanhusten hoidon tilaa koskevaa julkista keskustelua on hallinnut huoli hoidon laadusta. Hallitusohjelman mukaan vanhustenhuollon palveluja tulee kehittää asiakaslähtöisesti kiinnittäen erityistä huomiota kotona asumisen tukemiseen, kuntoutusmahdollisuuksien parantamiseen ja palveluiden laatuun. Hallitusohjelmassa todetaan myös, että sosiaali- ja terveystalouden yhdenvertaisen toteutumisen seuraamiseksi tulee luoda toimiva kriteeri- ja laatumittaristo. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan vuosille 2000-2003 sisällytettiin suositusten laatiminen muun muassa vanhustenhuoltoon.

Käsitys siitä, että laitoksissa olevien vanhusten hoito ei kaikilta osiltaan vastaa tarvetta, on tutkimuksissa ja selvityksissä saanut vahvistusta. Monissa laitoksissa niukka henkilöstömitoitus vaikeuttaa hoidon yksilöllisyyttä sekä estää kuntouttavan työtteen toteuttamista. Vanhusasiakkaiden ja -potilaiden itsemääräämisoikeutta ei aina noudateta eikä heidän ihmisarvoaan kunnioiteta riittävästi.

Stakesin tekemän laitoshoidon tutkimuksen keskeiset johtopäätökset voidaan tiivistää seuraavasti: Laitoshoidon kohtuullinen yleistaso on kyetty säilyttämään. Julkisten laitosten henkilökuntamitoitukset ovat riittämättömiä suhteessa huonokuntoisten asiakkaiden tarpeisiin, minkä seurauksena ilmenee riittämätöntä hoitoa ja huolenpitoa.



Julkinen sektori hoitaa huonokuntoisimmat vanhukset ja etenkin vanhojen laitosten osasto- ja yksikkökoot ovat liian suuria. Fyysisissä tilaratkaisuissa on paljon parannettavaa. Ongelmat kasautuvat terveystakesusten vuodeosastoilla.

### Laatusuositukset tulossa

Vanhusten hoidossa hoitoyksikkö- ja kuntakohtaiset erot ovat suuria, mikä on seurausta erilaisista toimintatavoista ja hoitokäytännöistä sekä kuntien erilaisista taloudellista olosuhteista. Erilaistumiskehitykseen ovat osaltaan vaikuttaneet valtakunnallisten ohjeiden ja suositusten poistaminen sekä alueellisen ohjauksen, neuvonnan ja valvonnan niukat voimavarat. Hallitusohjelman ja sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes ovat aloittaneet vanhushuolteen valtakunnallisten laatusuositusten laatimisen yhteistyössä muiden tahojen kanssa. Ensimmäiset suositukset annetaan vuoden 2001 alkupuolella. Suositukset kattavat avo- ja laitoshoidon. Myös koulutuksen, ohjauksen ja neuvonnan keinoin, esimerkiksi luomalla alueelliseen vertaisohjaukseen perustuvia työtapoja, kyetään yhtenäistämään toimintatapoja ja hoitokäytäntöjä ja ottamaan käyttöön niistä parhaat.

Vanhusten palvelujen kehittäminen vaatii laitoshoidon laadun kehittämisen lisäksi ehkäisevän ja kuntouttavan toiminnan vahvistamista sekä avopalvelujen lisäämistä ja monipuolistamista. Asumisesta ja palveluista on muodostettava toimivia kokonaisuuksia. Erilaisten lähipalvelujen saatavuuteen on kiinnitettävä enemmän huomiota. Mitä laajempi valikoima erilaisia julkisia ja yksityisiä palveluita on tarjolla, sitä joustavampaa, sopivampaa ja kustannustehokkaampaa apua ja tukea toimintakyvyltään erilaiset ikäihmiset voivat saada.

Kunnissa on löydettävä tasapaino vaikeasta toiminnanvajavuudesta kärsivien hoidon sekä ennaltaehkäisyyn ja sairauksien ja toiminnanvajavuuksien varhaiseen toteuttamiseen käytettävien voimavarojen välillä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman yhtenä toimenpidesuosituksena on, että kunnat tarjoaisivat yli 80-vuotiaille ns. ehkäiseviä kotikäyntejä. Kotikäyntien yhteydessä voidaan arvioida esimerkiksi toimintakykyä, asunolosuhteita, apuvälineiden käyttömahdollisuuksia sekä palvelutarpeita.

Työelämän määrällisillä ja laadullisilla kysymyksillä on merkittävä rooli vanhushuolteen laadun kannalta. Laadukkaiden palvelujen turvaamiseksi vanhushuolteen tarviin lisätään ammattitaitoista ja vakiinnutettua henkilöstöä. Näin voidaan samalla parantaa alan ikääntyvän henkilöstön jaksamista. Mitä paremmin voivaa, motivoitunutta ja ammattitaitoisempaa henkilöstöä on, sitä paremmin vanhushuolteen toimivat. On tärkeää arvostaa vakituista henkilökuntaa toistuvien määräaikaisten työsuhteiden sijasta, kehittää johtamiskäytäntöjä sekä antaa henkilöstölle mahdollisuus ammattitaitonsa ylläpitämiseen ja edistämiseen. Riittävän henkilöstön lisäksi vanhusten hoidossa tarvitaan uusia toimintamalleja, joiden luominen ja vakiinnuttaminen vaatii koulutusta ja ohjausta.

Laatu on kytköksissä toimintaan käytettävien taloudellisiin voimavaroihin. Noin 80 prosenttia sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista on henkilöstökustannuksia. Sosiaalisen selviytymisen mukaan vanhusten sosiaalipalveluihin käytetyt menot jäävät Suomessa huomattavasti alle muiden Pohjoismaiden tason. Suomessa vanhusten sosiaalipalveluihin käytetyt asukasta kohti lasketut menot olivat vuonna 1998 noin 40 prosenttia Pohjoismaissa vanhusten sosiaalipalveluihin käytetyistä keskimääräisistä menoista. Vanhusten sosiaalipalveluihin käytetyt menot bruttokansantuotteeseen suhteutettuna olivat Suomessa 1,2 prosent-

tia, kun osuus oli Ruotsissa 2,7, Norjassa 2,6, Tanskassa 1,8 ja Islannissa 1,4 prosenttia. Jos Suomelle tyypillinen terveyskeskusten vuodeosastoilla annettava vanhusten pitkäaikaishoito lasketaan menoihin mukaan, vanhusten palveluihin asukasta kohti käytetyt menot olivat Suomessa noin 30 prosenttia alemmat kuin muissa Pohjoismaissa.

### **Vanhuusmenojen rahoitus**

Kansaneläkkeet rahoitetaan pääasiassa työnantajien vakuutusmaksuilla sekä valtion varoilla. Valtio maksaa kansaneläkerahastoon tarvittaessa myös ns. takuusuuritusta rahaston maksukyvyn turvaamiseksi. Lisäksi vuonna 1999 arvonnäköveron tuotosta ohjattiin 2,4 miljardia kansaneläkkeiden rahoitukseen.

Työeläkkeet rahoitetaan työnantajien ja vakuutettujen vakuutusmaksuilla. Työntekijät ovat osallistuneet työeläkkeittensä rahoittamiseen vuodesta 1993 lähtien. Vuonna 1999 työntekijöiden vakuutusmaksut muodostivat neljäsosan ja työnantajien vakuutusmaksut kolmeneljännestä kerätyistä vakuutusmaksuista.

Vanhuspalvelujen suurin rahoituslähde ovat kuntien verotulot. Lisäksi palveluja rahoitetaan valtionosuuksilla, asiakasmaksuilla, Kansaneläkelaitoksen etuuksilla ja Raha-automaattiyhdistyksen avustuksin. Vuonna 2000 Raha-automaattiyhdistyksen tuotosta myönnetään avustuksia yleishyödyllisille yhteisöille ja säätiöille terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämi-

seen 1,4 miljardia markkaa, josta 287 miljoonaa markkaa kohdistuu vanhustenhuoltoon.

Valtiontalouden tarkastusviraston arvion mukaan vanhuspalvelujen rahoitusjärjestelmä on nykymuodossaan koordinoimaton eikä se tue täysipainoisesti vanhuspalveluiden tavoitteiden saavuttamista. Järjestelmä mahdollistaa kustannusten siirtämisen yhdeltä osapuolelta toiselle ilman, että syntyy merkittävää kokonaistaloudellista etua.

Rahoitusjärjestelmän ongelmat liittyvät kiinteästi avo- ja laitoshoidon rajanvetoon ja siihen, että näiden hoitomuotojen rahoitus tapahtuu eritavoin. Valtiontalouden tarkastusvirasto arvioi, että rajanveto olisi mahdollista purkaa siten, että kuntien ja valtion kustannustenjako ei olennaisesti muuttuisi. STM:n asettama työryhmä selvittää parhaillaan avo- ja laitoshoidon rajanvetoon liittyviä kysymyksiä. Työryhmän määräaika päättyi huhtikuussa 2001.

Valtiontalouden tarkastusvirasto kiinnitti huomiota myös vanhuspalvelujen asiakasmaksujen suuriin kunnittaisiin eroihin. Eri kunnissa hoidettavien vanhusten maksamat asiakasmaksut saattavat olla suuruudeltaan aivan erilaiset, vaikka heidän hoidon tarpeensa ja heidän saamiensa palveluiden sisältö olisivat samat. Myös avohoidossa ilmenevät tulospainotteista asiakasmaksuista ja sosiaaliturvaetuksista johtuvat tuloloukut tulivat esille. Asiakasmaksujen osuus vanhuspalvelujen rahoituksesta on Suomessa selvästi suurempi kuin muissa Pohjoismaissa.

## Vanhuusmenojen rahoitusosuudet vuonna 1999 (ennakkotieto)

	Menot, milj. mk	Rahoitusosuudet (%)				
		Valtio	Kunnat	Työnantajat	Vakuutetut	Asiakkaat
Kansaneläkkeet	11 020	47	0	50	2	0
Työeläkkeet	38 600	0	0	78	22	0
Vanhusten laitoshoido <sup>1)</sup>	3 550	19	60	0	0	21
Kotipalvelut <sup>1)</sup>	1 800	20	64	0	0	16

<sup>1)</sup> sis. asiakasmaksut

**Kirjallisuutta**

- ▶ Heikkinen E, Lampinen P., Suutama T. (toim.). Kohorttierot 65-69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47. Helsinki, 1999.
- ▶ Heikkinen E. Toimintakyky ja liikkuminen. Seminaari ikääntyneen väestön kuntoutuksesta. ETK 2.10.2000. Julkaisematon muistio.
- ▶ NOSOSKO. Social Protection in the Nordic Countries 1998. NOSOSKO 14:2000.
- ▶ OECD Economic Surveys 1999-2000. Finland. OECD. July 2000.
- ▶ Stakes/Kotihoidon laskennan asiakaspalaute 2000.
- ▶ Suutama T., Ruoppila I., Laukkanen P (toim.). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikihiireät-projektin 8-vuotisesta seurustelutkimuksesta. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42. Helsinki, 1999.
- ▶ Uusitalo H., Parpo A., Hakkarainen A. (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Jyväskylä, 2000.
- ▶ Vaarama M., Kainulainen S, Perälä M-L., Sinervo T. Vanhusten laitoshoidon tila. Stakes. Aiheita 46/1999, Helsinki.
- ▶ Vaarama M., Hakkarainen A., Voutilainen P., Päiväranta E. Vanhusten palvelut. Teoksessa Uusitalo H., Parpo A., Hakkarainen A. (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Jyväskylä, 2000.
- ▶ Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Stakes. Aiheita 46/1999. Helsinki, 1999.
- ▶ Valtiontalouden tarkastusvirasto. Vanhustenhuollon rahoitus. Tarkastuskertomus 6/2000.

## 2.4. Leskien ja muiden omaisten sosiaaliturva

	1998	1999*	2000**	2001**
Pääryhmän menot (mmk)	7 250	7 500	7 700	8 100
- josta perhe-eläkkeet (mmk)	7 000	7 200	7 400	7 800
% sosiaalimenoista	3,9	3,9	4,0	4,0
% BKT:sta	1,1	1,0	1,0	1,0
Leskeneläkkeen saajat 31.12.	247 550	250 300	262 400	271 000
Lapsen eläkkeen saajat 31.12.	28 900	28 250	28 250	28 200

### Valtaosa perhe-eläkkeen saajista iäkkäitä naisleskiä

Perhe-eläkkeitä ja hautausavustuksia maksetaan vuonna 2000 arviolta 7,7 miljardia ja 8,1 miljardia markkaa vuonna 2001. Tämä on noin 4 prosenttia sosiaalimenojen kokonaissummasta.

Perhe-eläkkeet koostuvat pääosin lesken eläkkeistä. Vuoden 1999 lopussa leskeneläkettä sai 250 300 henkilöä, heistä 9 prosenttia oli miehiä. Miesten määrä on noussut tasaisesti vuodesta 1990 lähtien perhe-eläkeuudistuksen myötä. Leskeneläkkeen saajat ovat pääosin iäkkäitä, leskeneläkettä saavista naisista 77 prosenttia oli yli 65-vuotiaita. Lesken eläkkeiden saajien määrä nousee vuosi vuodelta väestön vanhentumisen myötä (kuvio 27).

Perhe-eläkettä maksetaan leskelle, kun avioliitto on solmittu ennen kuin edusjättäjä on täyttänyt 65 vuotta ja kun leskellä on tai on ollut yhteinen lapsi edusjättäjän kanssa. Lesken eläke lakkaa uuden avioliiton vuoksi, jos leski on uudelleen avioituessa alle 50-vuotias. Myös lapseton leski voi saada eläkettä, jos hän on vähintään 50-vuotias tai hän on pitkäaikaisesti työkyvytön ja ollut avioliitossa ennen edusjättäjän kuolemaa ainakin viisi vuotta.

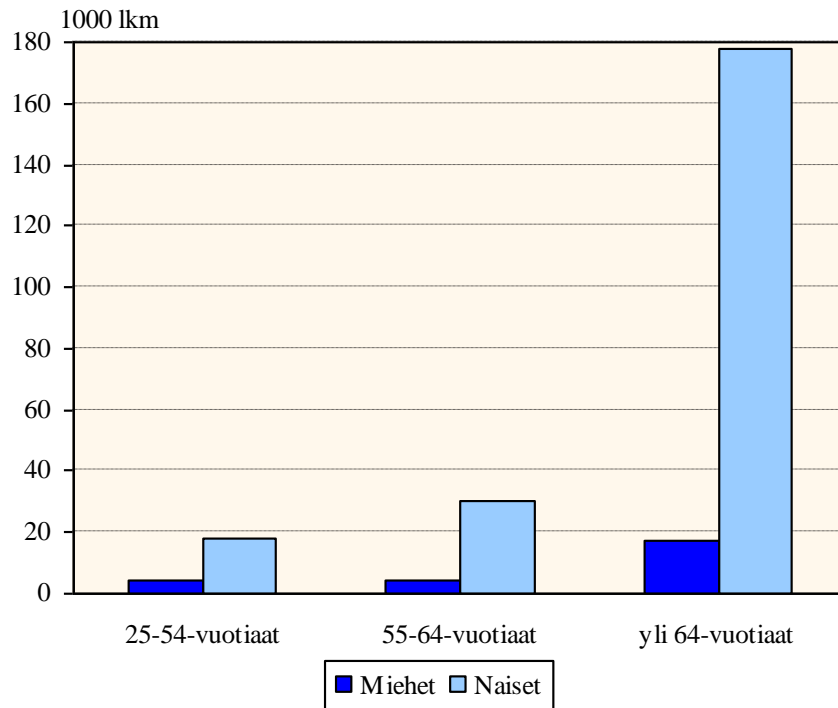
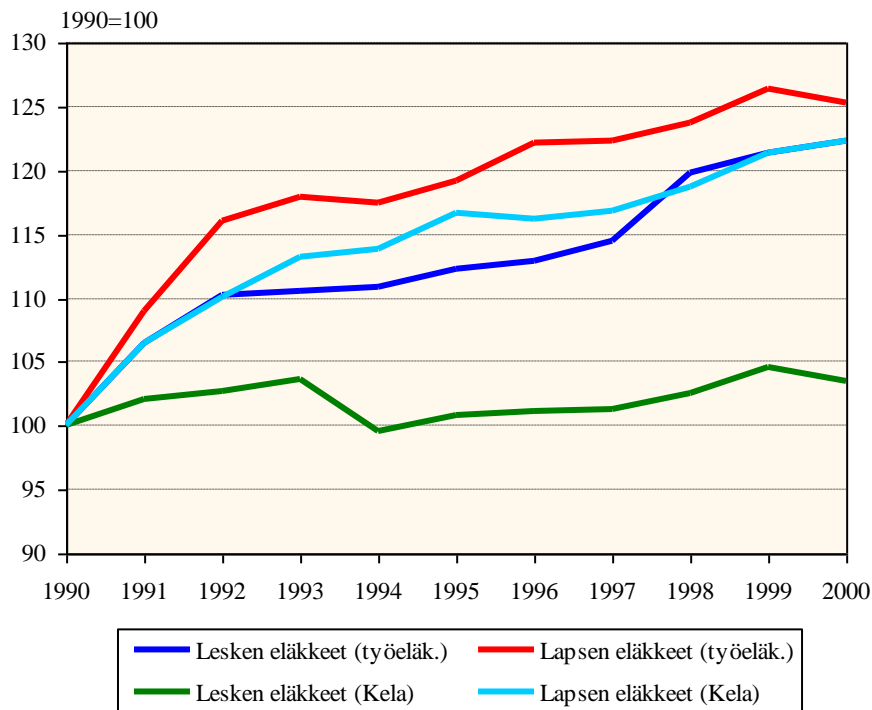
Vuonna 1998 keskimääräinen lesken eläke oli 2 268 markkaa kuukaudessa. Naislesket saivat keskimäärin 2 400 markkaa ja mies-

lesket 983 markkaa kuukaudessa. Naisleskien eläkkeet ovat suuremmat kuin miesleskien, koska leskeneläke määräytyy etuuden jättäjän eläkkeen tai eläkeoikeuden mukaan. Lisäksi leskeneläke sovitetaan yhteen etuuden saajan muiden eläkkeiden kanssa. Mitä suurempi lesken muut omat eläkkeet ovat, sitä pienemmäksi jää hänen saamansa leskeneläke.

Lapsi saa perhe-eläkettä, jos hän on edusjättäjän kuollessa alle 18-vuotias. Lapsen eläke päättyy lapsen täyttäessä 18 vuotta. Opiskelevalla alle 21-vuotiaalla lapsella on kuitenkin oikeus-eläkkeeseen. Vuonna 1999 lapseneläkettä maksettiin 28 250:lle lapselle. Alle 10-vuotiaita lapseneläkkeen saajia oli lähes 4 800, 10-15 -vuotiaita oli 11 500 ja 16-17-vuotiaita 6 100. Lapsen eläkkeitä saavien määrä on vähitellen laskenut lasten määrän pienentyessä.

Keskimääräinen lapseneläke oli 1 573 markkaa kuukaudessa

Työeläkkeen leskeneläke on noussut tasaisesti koko 1990-luvun, samoin lapsen eläkkeet. Työeläkkeiden taso kohoaa vuosi vuodelta eläkejärjestelmän kypsyminen ja tulojen kasvun myötä. Sen sijaan vain yleistä perhe-eläkettä saavien leskien leskeneläke on pysytellyt lähes koko 1990-luvun samalla tasolla. Yleistä perhe-eläkettä on vuosittain korotettu vain elinkustannusindeksin verran (kuvio 28).

**Kuvio 27.** Leskeneläkkeen saajien ikärakenne vuonna 1999**Kuvio 28.** Perhe-eläkkeiden keskimääräisen tason kehitys vuosina 1990-2000

**Rahoitus**

Valtio rahoittaa kokonaan yleisen perhe-eläkkeen. Työeläkkeiden perhe-eläkkeet

rahoitetaan kuten työeläkkeet eli työnantajien ja työntekijöiden vakuutusmaksuin. Työntekijät ovat osallistuneet työeläkkeiden rahoittamiseen vuodesta 1993 lähtien.

Leski ja muut omaiset -menojen rahoitusosuudet vuonna 1999 (ennakkotieto)

	Menot, milj. mk	Rahoitusosuudet (%)			
		Valtio	Kunnat	Työnantajat	Vakuutetut
Yleinen perhe-eläke	230	100	0	0	0
Työeläkkeet	6 970	0	0	78	22

## 2.5. Perheet ja lapset

	1998	1999*	2000**	2001**
Pääryhmän menot (mmk)	23 300	23 100	23 300	23 800
- josta toimeentuloturvaa (mmk)	14 000	13 900	14 000	14 100
% sosiaalimenoista	12,4	12,2	12,1	11,8
% BKT:sta	3,4	3,2	3,0	2,8
Vanhempainpäivärahaa saavat äidit 31.12.	48 400	49 300	48 200	47 800
Lapsia kunnallisessa päivähoidossa 31.12.	218 500	215 100	213 000	210 000
Kotihoidon tukea saavia perheitä 31.12.	74 400	73 000	70 000	69 000
Yksityisen hoidon tukea saavat lapset 31.12.	12 800	13 800	14 000	14 000

\* ennakkotieto

\*\* ennuste

### Lapsilisien ja päivähoidon kautta eniten tukea lapsiperheille

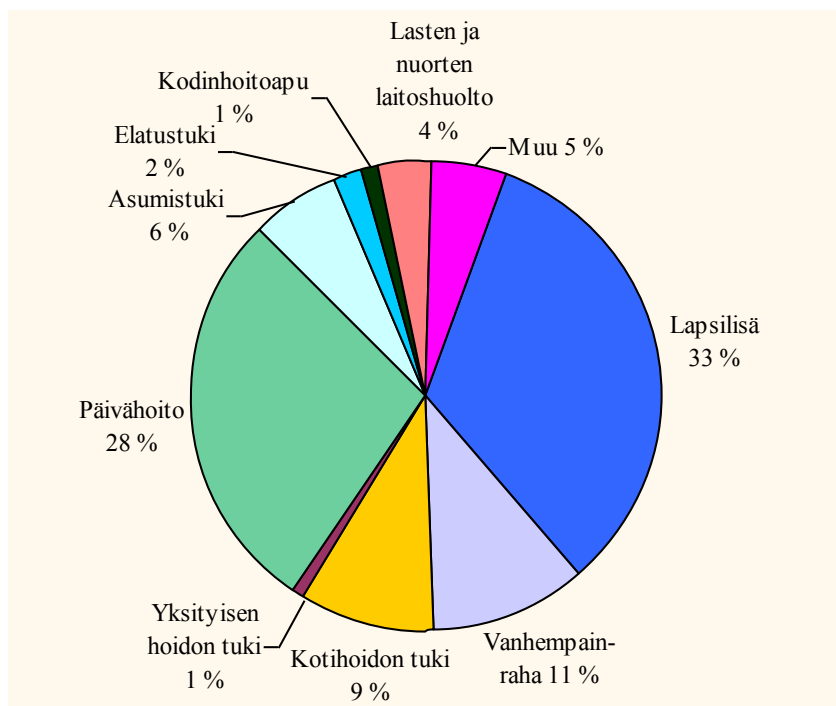
Perhepoliittisen tuen tavoitteena on kattaa lasten huollosta ja hoidosta aiheutuvia kustannuksia, jotta lapsesta ei aiheudu perheelle liiallista taloudellista räsitusta. Vuonna 1999 perhepoliittinen tuki<sup>3</sup> oli vajaat 25 miljardia markkaa eli noin 3,4 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen. Perhepoliittisen tuen menot ovat viime vuosina olleet samaa tasoa. Suurin tuki lapsiperheille tulee lapsilisien ja lasten päivähoidon kautta (Kuvio 29).

Lapsilisiä maksettiin 8,3 miljardia markkaa vuonna 1999. Tämä oli 47 miljoonaa markkaa vähemmän kuin edellisenä vuonna, koska syntyvä ikäluokka oli pienempi kuin järjestelmän piiristä poistunut ikäluokka. Väestöennusteiden mukaan kehitys jatkuu samansuuntaisena. Lapsilisien suuruuteen ei ole tehty muutoksia vuonna 1995 toteutetun leikkauksen jälkeen. Vuoden 1995 heinäkuusta vuoden 2000 lokaan lapsilisien ostovoima on heikentynyt noin 9,4 prosenttia.

<sup>3</sup> Perhepoliittinen tuki on hieman laajempi käsite kuin pääryhmän perheet ja lapset menot. Mukaan lasketaan lapsiperheille maksettu yleinen asumistuki, joka sosiaalimenoluokituksessa sisältyy kohtaan asuminen.

Vuodesta 1994 lähtien yksinhuoltajan lapsista on maksettu korotettua lapsilisiä. Yksinhuoltajakorotusta saavien määrä on koko ajan kasvanut. Vuoden 1999 lopussa yksinhuoltajakorotusta maksettiin 156 400 lapsesta, mikä on 2 400 lasta enemmän kuin edellisenä vuonna. Lapsilisen yksinhuoltajakorotusta käytetään myös väärin. Vuonna 1999 lapsilisiä maksettiin väärinperustein noin 0,6 miljoonaa markkaa. Yhteis- tai erillään asumisen luotettava selvittäminen on nykyään ongelmallista, koska väestörekisteri ei ole aina ajan tasalla tai luotettava osoitetietojen osalta.

Vanhempainpäivärahoja maksettiin 2,8 miljardia markkaa vuonna 1999, mikä on 64 miljoonaa markkaa enemmän kuin edellisenä vuonna. Työtulot kasvoivat, vaikka vanhempainpäivärahaa saavien äitien määrä vähentyi. Sen sijaan vähimmäispäivärahaa saavien äitien määrä ei ole palautunut ennen lamaa olleelle alhaiselle tasolle, vaan heidän osuutensa on jäänyt peräti 28 prosenttiin. Vanhempainvapaita käyttävien isien määrä on jatkuvasti lisääntynyt. Vuonna 1999 isyysvapaata käytti 61 prosenttia isistä, mutta vanhempainvapaata vain 2 prosenttia isistä.

**Kuvio 29.** Perhepoliittisen tuen jakautuminen vuonna 1999

Vuoden 1999 ennakkotietojen mukaan lasten päivähoiton kokonaismenot olivat vajaat 100 miljoonaa markkaa pienemmät kuin edellisenä vuonna. Tämä johtui päivähoitossa olevien lasten määrän vähentymisestä. Vuonna 1999 kunnan järjestämän lasten päivähoiton kokonaismenot olivat ennakkotietojen mukaan 8,3 miljardia markkaa, josta noin 15 prosenttia katettiin päivähoitomaksuilla.

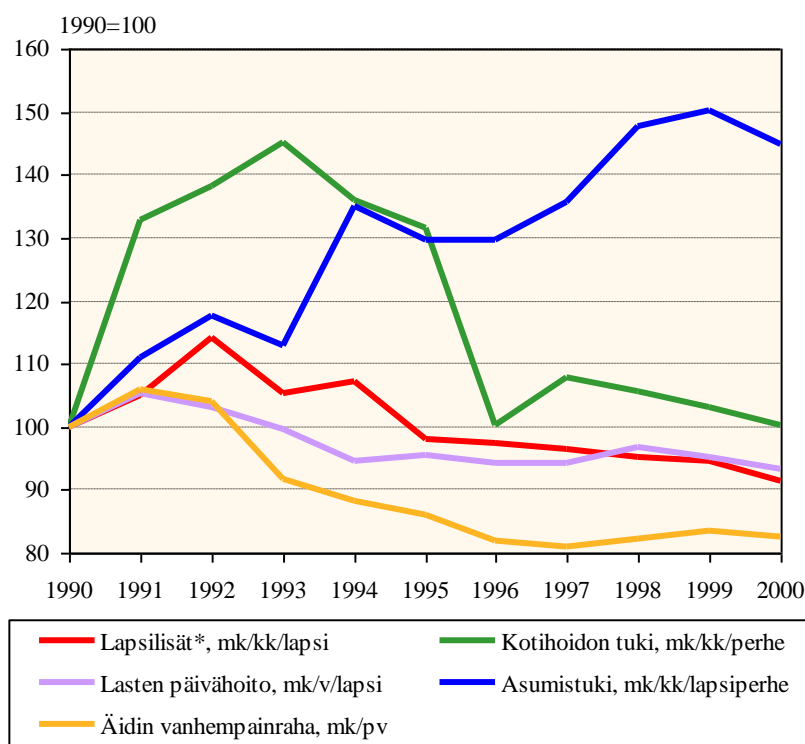
Vuonna 1999 lakisääteisen lasten kotihoidon tuen menot olivat 1,9 miljardia markkaa, joka oli 80 miljoonaa markkaa vähemmän kuin edellisenä vuonna. Uutena tukimuotona käyttöön tulleen yksityisen hoidon tuen menot olivat 129 miljoonaa markkaa. Kasvua edelliseen vuoteen 29 miljoonaa markkaa. Lakisääteisiä tukia kunnat voivat täydentää kuntakohtaisilla lisillä. Vuonna 1999 maksettiin kuntakohtaisia lisiä kotihoidon tukeen 213 miljoonaa markkaa ja yksityisen hoidon tukeen 112 miljoonaa markkaa. Maksamalla kuntakohtaisia lisiä kunnat pyrkivät vähentämään kunnallisen päivähoiton kysyntää. Varsinkin suuret kunnat ovat ottaneet kuntakohtaisia lisiä käyttöön.

Vuonna 1999 lapsiperheille maksettiin asumistukea 1,4 miljardia markkaa, mikä on noin 56 miljoonaa enemmän kuin edellisenä vuonna. Kasvu aiheutui asumistuen tasoon vuonna 1998 tehdyistä parannuksista. Asumistukea saavia lapsiperheitä oli kuitenkin 2 000 vähemmän kuin edellisenä vuonna. Vuoden 1999 lopussa asumistukea maksettiin 80 000 lapsiperheelle, joista 64 prosenttia oli yksinhuoltajaperheitä.

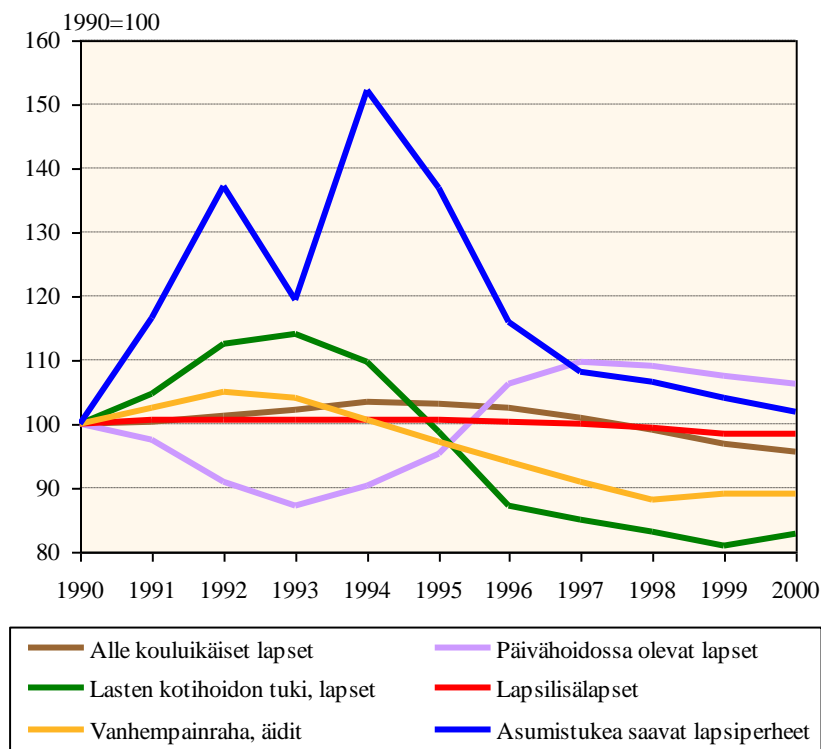
### Tuki lapsiperheille vähentynyt

Yhteiskunnan tuki lapsiperheille on nyt hieman pienempi kuin vajaa kymmenen vuotta sitten. Vuoden 1992 jälkeen on toteutettu kaikkien alle kouluikäisten lasten oikeus kunnan järjestämään päivähoitoon, lapsilisien tasoa on sekä nostettu että leikattu, perhepoliittiset verotuet on poistettu ja kotihoidon tuen tasoa alennettu (Kuvio 30). Viime vuosina perhepoliittisten tukien saajien määrät ovat vähentyneet (Kuvio 31). Mikäli perhepoliittisten tukien tasoon ei tehdä muutoksia, tulee lapsiperheiden tuki jatkossa pieneneään syntyvien lasten määrän alentuessa.



**Kuvio 30.** Perhepoliittisten tukien reaalin kehitys vuosina 1990 – 2000

\* huomioitu verovähennykset vuosina 1990-1993 (lapsivähennys kunnallisverotuksessa, kunnallisverotuksen yksinhuoltajavähennys, lapsen hoitovähennys valtionverotuksessa)

**Kuvio 31.** Perhepoliittisten tukien saajat vuoden lopussa 1990 – 2000

### **Alle kolmevuotiaat hoidetaan pääasiassa kotona, isommat päivähoitossa**

Pienten lasten hoitojärjestelyissä on tapahtunut 1990-luvulla huomattavia muutoksia. Vuodesta 1990 lähtien vanhemmilla on ollut oikeus saada alle kolmevuotiaalle lapselleen joko kunnan järjestämä päivähoitopaikka tai perhe on voinut valita lasten kotihoiton tuen. Vuodesta 1996 lähtien oikeus kunnan järjestämään päivähoitopaikkaan laajeni koskemaan kaikkia alle kouluikäisiä lapsia. Pienten lasten hoidon tukijärjestelmiä uudistettiin 1.8.1997 alkaen. Uudistuksen tavoitteena oli selkeyttää ja yksinkertaistaa tukijärjestelmiä sekä yhtenäistää kuntien päivähoitomaksujen määrätymisperusteita

Vuoden 1999 lopussa alle kouluikäisistä lapsista oli kunnan järjestämässä päivähoitossa 49 prosenttia ja kotihoiton tukea maksettiin 26 prosentista. Yksityisen päivähoiton käyttö on ollut vähäistä. Yksityisen hoidon tukea maksettiin 3 prosentille alle kouluikäisistä lapsista. Tuettujen hoitojärjestelmien ulkopuolelle jäi noin 10 prosenttia lapsista eli noin 44 000 lasta. Nämä lapset ovat joko työttömien kotona hoitamia lapsia tai kotona hoidettuja kolme vuotta täyttäneitä lapsia, joilla ei ole alle kolmevuotiaista lasten kotihoiton tukeen oikeuttavaa sisarusta.

Alle kolmevuotiaista lapsista vain 24 prosenttia oli hoidossa kodin ulkopuolella. Valtaosa (72 %) lapsista hoidettiin kotona kotihoiton tuen tai vanhempainrahan avulla. Alle 3-vuotiaista lapsista 3 prosenttia ei ollut minkään pienten lasten hoidon tukijärjestelmän piirissä. Nämä lapset lienevät pääasiassa työttömien lapsia. Kotona oleva vanhempi saattaa valita työttömyysturvan kotihoiton tuen sijaan, koska työttömyysturvan korvaustaso on korkeampi kuin kotihoiton tuen.

Lasten hoitojärjestelyt vaihtelevat lasten iän mukaan. 3-6-vuotiaista lapsista kaksi kolmesta on kunnan järjestämässä päivähoitossa (Kuvio 32).

Valtaosa kunnista on selviytynyt päivähoitolain velvoitteista hyvin. Suurissa kunnissa on perustettu uusia päiväkoteja ja pienissä kunnissa on lisätty perhepäivähoitoa. Kunnan järjestämässä hoidossa olevista lapsista 66 prosenttia oli päiväkodeissa ja 34 prosenttia perhepäivähoitossa (Kuvio 33).

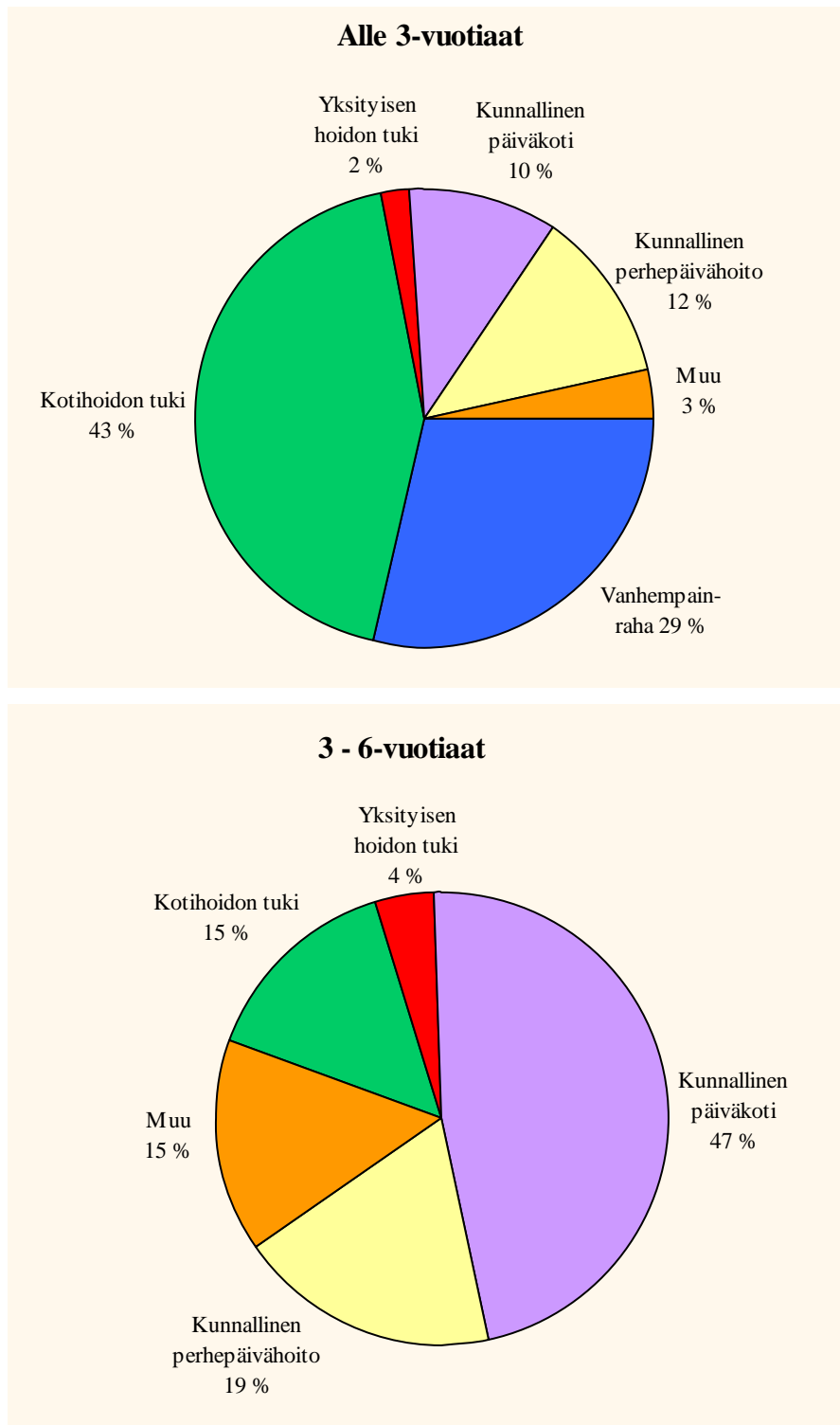
### **Päivähoidon tarve vähenee**

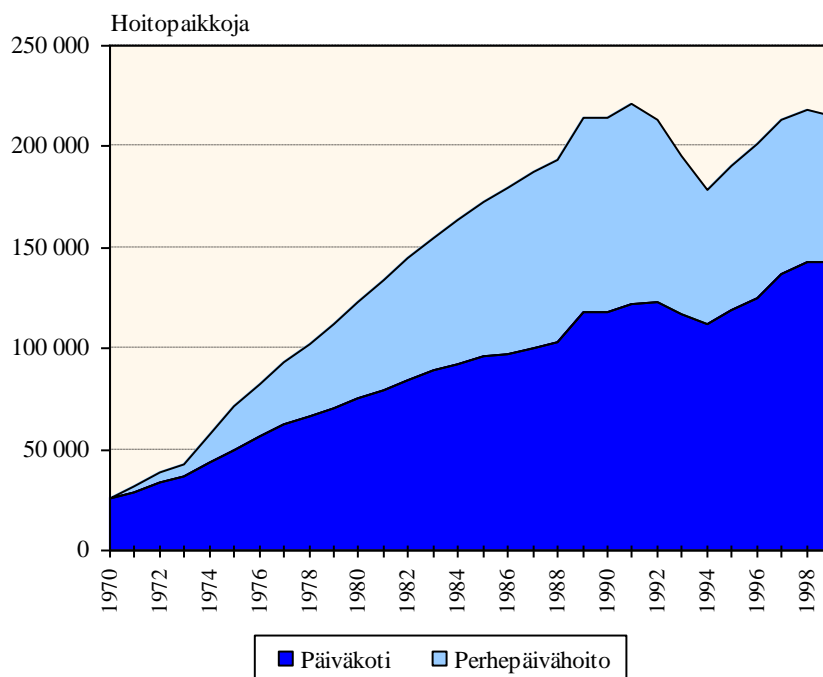
Vuoden 1999 lopussa oli kunnan järjestämässä päivähoitossa oli 215 000 lasta, mikä on 3 500 lasta vähemmän kuin edellisellä vuonna. Alle kouluikäisten lasten määrä on vähentynyt alentuneen syntyvyyden seurauksena. Sen sijaan yksityisen hoidon tukea maksettiin 1 000 lapsesta enemmän kuin edellisellä vuonna.

Päivähoidon tarve vähenee edelleen lähitulevaisuudessa. Seuraavan viiden vuoden aikana alle kouluikäisten lasten lukumäärä pienenee väestöennusteiden mukaan noin 26 000 lapsella. Tämä johtuu syntyvien lasten määrän vähenemisestä (Kuvio 34). Tänä vuonna syntyvien lasten määrä tulee olemaan noin 8 000 lasta pienempi kuin koulunsa aloittavien ikäluokka.

Kotona olevien vanhempien lasten oikeudesta kunnan järjestämään päivähoitopaikkaan käydään jatkuvasti keskustelua. Oikeus on haluttu joko rajoittaa osapäiväiseen hoitoon tai purkaa se kokonaan. Mikäli oikeus rajattaisiin vain osa-aikaiseen hoitoon, jäisivät vaikutukset päivähoiton kokonaiskustannuksiin hyvin vähäisiksi. Pitkään jatkuva vanhempien työttömyys lisää lasten riskiä syrjäytyä. Tällöin päivähoito voi osaltaan luoda lapselle turvallisen ja viirikeellisen kasvuympäristön.

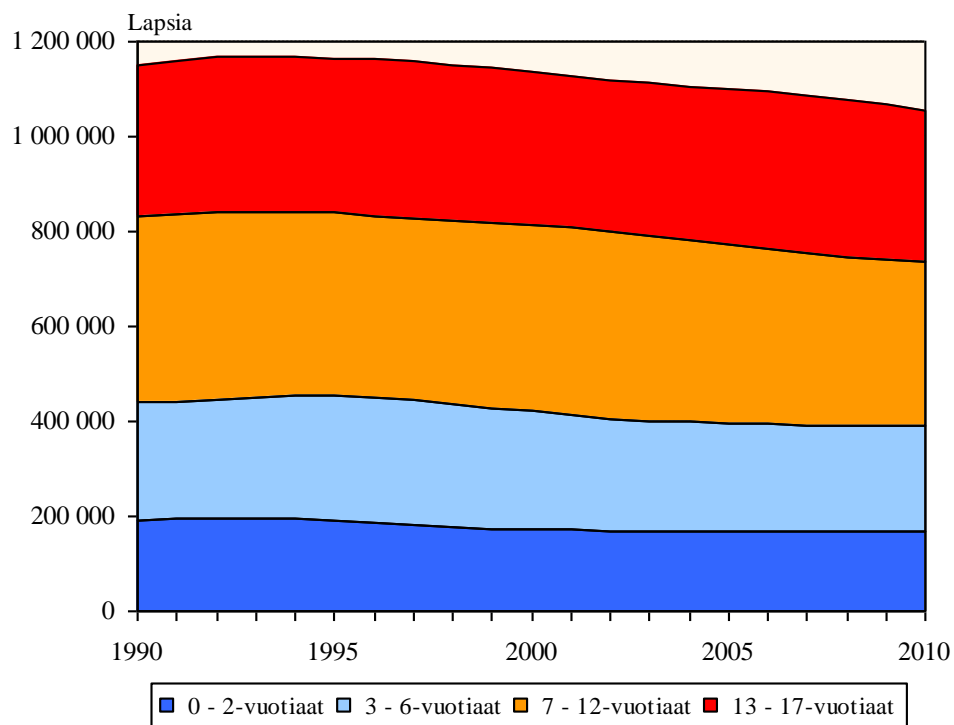
Kuvio 32. Pienten lasten hoitojärjestelyt 31.12.1999



**Kuvio 33.** Lasten päivähoitopaikkojen kehitys 1970 – 1999

Muun kuin kokopäiväisen päivähoitopaikan käyttö edellyttää, että vaihtoehtoisia palveluja on tarjolla. Lamavuosina vähennettiin rajusti avointa päiväkotia-, kerho- ja

leikkitoimintaa. Näitä toimintoja kehittämällä voidaan vähentää painetta kokopäivähoitoon.

**Kuvio 34.** 0 – 17-vuotiaat lapset 1990 – 2010

### **Koululaisten iltapäivähoitoa vähennetty**

Kunnan järjestämässä koululaisten iltapäivähoidossa oli noin 6 400 koululaista vuoden 1999 lopussa. Tämä on 1 000 vähemmän kuin edellisenä vuotena. Lasten päivähoitolaki ei velvoita kuntia järjestämään koululaisten iltapäivähoitoa. Viime vuosina kunnat ovat joutuneet supistamaan koululaisten iltapäivähoitopaikkoja selviytyäkseen alle kouluikäisten lasten päivähoitovelvoitteesta. Pienten koululaisten iltapäivätoimintaa tulisi kehittää yhteistyössä eri hallinnonalojen ja järjestöjen kanssa. Viime vuosina erityisesti seurakunnat ja Mannerheimin Lastensuojeluliitto ovat lisänneet pienten koululaisten iltapäivätoimintaa, mutta osassa kuntia tarjonta on edelleen puutteellista.

Vapaaehtoisjärjestöjen iltapäivähoito on perheille usein kalliimpaa kuin kunnan järjestämä iltapäivähoito. Kun kunnan järjestämää iltapäivähoitoa on niukasti tarjolla ja vapaaehtoisjärjestöjen järjestämä hoito on kallista, on vaarana, että monen pienen koululaisen iltapäivähoito jää järjestämättä asianmukaisesti.

### **Päivähoidon maksuihin muutoksia**

Pienten lasten hoidon tukijärjestelmien uudistuksen yhteydessä 1.8.1997 yhtenäistettiin kuntien päivähoitomaksujen määräytymisperusteet. Päivähoidon maksut määräytyvät perheen koon ja tulojen suuruuden mukaan prosentuaalisesti. Hallitusohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon maksuja tarkistettiin vuoden 2000 alusta. Tällöin päivähoidon enimmäismaksua nostettiin 1000 markasta 1100 markkaan kuukaudessa. Vuoden 2000 alusta päivähoitomaksu voidaan kerätä 12 kuukaudelta, jos lapsi käyttää päivähoitopalveluita koko vuoden ajan. Uudistus lisäisi päivähoidon maksutuloja noin 85 miljoonaa markkaa vuositasolla, joista 80 miljoonaa markkaa tulisi enimmäismaksun ylärajan nostamisesta. Uudistus lisää keski- ja hyvätuloisten

perheiden päivähoitomaksuja. Edellisessä uudistuksessa näiden perheiden päivähoitomaksut alenivat huomattavasti. Vuoden 1999 ennakkotietojen mukaan päivähoidon maksukertymä on noin 1,3 miljardia markkaa. Hoitomaksujen osuus päivähoidon kokonaismenoista on noin 15 prosenttia eli samansuuruinen kuin edellisenä vuonna.

### **Lasten kotihoidon tuen käytössä ei suuria muutoksia**

Uusi lasten kotihoidon tukijärjestelmä on ollut voimassa yli kolme vuotta. Sekä saajien että lasten määrissä ei ole tapahtunut oleellisia muutoksia. Marraskuun lopussa 2000 kotihoidon tukea sai 68 900 perhettä, 105 800 lapsesta. Tuen saajilla oli keskimäärin tukeen oikeuttavia lapsia 1,6. Keskimääräinen kotihoidon tuki perhettä kohti on hieman korkeampi (2 139 mk/kk) kuin vanhan järjestelmän mukainen, sillä hoitolisä ulottuu hieman laajemmalle tuloalueelle kuin vanhan järjestelmän tulosidonnainen osa. Kotihoidon tuen hoitorahaa saavista 79 prosentille maksettiin myös hoitolisää.

### **Yksityisen hoidon tuen käyttö kasvanut edelleen**

Uutena tukimuotona otettiin käyttöön 1.8.1997 yksityisen hoidon tuki, joka maksetaan suoraan hoidon tuottajalle. Tuki on kunnallisen päivähoidon vaihtoehto, jos vanhemmat haluavat järjestää lapsensa hoidon yksityisesti.

Yksityisen hoidon tukea saavien lasten määrä on jatkuvasti kasvanut. Marraskuun lopussa vuonna 2000 tukea maksettiin 13 700 lapsesta. Suurin osa (75 %) lapsista oli kolme vuotta täyttäneitä. Puolet (50 %) yksityisen hoidon tuella hoidetuista lapsista hoidettiin yksityisessä päiväkodissa ja 37 prosenttia oli yksityisessä perhepäivähoidossa. Yksityisen hoidon tuki antaa mahdollisuuden palkata hoitaja kotiin. Hoitajan kotiin palkkaaminen on ollut kuitenkin vä-

häistä, vain 1 700 lasta hoiti palkattu hoitaja. Keskimääräinen yksityisen hoidon tuki oli 817 markkaa kuukaudessa keskimääräisen hoitomaksun ollessa 2 184 markkaa kuukaudessa lasta kohti. Hoitolisää maksettiin 26 prosentille yksityisen hoidon tukea saavista lapsista.

Vanhempien maksama osa yksityisestä hoidosta on yleensä suurempi kuin mitä he joutuisivat maksamaan kunnan järjestämästä päivähoidosta. Joissakin kunnissa, varsinkin suurissa kaupungeissa, maksetaan yksityisen hoidon kuntalisää, jonka suuruus vaihtelee huomattavasti. Kansaneläkelaitoksen tilaston mukaan 56 prosentilla yksityisen hoidon tuella hoidetuista lapsista maksettiin myös kuntalisää.

Yksityisen hoidon tuen käytössä on havaittavissa selvää kausivaihtelua. Kesäkuukausien aikana saajien määrä pienenee huomattavasti. Vastaavana aikana kotihoidon tuen käyttäjämäärät lisääntyvät jonkin verran.

### **6-vuotiaille subjektiivinen oikeus esiopetukseen vuonna 2001**

Esiopetuksen tavoitteena on parantaa lapsen oppimisedellytyksiä ja edesauttaa lapsen joustavaa siirtymistä varhaiskasvatuksesta alkuopetukseen. Esiopetuksessa lapselle tarjotaan mahdollisuus kehittää persoonallisuuttaan monipuolisesti leikin ja toiminnan kautta omista lähtökohdistaan. Esiopetus on suunnitelmallista opetusta ja kasvatusta, joka liittyy kiinteästi sekä varhaiskasvatukseen että alkuopetukseen.

Elokuun alusta vuonna 2001 kunta on velvollinen järjestämään sen alueella asuville lapsille oppivelvollisuuden alkamista edeltävänä vuonna esiopetusta. Toimintavuonna 2000 – 2001 esiopetuksen järjestäminen on kunnille vapaaehtoista. Esiopetus on oppilaille maksutonta.

Valtaosa kunnista aloitti esiopetuksen järjestämisen jo vuonna 2000. Arvion mukaan noin 88 prosenttia kuusivuotiaista osallistuu esiopetukseen syksyllä 2000. Ainoastaan 33 kunnassa ei järjestetä esiopetusta. Näiden joukossa on useita pieniä kuntia varsinkin Pohjois-Savosta sekä Etelä- ja Pohjois-Karjalasta. Esiopetuksen ulkopuolelle jäi noin 7 300 lasta.

Esiopetus voidaan järjestää kunnan päätöksen mukaisesti koulussa, lasten päivähoidosta annetussa laissa tarkoitettussa päivähoitopaikassa tai muussa soveltuvassa paikassa. Kunta voisi hankkia esiopetuspalvelut myös muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta.

Esiopetukseen osallistuminen on lapselle vapaaehtoista. Päätöksen tekee huoltaja. Esiopetuksen laajuus on valtakunnallisesti yhtenäinen 700 tuntia vuodessa eli 3-4 tuntia päivässä. Paikallinen opetussuunnitelma tulee perustua opetushallituksen valtakunnalliseen opetussuunnitelmaan. Päävastuu opetuksesta kuuluu opettajille, joilla on luokanopettajan tai lastentarhanopettajan koulutus. Siirtymäkautena myös päivähoidon tehtävissä olleet sosiaalisvartajan tai sosionomin koulutuksen suorittaneet henkilöt ovat kelpoisia antamaan opetusta. Tänä aikana nykyisin päivähoidon tehtävissä työskenteleville järjestetään täydennyskoulutusta, jonka suorittamalla he voivat saavuttaa pätevyyden esiopetuksen opettajan tehtäviin.

Esiopetusta saavilla oppilaille, lukuun ottamatta pidennetyn oppivelvollisuuden piirissä olevia, ei ole oikeutta koulumatkateuun. Kuljetuksen järjestäminen saattaa aiheuttaa ongelmia etenkin haja-asutusalueilla ja voi olla ratkaiseva tekijä sille, että vanhemmat jättävät lapsen esiopetuksen ulkopuolelle.

Esiopetusta varten kunnat saavat valtion-osuutta oppilaskohtaisesti opetus- ja kulttuuritoimen rahoitusjärjestelmän mukaisesti. Tällöin valtion osuus on suurempi kuin mitä se on lasten päivähoitossa.

### **Työryhmä ei nähnyt tarvetta lasten päivähoiton kuntatason hallintomuutokseen**

Lasten päivähoiton hallintotyöryhmä suhtautui varauksella siihen, että kunnat saisivat päättää, minkä toimielimen hoidettavaksi lasten päivähoiton sekä kotihoidon ja yksityisen hoidon tuen hallinto kunnassa annetaan. Työryhmän mielestä päivähoiton hallinnon tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa lähtökohtana tulee olla lasten ja perheiden näkökulma. Työryhmä esitti, että pienten lasten hoitojärjestelmä on osa sosiaalihuoltoa ja osa sosiaalipalvelujärjestelmää, jonka hallinnoinnista vastaa nykyisin koko sosiaalihuollosta vastaava toimielin. Yhden keskeisen palvelujärjestelmän osan, pienten lasten hoitojärjestelmän, hallinnon irrottaminen sosiaalihuollon kokonaisuudesta ei olisi tarkoituksen mukaista, eikä sitä tulisi tässä vaiheessa toteuttaa. Muutos olisi merkittävä sosiaali- ja perhepoliittinen linjaus, jota tulee pohtia perusteellisemmin. Sen sijaan työryhmässä mukana olleet opetusministeriön, sisäasiainministeriön ja Suomen Kuntaliiton edustajat katsoivat, että kuntien tulee voida itse ratkaista, minkä toimielimen alaisuudessa pienten lasten hoitojärjestelmän hallinto järjestetään. Keskeisintä on, että asioiden valmistelussa ja toimeenpanossa turvataan päivähoiton ja sosiaalihuollon asiantuntemus.

Työryhmän mielestä pienten lasten hoitojärjestelmä on kokonaisuus, joka muodostuu kunnan järjestämästä päivähoitosta sekä lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta. Pienten lasten hoitojärjestelmä sekä yksilötason asiakasmaksuja koskeva päätöksen teko tulee käsitellä kokonaisuutena, eikä jakaa sitä hallinnollisesti eri osiin.

### **Kokemuksia lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmästä**

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten määrä kasvoi koko 1990-luvun. Vuonna 1991 sijoitettuja lapsia ja nuoria oli 8 700, mikä oli 0,7 prosenttia ikäluokasta. Vuonna 1999 sijoitettuja oli 12 400 eli 1,1 prosenttia ikäluokasta. Kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista ja nuorista noin 6 800 oli huostaanotettu. Lisäksi avohuollon piirissä oli samaan aikaan 43 600 lasta ja nuorta, mikä on 4 000 enemmän kuin edellisellä vuonna. Avohuollolla tarkoitetaan niitä tukitoimia, joilla pyritään luomaan ja ylläpitämään lapselle suotuisat kasvuolot tukemalla vanhempia ja perheen mahdollisuuksia selviytyä omatoimisesti.

Kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista ja nuorista lähes puolet oli perhehoitossa ja reilu kolmasosa laitoshoidossa ja loput muualle, kuten itsenäisesti tuettuun asumiseen sijoitettuna. Kodin ulkopuolelle sijoittamisen yleisempiä syitä ovat vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat, jotka usein johtavat lapsen hoidon laiminlyöntiin tai perheväkivaltaan. Nykyään yhä useamman sijoituksen takana ovat myös lapsen omat ongelmat, kuten kouluvaikeudet, rikollisuus tai huumeet.

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen yhteydessä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet muutettiin laskennalliseksi. Tästä on seurannut ongelmia rahoittaa kunnissa satunnaisesti tarvittavia kalliita erityispalveluita, kuten pitkäaikaisia lastensuojelun laitossijoituksia. Ongelma on korostunut asukasluvultaan pienissä kunnissa, joissa yhdenkin lastensuojelutapauksen kustannukset saattavat vaikuttaa merkittävästi kunnan talousarvioon.

Lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmä on ollut voimassa 1.3.1999 alkaen. Järjestelmän tarkoituksena on tasata lastensuojelun suurten kustannusten yksittäiselle kunnalle aiheuttamaa taloudellista

ta rasitetta sekä ohjata voimavaroja siten, että lastensuojeluasiakkaat saavat tarkoituksenmukaiset ja oikea-aikaiset palvelut kunnan taloudellisesta tilanteesta riippumatta.

Suurten kustannusten tasausjärjestelmän toimeenpanosta huolehtivat erityishuoltopiirien kuntayhtymät. Kunnilla on oikeus saada tasausjärjestelmästä korvauksena 70 prosenttia kaikista niistä lastensuojelutoimenpiteistä aiheutuneista kustannuksista, jotka on kirjattu lastensuojelulain tarkoittamaan huoltosuunnitelmaan ja jotka perhekohtaisesti ylittävät 150 000 markkaa vuodessa.

Vuoden 1999 alustavien tietojen mukaan lastensuojelun suurten kustannusten piiriin kuuluvat menot olivat ennakoarvioita suuremmat eli noin 208 miljoonaa markkaa, joista valtio maksoi 60 miljoonaa markkaa. Menoissa oli suuria alueellisia eroja. Lastensuojelun suurten kustannusten tasaukseen kuuluvat menot jäivät ennakoarvioita alhaisemmiksi Pohjois-Karjalan, Kainuun ja Savon erityishuoltopiirien alueella. Kustannukset olivat arvioitua suurempia alueilla, joihin kuului suuria kaupunkeja, kuten Helsingin, Uudenmaan ja Varsinais-Suomen erityishuoltopiireissä. Todennäköisesti huumenuorten hoito lisäsi kustannuksia näillä alueilla. Korvaukset ovat kohdistuneet pääsääntöisesti laitoshuoltoon.

Se, että menot jäivät arvioitua alhaisemmiksi maaseutumaisilla alueilla, saattaa johtua näiden alueiden vähäisemmästä tarpeesta lastensuojeluun. Lisäksi näillä alueilla on helpompi järjestää kodin ulkopuolelle sijoitettaville lapsille perhehoitopaikkoja, jotka tulevat laitoshoidon halvemmaksi. Edelleen on myös mahdollista, että pienet kunnat eivät järjestä vaativaa erikoishoitoa sitä tarvitseville lapsille, koska se tulee niille liian kalliiksi.

Ensimmäisen vuoden kokemukset osoittavat, että lastensuojelulain mukaisten tehtävien hoitamiseen on kunnissa kiinnitetty enemmän huomiota. Yhteistyö eri toimintasektoreiden välillä on tiivistynyt. Lainsäädäntöuudistuksen seurauksena lastensuojelun huoltosuunnitelmat tehdään entistä huolellisimmin. Toisaalta yksityiskohdainen menojen seuranta on kunnissa koettu hankalaksi ja aikaa vieväksi.

Sosiaalihuollolle lasten ja perheiden erityispalveluista aiheutuvat kokonaismenot ovat noin 2 miljardia markkaa vuodessa ja siitä kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten hoidon kustannukset noin 1,2 miljardia markkaa. Tasausjärjestelmän kokonaiskustannuksiksi vuosille 2000 ja 2001 on arvioitu 330 miljoonaa markkaa, josta puolet katetaan valtion määrärahalta.

### **Lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pääsy nopeutuu**

Mielenterveyden ongelmat ovat lisääntyneet viime vuosina. Arviot lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden yleisyydestä vaihtelevat 7 - 15 prosentin välillä. Hallituksen tavoitteena on parantaa lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja. Samalla hallitus haluaa varmistua siitä, etteivät lapset ja nuoret joudu odottamaan hoitoon pääsyä kohtuuttoman kauan. Lisäksi eri hoitoyksiköiden välistä yhteistyötä tulee parantaa ja hoidon toimivuus turvata, kun lapsi tai nuori siirtyy hoitopaikasta toiseen.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen parantamiseksi on vuoden 2001 talousarviossa 25 miljoonan markan lisäys sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksiin. Tarkoituksena on, että lasten ja nuorten mielenterveystyön rahoitus lisääntyy kokonaisuudessaan 100 miljoonalla markalla, kuntien rahoitusosuuden ollessa 75 miljoonaa markkaa. Tämän lisäyksen kohdentamiseksi sekä lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen varmistamiseksi esitetään kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidonlakiin ja



mielenterveyslakiin muutosta, jonka perusteella valtioneuvoston asetuksella voitaisiin säätää hoitoon pääsyn enimmäisajoista sekä palvelun sisällöstä ja järjestämisestä.

Lääkärin tehtyä lapsen tai nuoren henkilön mielenterveysongelmien vuoksi lähetteen erikoissairaanhoidon, tulee hoidon tarve selvittää kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta sairaalaan. Kunnan tulee järjestää tarpeellinen hoito kolmen kuukauden kuluessa. Kunnan tulee myös huolehtia siitä, että lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden avohoidossa on käytettävissä riittävästi tukitoimia kotona selviytymisen tukemiseksi.

### **Myös 17-vuotiaille lapsilisää?**

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut työryhmän selvittämään lapsilisäjärjestelmän kehittämistä ja arvioimaan järjestelmän muutostarvetta. Työryhmän tehtävänä on selvittää lapsilisän ja opintotuen yhteensovittamista sekä lapsilisäjärjestelmän kehittämistä lapsiperheiden tukijärjestelmänä. Työryhmän tulee tarkastella nykyisen lapsilisäjärjestelmän rakenteen tarkoituksenmukaisuutta kaikille lapsille määräytyvänä verottomana perhepoliittisena tukena. Lisäksi työryhmän tulee arvioida lapsilisäjärjestelmän käyttökelpoisuus erityistilanteissa, kuten adoption tai useamman lapsen samanaikaisen syntymän yhteydessä. Työryhmän tulee saada työnsä valmiiksi vuoden 2000 loppuun mennessä.

Lapsilisän maksaminen päättyy nykyisin lapsen täyttäessä 17 vuotta. Vanhempien elatusvelvollisuus puolestaan päättyy yleensä vasta lapsen täyttäessä 18 vuotta. Kulutustutkimusten mukaan lasten kulutustarpeet ovat kuitenkin suurimmillaan täysi-ikäisyyden kynnyksellä. Tilastokeskuksen oppilaitostilaston mukaan 17-vuotiaista 93 prosenttia opiskeli vuoden 1998 lopussa. Valtaosa 17-vuotiaista oli kokonaan vanhempiensa elatuksen varassa, koska opintotukijärjestelmä on koskenut vain vähäistä

osaa tästä ikäluokasta. Lukuvuoden 1999 – 2000 aikana 17-vuotiaita opintorahan saajia oli noin 26 000. Heistä vanhempiensa luona asuvia oli 20 000. Keskimääräinen opintoraha oli 240 markkaa kuukaudessa. Itsenäisesti asuvia 17-vuotiaita oli noin 5 500, joiden keskimääräinen opintoraha oli 725 markkaa kuukaudessa.

Nykyinen opintoraha on lapsilisää pienempi kaikilla vanhempiensa luona asuvilla 17-vuotiailla. Itsenäisesti asuvilla opintoraha on useimmiten suurempi kuin yhdestä lapsesta maksettava lapsilisä.

### **Perherakenteet muuttuvat – tarvitaanko lainsäädännöllisiä muutoksia?**

Viime vuosina lapsiperheiden määrä on pienentynyt. Vuoden 1999 lopussa oli 619 600 lapsiperhettä. Samalla perherakenteissa on tapahtunut muutoksia. Avopari-perheiden määrä kasvaa jatkuvasti. Niiden osuus on noin 15 prosenttia lapsiperheistä. Myös yksinhuoltajaperheiden määrä on ollut kasvussa. Vuoden 1999 lopussa yksinhuoltajaperheitä oli 19 prosenttia lapsiperheistä. Lisäksi uusperheiden määrä on viime vuosina jonkin verran lisääntynyt. Vuoden 1999 lopussa uusperheitä oli noin 47 000 eli vajaat 8 prosenttia lapsiperheistä. Uusperheissä elää yhteensä noin 97 000 lasta.

Perherakenteiden muuttuessa on noussut esille kysymys, kuinka läheissuhteet tulisi ottaa huomioon toimeentuloturvaetuuksia ja palvelumaksuja määrättäessä. Syyskuussa 2000 julkaistiin uusperheiden elämää selvittänyt tutkimus, jonka tavoitteena oli selvittää, miten lainsäädännössä tulisi suhtautua uusperheisiin. Tavoitteena oli erityisesti selvittää, miten sosiaali oikeudessa sovellettu ns. jääkaappiteoria vastaa uusperheissä tosiasiallisesti vallitsevaa tilannetta ja miten oikeudenmukaisena se koetaan.

Perhelainsäädännön mukaan lapsen elatuksesta vastaavat pelkästään lapsen vanhem-

mat. Isä- tai äitipuoli ei ole velvollinen osallistumaan lapsen elatukseen. Sosiaalilainsäädännössä palvelumaksujen suuruus ja sosiaaliavustusten tarve ja taso arvioidaan sitä vastoin sen kotitalouden tilanteen mukaan, jossa saaja tosiasiallisesti elää.

Uusperheessä maksut ja edut määrätään miehen ja vaimon yhteenlaskettujen tulojen perusteella. Esimerkiksi uusperheessä elävän ja päivähoitossa olevan vaimon lapsen päivähoitomaksua määrättäessä otetaan huomioon sekä äidin että myös hänen kanssaan elävän miehen tulot. Mies ei ole kuitenkaan ole velvollinen osallistumaan maksujen suorittamiseen, koska hän ei ole lapsen isä eikä siis velvollinen elättämään lasta.

Tutkimustulosten mukaan ne uusperheet, joissa puoliset ovat avioliitossa tai puolisoilla oli yhteisiä lapsia, toimivat jokapäiväiseen elämään liittyvien menojen rahoittamisessa hyvin samalla tavalla kuin ydinperheet. Näissä uusperheissä myös ei-yhteisten lasten menojen rahoittaminen oli hyvin samantapaista kuin yhteisten lasten menojen rahoittaminen. Näiden perheiden kohdalla nykyinen sosiaalilainsäädäntö on perusteltu. Sen sijaan toinen ryhmä uusperheistä on hieman ongelmallisempi. Tutkimustulokset viittaavat löyhempään yhteisyyteen rahataloudessa uusperheissä, jotka perustuvat avoliittoon ja joissa ei ole yhteisiä lapsia. Määrällisesti tarkasteltuna tämä

koskee noin kolmasosaa uusperheistä (17 000 perhettä).

### **Perhepoliittisten menojen rahoitus**

Äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahat rahoitetaan sairausvakuutuksesta pääosin vakuutetuilta ja työnantajilta perittävin maksuin. Valtion sairausvakuutuksen mak-suosuuteen on tehty viime vuosina muutoksia. Vuodesta 1998 lähtien valtio on maksanut ns. takuusuoritusta sairausvakuutusrahaston maksukyvyn turvaamiseksi ja vuodesta 1999 lähtien osa arvonlisäverotuotosta on ohjattu sairausvakuutuksen rahoitukseen. Lisäksi vuodesta 1999 lähtien valtio on rahoittanut äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahojen vähimmäispäivärahakustannukset. Lapsilisät valtio rahoittaa kokonaan.

Kuntien sosiaali- ja terveystoimen menoihin kunnat saavat valtionosuutta. Vuonna 1999 se kattoi noin viidenneksen lakisääteisten toimien menoista. Useat kunnat maksavat kotihoidon tuen sekä yksityisen hoidon tuen kunnallista lisää, johon ne eivät saa valtionosuutta. Niinpä kunnan rahoitusosuus näiden menojen kokonaisrahoituksessa on korkeampi kuin muissa kuntien sosiaalitoimen menoissa. Päivähoitossa kerättävillä hoitomaksuilla kateetaan 15 prosenttia päivähoiton menoista. Osuus on viime vuosia pysytellyt samalla tasolla.

## Lapsiperhemenojen rahoitusosuudet vuonna 1999 (ennakkotieto)

	Menot milj. mk	Rahoitusosuudet (%)				
		Valtio	Kunnat	Työnan- tajat	Vakuute- tut	Asiak- kaat
Äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahat	2 776	16	0	49	35	0
Kotihoidontuki <sup>1)</sup>	2 120	20	80	0	0	0
Lapsilisät	8 300	100	0	0	0	0
Lasten päivähoito <sup>2)</sup>	8 250	20	65	0	0	15
Yksityishoidon tuki <sup>1)</sup>	240	40	60	0	0	0
Lasten ja nuorten laitoshoido <sup>2)</sup>	800	21	76	0	0	3

<sup>1)</sup> sis. kuntien omat tuet

<sup>2)</sup> sis. asiakasmaksut

## Kirjallisuutta

- ▶ Anttonen A. Lasten kotihoidon tuki suomalaisessa perhepolitiikassa. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 52. Helsinki, 1999.
- ▶ Hiilamo H. Suomen perhepoliittisen linjan kehittyminen vuosina 1990 – 1999. Turun yliopisto, sosiaalipoliittikan laitos. Sarja A:10/1999. Turku.
- ▶ Jaakkola R. ja Säntti, R. Uusperheitten lapset ja vanhemmat - Perheitten rakenne, toiminta ja talous. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 174. Helsinki, 2000.
- ▶ Karvonen S., Hermanson E., Sauli H. ja Harris H. Lasten ja nuorten hyvinvointi 1990-luvulla. Stakes. Tilastoraportti 1:2000. Helsinki.
- ▶ Kartovaara L. ja Sauli H. Suomalainen lapsi. Tilastokeskus. SVT. Väestö 2000:7. Helsinki.
- ▶ Lasten päivähoidon kuntatason hallinnon järjestämisvaihtoehtojen lisäämistä selvittävän työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2000:15. Helsinki.
- ▶ Raivola R., Zechner M. ja Vehviläinen J. Opintotuki - opiskelijapalkka vai koulutusinvestointi. Opetusministeriö 14:2000. Helsinki.
- ▶ Seppälä N. Perhebarometri 2000. Yhteisapelillä lapsen parhaaksi – Vanhempien ja ammattikasvattajien näkemyksiä lasten kasvatuksesta. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E9/2000. Helsinki.
- ▶ Uusitalo H., Parpo A. ja Hakkarainen A.(toim.). Sosiaali- ja terveyden huollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Helsinki.
- ▶ Takala P. Lastenhoito ja sen julkinen tuki. Stakes–Kela. Tutkimuksia 110. Helsinki, 2000.

## 2.6 Työttömyys

	1998	1999*	2000**	2001**
Pääryhmän menot (mmk)	21 900	20 800	20 650	21 000
- josta toimeentuloturvaa (mmk)	19 900	18 950	18 900	19 300
Osuus sosiaalimenoista, %	11,7	11,0	10,7	10,4
Osuus BKT:stä, %	3,2	2,9	2,6	2,5
Työttömyysaste, %	11,4	10,2	9,6	8,6
Ansiopäivärahan saajat vuoden lopussa	161 650	153 680	149 100	140 300
Peruspäivärahan saajat vuoden lopussa	18 570	17 510	16 400	15 000
Työmarkkinatuen saajat vuoden lopussa	185 470	172 520	165 700	157 000
Työllisyyskoulutuksessa vuoden lopussa	41 300	38 100	37 000	35 000
Työttömyyseläkkeen saajat 31.1.2	49 400	52 240	54 600	57 100

\* ennakkotieto

\*\* ennuste

### Työllisyysasteen nostossa onnistuttu

Työttömyys on vähentynyt yhtäjaksoisesti vuodesta 1994 lähtien, mutta sen taso on edelleen korkea. Marraskuussa vuonna 2000 työttömänä oli 224 000 henkilöä ja työttömyysaste oli 8,7 prosenttia eli 0,7 prosenttiyksikköä vähemmän kuin vuoden 1999 marraskuussa. Erityisesti nuorten työttömyys on alentunut. Nuorten työttömyys on nyt useimmiten lyhytkestoista, koulutuksesta työelämään siirtymiseen liittyvää kitkатыöttömyyttä. Tästä huolimatta nuorisotyöttömyys on edelleen korkealla tasolla 19,1 prosentissa.

Vuonna 1999 työvoiman kysyntä kasvoi ripeästi. Työllisyysaste nousi marraskuussa 2000 jo 66,8 prosenttiin ja oli 1,3 prosenttiyksikköä korkeampi kuin vuotta aikaisemmin. Vuoden 2000 aikana 55-59-vuotiaiden työllisyystilanne on kohentunut. Työllisyysasteen ennakoidaan nousevan 68 prosenttiin vuonna 2001. Valtaosa uusista työpaikoista on syntynyt yksityiselle sektorille. Työvoiman kysyntä on kohdistunut erityisesti koulutettuihin nuoriin, joilla on hyvät tietoyhteiskuntavalmiudet.

Toistuvaistyöttömyys on lisääntynyt. Uusia työttömyysjaksoja alkoi vuonna 1999 keskimäärin 1,4 työtöntä kohti, kun syvimpänä

taloudellisena lamavuonna 1994 toistuvaistyöttömyyttä ei esiintynyt lainkaan. Toistuvaistyöttömyys kertoo myös lyhytaikaisten työsuhteiden yleistymisestä. Ne ovat leimallisia etenkin naisvaltaisilla aloilla.

### Iäkkäiden työttömyys ja toistuvaistyöttömyys ongelmana

Päätyneiden työttömyysjaksojen keskimääräinen kesto on lyhentynyt parin viime vuoden aikana. Avoimille työmarkkinoille sijoitetaan aikaisempaa nopeammin, mutta jäljelle on jäänyt pitkäaikaistyöttömyyden ”kova ydin”, suurehko joukko etenkin iäkkäämpiä työttömiä, joiden on yhä vaikeampi löytää työpaikkaa. Yli 50-vuotiaiden päätyneiden työttömyysjaksojen keskimääräinen kesto on miehillä selvästi pidempi kuin naisilla.

Vuonna 1999 päätyneet työttömyysjaksot olivat kestäneet keskimääräinen 11 viikkoa ikäryhmässä 20-24-vuotiaat ja 14 viikkoa ikäryhmässä 25-29-vuotiaat. Iäkkäämmillä työttömyysjaksot olivat selvästi pidemmät: 51-54-vuotiailla 31 viikkoa, 55-59-vuotiailla 46 viikkoa ja yli 60-vuotiailla 130 viikkoa.

Yli 50-vuotiaiden työllisyys on kohentunut heikosti. Erityisesti iäkkäiden työttömien työttömyyden kesto on pitkä. Työttömäksi äsken joutuneet työllistyvät yleensä nopeasti, mutta vaikeasti työllistyvien asema on heikentynyt suhteessa muihin työnhakijoihin. Vaikeasti työllistyvien ja ansiopäivärahalta työmarkkinatuella putoavien osuus on pysynyt korkeana tai jopa kasvanut.

Matala pohjakoulutus on keski-ikäisten ja iäkkäiden työllistymisen olennainen este. Vain perusasteen tutkinnon suorittajia on yli 40 prosenttia yli 40-vuotiaiden ikäryhmissä ja yli 60 prosenttia yli 60-vuotiaiden ikäryhmässä. Heikon koulutustaustan lisäksi iäkkäiden asemaa vaikeuttaa työmarkkinoiden valikoivuus. Ikä heikentää työllistymismahdollisuutta jopa koulutuksesta, ammattiryhmästä, toimialasta tai sairastavuuseroista riippumatta.

Työttömyyden ja avoinna olevien työpaikkojen välisen suhteen kehitys osoittaa, että työttömyyden rakenteelliset piirteet ovat voimistuneet. Työvoiman kysyntä kohdistuu suurelta osin ammattitaitoihin työmarkkinoille tuleviin nuoriin tai lyhyen aikaa työttömänä olleisiin. Vähän koulutetut ja vanhentuneen ammattitaidon omaavat iäkkäät työttömät ovat vaarassa syrjäytyä työmarkkinoilta. Tähän tarvitaan osamisiongelmaan keskittyviä toimenpiteitä, jottei työvoiman saatavuus vaikeudu ja rakenteellinen työttömyys laajene entisestään.

Väestön ikääntyminen vaikuttaa alueelliseen ja ammatilliseen liikkuvuuteen. Nuoret työnhakijat ovat valmiimpia muuttamaan kuin iäkkäät. Siten muuttotappioalueiden kunnissa väestörakenne ikääntyy. Hyvinvointipalvelujen tarve lisääntyy, samalla kun kuntien mahdollisuudet niiden tarjoamiseen asukasmäärän vähetessä heikkenevät.

## **Työttömyysmenot kasvavat vuonna 2001**

Työttömyyden aleneminen on laskenut työttömyysmenoja. Vuonna 2000 sosiaalimenoihin sisältyvien työttömyysmenojen arvioidaan olevan 20,7 miljardia markkaa, mikä on hieman vähemmän kuin vuonna 1999. Työttömyysmenojen arvioidaan lisääntyvän hieman vuonna 2001, koska työttömyyseläkemenot kasvavat enemmän kuin mitä työttömyyspäivärahamenot vähenevät.

Vuonna 1999 ansiopäivärahoja maksettiin 8,4 miljardia markkaa ja vuonna 2000 niitä arvioidaan maksettavan 8,2 miljardia markkaa. Peruspäivärahoja maksetaan 500 miljoonaa markkaa, mikä on 16 miljoonaa vähemmän kuin vuonna 1999. Myös työmarkkinatuen menot pienentyvät runsaalla 200 miljoonalla eli 5,1 miljardiin markkaan vuonna 2000. Sen sijaan työttömyyseläkemenot nousevat noin 360 miljoonalla markalla eli 3,7 miljardiin markkaan vuonna 2000. Niiden arvioidaan kasvavan edelleen ripeästi vuonna 2001.

Työttömyyspäivärahan saajien määrän arvioidaan alenevan edelleen. Ansiopäivärahaan saajia oli 334 800 henkilöä vuonna 1999, mikä oli 35 000 henkilöä vähemmän kuin vuonna 1998. Peruspäivärahaa saavien määrä laski 45 700 henkilöön. Työmarkkinatuen saajien määrä ei ole laskenut samassa tahdissa. Vuonna 1999 tukea sai 311 800 työtöntä, mikä oli 10 800 vähemmän kuin edellisenä vuotena. Pitkäaikaisyöttömyyden ja nuorisotyöttömyyden jatkuminen korkeana hidastaa työmarkkinatuen saajien määrän laskua. Yhä useampi ansiopäivärahalla ollut on siirtynyt työmarkkinatuen varaan.

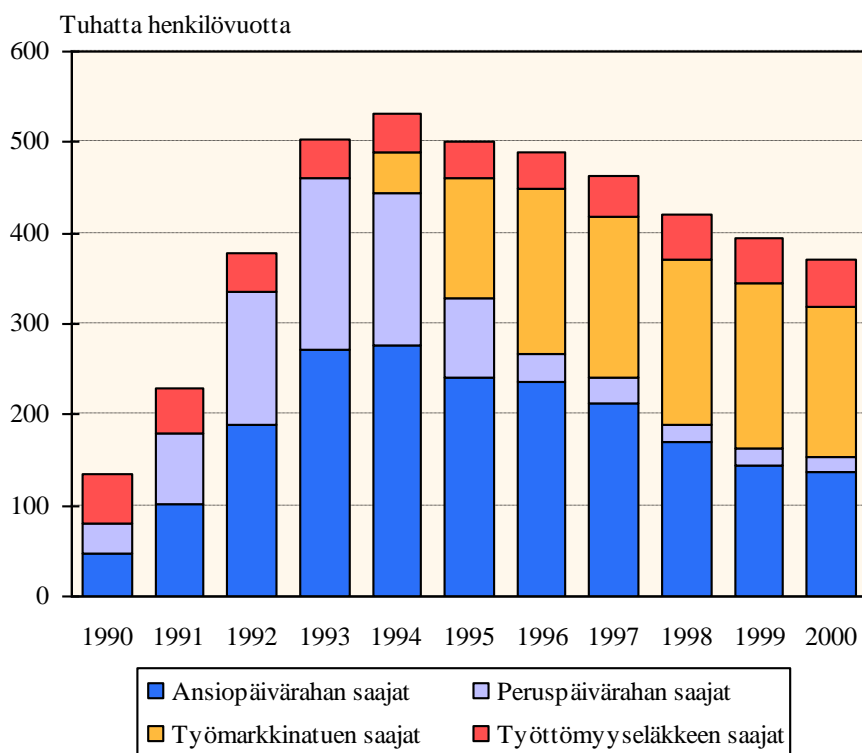
Vuonna 1999 ansiopäivärahaa maksettiin keskimääräinen 115 päivältä ja peruspäivärahaa 96 päivältä. Laskua molemmissa 3-5 päivää. Sen sijaan työmarkkinatukea saatiin keskimäärin 148 päivältä, mikä oli kaksi päivää enemmän kuin vuonna 1998.

Vuonna 2000 ansiopäivärahoja maksetaan keskimäärin hieman pidemmältä ajalta kuin vuonna 1999, koska yli 50-vuotiaiden pitkäaikaistyöttömien ja ns. työttömyysputkessa olevien osuus ansiopäivärahan saajista kohoaa.

Työttömyyseläkkeellä olevien määrä kasvoi edelleen. Vuonna 1999 työttömyyseläkkeen saajia oli 52 240, mikä oli 2 850 enemmän kuin edellisenä vuotena. Työt-

tömyyseläkeläisten määrä kohoaa edelleen. Vuoden 2000 puolivälissä työttömiä 55-59-vuotiaita oli 49 500, joista monella on oikeus ns. lisäpäiviin ja sen jälkeen työttömyyseläkkeeseen. Tässä ikäluokassa kaikkien työttömien määrä on kääntynyt laskuun vuodesta 1998 lähtien. Pitkäaikais-työtön, joka on täyttänyt 60 vuotta, voi saada työttömyyseläkettä vanhuuseläkkeeseen saakka. (Kuvio 35)

**Kuvio 35.** Työttömyysturvan perus- ja ansiopäivärahaa, työmarkkinatukea ja työttömyyseläkettä saavat vuosina 1990-2000, henkilövuosina



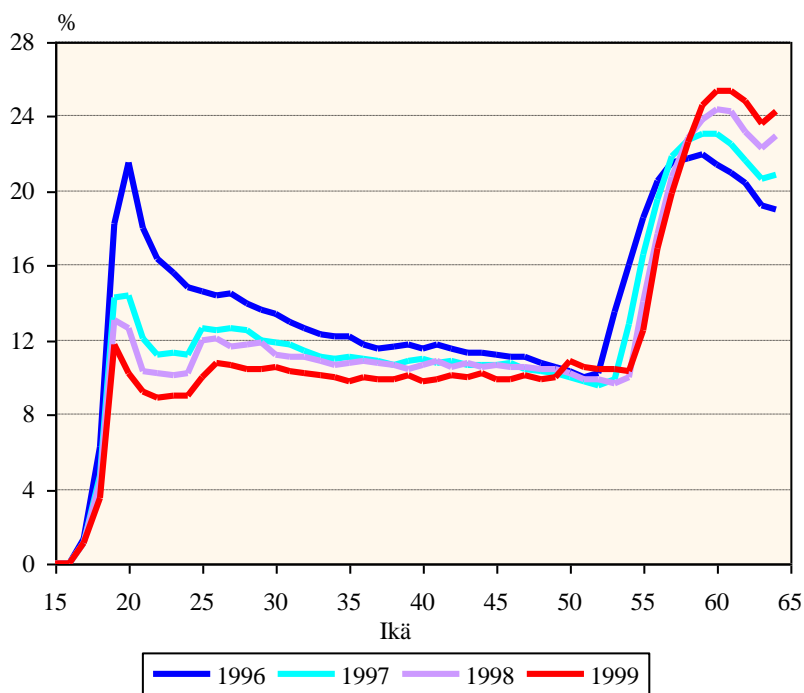
### **Etuuksiin on tehty muutoksia eläkkeelle siirtymisen myöhentämiseksi**

Keskimääräinen eläkkeelle siirtymisikä on kohonnut yhdellä vuodella. Suomessa siirryttiin vuonna 1999 eläkkeelle noin 59-vuotiaana. Pääsääntöisesti viallinen eläkeikä on 65 vuotta. Laaja työttömyys ja varhainen eläkkeelle siirtyminen lisäävät

etuusmenoja ja heikentävät sosiaaliturvan rahoitus pohjaa.

Vuoden 1997 alussa työttömyyseläkeputken alaikäraja myöhennettiin kahdella vuodella 53 ikävuodesta 55:een. Ikärajan nosto ja hyvä talouskehitys näyttävät kohentaneen ikääntyvien työllisyyttä. (Kuvio 36)

**Kuvio 36.** Työttömyyspäivärahaa saavien tai työttömyyseläkkeellä olevien osuus ikäluokittain vuosina 1996-1999



Seuraavan 10 vuoden aikana yli 50-vuotiaan työvoiman osuus nousee 5 prosenttiyksiköllä. Ikääntyneiden työhön osallistuminen on viime vuosiin saakka laskeutunut ja tässä Suomi muistuttaa Keski-Euroopan maita. Ikääntyneiden työmarkkina-asemaan vaikuttavat oleellisesti varhaiseläkejärjestelmät. Erityisesti työttömyyseläkettä on käytetty henkilöstöpolitiikan välineenä. Työttömäksi tulon todennäköisyys on seurannut työttömyyseläkkeen ikärajan muutoksia. Työttömyyseläke lähes kaksinkertaistaa ikääntyneiden työttömyysasteen. Eläkepoliittisten toimenpiteiden rinnalle tarvitaan ikääntyvien työkykyä lisääviä ja työssä jaksamista edistäviä toimenpiteitä. Ikääntyvien työttömyyttä ei voida täysin estää, joten tarvitaan työhön paluuta edistäviä toimenpiteitä.

Toteutetut toimenpiteet, jotka parantavat ikääntyneiden työntekijöiden työmarkkina-asemaan ja siirtävät varhaisen eläkkeelle siirtymistä ovat:

- Työttömyyseläkkeen tasoa on alennettu jonkin verran, enimmillään 4 prosenttia. Eräissä erityistapauksissa työttö-

myyseläkkeen saamista on kuitenkin helpotettu.

- Työttömyys- ja työkyvyttömyyseläkkeiden rahastointia on muutettu. Työnantajien kustannusvastuu eläkkeistä on noussut.
- Yksilöllisen varhaiseläkkeen ikäraja on nostettu 58 ikävuodesta 60:een.
- Osa-aikaeläkkeen ikärajaa alennettiin 58 vuodesta 56:een määräaikaisella lailla, joka on voimassa vuoden 2002 loppuun. Tarkoituksena on vähentää varhaista kokoaikaeläkkeelle siirtymistä.
- Määräaikainen laki, jonka mukaan yli 55-vuotiaan työttömän eläke ei huonone hänen ottaessaan vastaa tilapäistä pienipalkkaista työtä, muutettiin pysyväksi.
- Työvoimahallinto on lisännyt koulutus- ja kuntoutustoimenpiteiden käyttöä.
- Työmarkkinajärjestöt ja työeläkelaitokset sopivat, että työssä olevien oikeutta työeläkejärjestelmän kustantamaan varhaiseen kuntoutus selvittelyyn kehitetään. Järjestely aloitetaan 58- ja 59-

vuotiaista ja sitä pyritään laajentamaan niin, että se koskisi kaikkia työntekijöitä vuonna 2002, mikäli voimavarat sen sallivat.

- Käynnistettiin työssä jaksamisen toimenpideohjelma. Työkykyä ylläpitävää toimintaa on edistetty ja työoloja kehitetty muun muassa laajan työelämän kehittämisohjelman avulla.
- Kansallista ikäohjelmaa on jatkettu.

Suomen kokonaisveroaste on yksi EU:n korkeimmista. Työllisyyden kannalta ongelmallisimmin on pienituloisten korkea verokiila (tuloverojen sekä työnantajien ja työntekijöiden maksamien sosiaaliturvamaksujen osuus keskivertotyöntekijän työvoimakustannuksista). Tuloverojen ja sosiaaliturvamaksujen osuuden arvioidaan olevan vuonna 2000 kaikkiaan 47,9 prosenttia työvoimakustannuksista. Vaalikauden aikana on määrä tehdä 10-11 miljardin markan verojen ja veroluonteisten maksujen kevennykset ansiotuloihin ja välillisiin työvoimakustannuksiin. Hallitus on päättänyt vuotta 2001 koskevista noin kuuden miljardin markan verohelpotuksista. Tulopoliittisessa sopimuksessa hallitus lupasi alentaa tuloveroja vuonna 2002 noin neljällä miljardilla markalla.

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä selvitti vuonna 1999 mahdollisuuksia alentaa ja porrastaa työnantajamaksuja niin, että pienipalkkaisen työvoiman ja työmarkkinoilta syrjäytymisvaarassa olevien työnsaantimahdollisuudet paranisivat. Työryhmä totesi, että pienten maksujen alennusvaikutukset työllisyyteen olisivat vähäiset. Parhaat työllisyysvaikutukset ovat saavutettavissa toisiaan tukevalla toimenpiteillä, jotka kohdistuvat työvoiman kysyntään, tarjontaan ja kannusteisiin. Työnantajamaksujen alennukset yhdessä kunnallisverotuksen ansiotulovähennyksen ja aktiivisten työ- ja sosiaalipoliittisten toimenpiteiden kanssa voivat yhdessä johtaa matalapalkkaisen työllisyyden kohentumiseen.

## **Aktiivinen sosiaalipolitiikka ja kuntouttava työtoiminta**

Aktivointitoimet ovat vähentäneet pitkäaikaistyöttömyyttä. Työttömistä työnhakijoista kaikkiaan noin 30 prosenttia on aktiivitoimenpiteiden piirissä. Tämä osuus on noussut, mutta jää edelleen selvästi jälkeen esimerkiksi Tanskan ja Ruotsin työvoimapolitiikan tasosta ja Euroopan unionin kärkimaista. Suomen työvoimapolitiikassa on edelleen syytä pitää tavoitteena aktiivitoimenpiteiden määrän ja laadun nostoa.

Työmarkkinoilla olevien vaikeimmin työllistettävien erityisryhmien aktivoiminen vaatii yksilöllisesti räätälöityjä toimenpiteitä. Rakenteellisen työttömyyden vähentäminen edellyttää korkeaa työvoimapolitiikan tasoa sekä hallinnonalojen välistä yhteistoimintaa.

Pitkään jatkunut työttömyys on osaltaan lisännyt syrjäytyneiden määrää. Toimintaa pitkään työttömänä olleiden ja syrjäytyneiden tukemiseksi on haitannut työvoimahalinnon ja kuntien sosiaalitoimen yhteistyön vähäisyys. Vaikkakin alueellisesti tästä yhteistyöstä on saatu hyviä kokemuksia, ei yhteistyö ole valtakunnallisesti vakiintunut.

Erityisenä puutteena on pidetty sitä, että sellaisille pitkään työttöminä olleille, jotka eivät ole työllistettävissä työhallinnon nykyisin toimin, ei ole ollut tarjolla juuri heille sopivia palveluita. Kun kyseiseen kohde-ryhmään kuuluvien toimeentulo yleensä koostuu työmarkkinatuesta ja asumistuesta, ei kunnan sosiaalitoimi ole riittävän aikaisessa vaiheessa voinut tarjota omia palveluitaan.

Riittävän aikaisessa vaiheessa tapahtuvalla tukemisella voidaan ehkäistä syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten syrjäytyminen ja vakavien ongelmien syntyminen. Sosiaalitoimen vastuu on käytännössä rajoittunut pahimpien ongelmien ratkaisemiseen esimerkiksi lastensuojelun tai päihdehuollon



toimin. Ongelmiin puuttuminen on tapahtunut liian myöhään.

Määräaikaisella rahoituksella toteutetut sosiaalisen työllistämisen projektit ovat tuottaneet useita onnistuneita käytännön tuloksia. Kuitenkin vain hyvin harvoissa tapauksissa on kokeiluista saadut hyvät käytännöt voitu vakiinnuttaa osaksi pysyvää toimintaa. Erityinen ongelma on ollut se, että kokeilutoimintaa ei ole voitu ulottaa kaikkiin kuntiin ja näin ollen pitkään työttömänä olevan henkilön mahdollisuudet saada erityisiä työllistymistä tukevia sosiaalihuollonpalveluita on vaihdellut kuntakohtaisesti.

Syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja pitkään työttöminä olleiden henkilöiden aseman parantamiseksi hallitus teki kesällä 2000 periaatepäätöksen tarvittavista toimenpiteistä. Tähän aktiivisen sosiaalipolitiikan kokonaisuuteen kuuluu työvoimapalveluiden tehostaminen, työvoimaviranomaisten ja kuntien sosiaalitoimen välisen yhteistyön parantaminen sekä kuntouttavan työtoiminnan nimellä kulkevan uuden, pitkään työttöminä olleille tarkoitetun toimenpiteen luominen.

Aktiivisen sosiaalipolitiikan uudistuksella on tarkoitus luoda lainsäädännölliset perusteet työvoimaviranomaisten ja kuntien väliselle yhteistyölle pitkään jatkuneen työttömyyden sekä syrjäytymisen torjumiseksi. Tarkoitus on myös taata pysyvä rahoitus pitkään työttöminä olleille henkilöille tarjottavalle uudelle sosiaalipalvelulle, kuntouttavalle työtoiminnalle.

Esitykseen liittyy työvoimaviranomaisten työttömälle työnhakijalle työvoimapalvelulain perusteelle kuuluvien oikeuksien nykyistä täsmällisempi sisällyttäminen lakitasolle. Tarkoitus on tehostaa työnhakuhaastattelujen tekemistä ja työnhakusuunnitelmien laatimista.

Henkilöille, jotka työvoimaviranomaisten toimenpiteistä huolimatta ovat pitkään työttömiä, tarjotaan uutta toimenpidekokonaisuutta, josta sovitaan aktivointisuunnitelmaa laadittaessa. Tarkoitus on velvoittaa työvoimatoimistot ja kunnat laatimaan yhdessä pitkään työttömänä olleen henkilön kanssa aktivointisuunnitelma. Suunnitelma laaditaan, kun henkilö on saanut työttömyyden perusteella työmarkkinatukea tai toimeentulotukea kuntouttavaa työtoimintaa koskevassa laissa säädetyn ajan. Alle 25-vuotiaille aktivointisuunnitelma laaditaan lyhyemmän työttömyysjakson jälkeen kuin 25 vuotta täyttäneille.

Aktivointisuunnitelmaan voidaan sisällyttää työvoimaviranomaisten nykyainsäädännön perusteella tarjoamia työllistymistä edistäviä toimenpiteitä tai kunnan järjestämisvastuulla olevia sosiaali-terveyskoulutus ja kuntoutuspalveluja. Uutena palveluna aktivointisuunnitelmaan voidaan sisällyttää kuntouttava työtoiminta.

Kuntouttava työtoiminta on aktivointitoimenpide, jota tarjotaan pitkään työttömänä olleelle henkilölle, jolle ei ole välittömästi työvoimaviranomaisten toimesta tarjottavissa työllistymistä edistävää toimenpidettä. Kuntouttavalla työtoiminnalla vakiinnutetaan erilaiset sosiaalisen työllistämisen projektit, joita on tehty useissa eri kunnissa esimerkiksi Euroopan sosiaalirahaston tuella.

Kuntouttavaa työtoimintaa ei tehdä työsuhteessa, joten siitä maksettavista etuuksista ja korvauksista, toiminnan sisällöstä, toiminta-ajasta, tapaturmavakuutuksesta sekä työturvallisuudesta on säädettävä erikseen lailla. Kuntouttavaan työtoimintaa voidaan velvoittaa alle 25-vuotias pitkään työttömänä ollut henkilö. 25 vuotta täyttäneiden osalta kuntouttava työtoimintaan osallistuminen on vapaaehtoista.

Työvoimaviranomaisten tarjoamat työllistymistä edistävät toimenpiteet ovat ensisi-

jaisia kuntouttavaan työtoimintaan sekä muihin sosiaalipalveluihin verrattuna. Tämän vuoksi toimeentulotuesta annettuun lakiin sisältyy säädös siitä, että henkilön, joka työttömyydestä johtuen hakee toimeentulotukea, on aina ensisijaisesti ilmoitauduttava työvoimatoimistoon työttömäksi työnhakijaksi.

### Karenssit yleisimpiä perusturvaa saaneille

Stakes on selvittänyt työttömyysturvan karensseja. Työttömyysturvan karenskien vuosittainen määrä on täällä hetkellä noin 40 000. Yleisimpänä karenssin syynä on ollut työstä eroaminen ilman pätevää syytä. Koulutuksesta tai työvoimapolitiittisista toimenpiteistä kieltäytyminen on yleistynyt, vuonna 1999 viidesosa karensseista aiheutui tästä syystä. Paremmalla työllisyyden alueilla karenssit ovat yleisempiä kuin korkean työttömyyden alueilla. Toistuvia työstä kieltäytymisiä on enemmän miehillä kuin naisilla. Karenssit kohdentuvat vähän koulutetuille työntekijöille. Vuonna 1999 44 prosenttia karenssin saaneista oli vain perusasteen koulutus. Hyvin monilla ka-

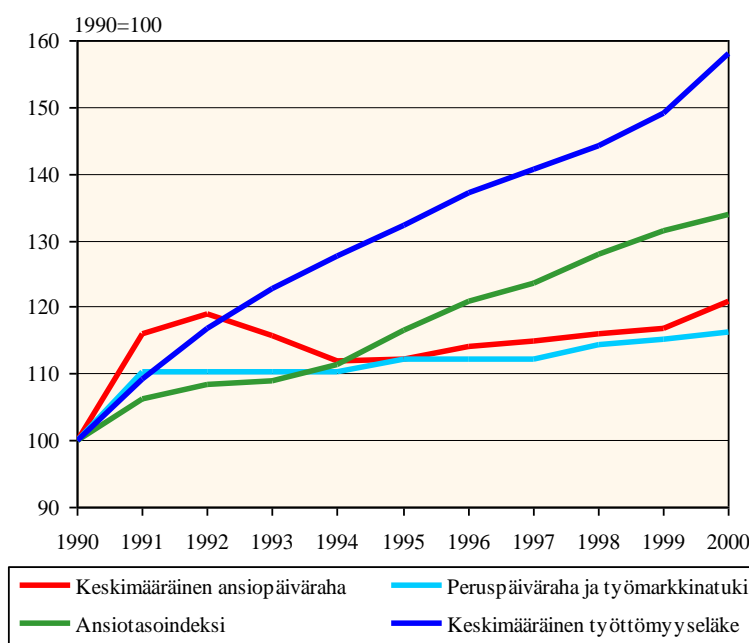
renssein saaneilla työttömyys oli kestänyt yli kaksi vuotta.

Karenssit ovat yleisempiä perusturvaetuuksia saavilla ja toimeentulotukiasiakkuus on tavallista. Syksyllä 1998 yli puolet karenssin saaneista oli samana vuonna myös toimeentulotukiasiakkaana.

### Työttömyyspäivärahat nousseet ansiotaso hitaammin

Työttömyysturvan taso on kohonnut hyvin vähän 1990-luvun alun tasosta. Työmarkkinatukeen ja työttömyysturvan peruspäivärahaan on vain muutamana vuonna tehty pieni korotus ja keskimääräiset päiväkorkaukset ovat pysyneet 1990-luvun alun tasolla. Ansiosidonnaisen työttömyysturvan keskimääräinen taso on sekin noussut hyvin vähän säästö päätösten ja työttömyydessä tapahtuneiden rakennemuutosten seurauksena. Työttömyysvakuutukseen tehdään tulopoliittisen sopimuksen mukaan korvustason korotus vuonna 2002. Keskimääräinen työttömyyseläke noudattaa eläkkeissä yleisesti tapahtuvaa tason nousua. (Kuvio 37)

**Kuvio 37.** Keskimääräisten työttömyysetuuksien kehitys vuosina 1990-2000  
Käyvin hinnoin



## Työttömyysmenojen rahoitus

Perustasoinen työttömyysturva rahoitetaan kokonaan valtion varoin. Ansiopäiväraha rahoitetaan yhdessä työnantajien ja palkansaajien vakuutusmaksuilla sekä valtion varoin. Palkansaajien työttömyysvakuutusmaksu otettiin käyttöön vuonna 1993. Työnantajien, palkansaajien ja valtion ra-

hoitusosuudet ansiopäivärahan rahoituksesta ovat jonkin verran vaihdelleet eri vuosina. Työttömyyseläkkeet koostuvat kansaneläkkeistä ja työeläkkeistä. Työeläkkeistä työnantajat rahoittavat noin neljäviidesosaa ja työntekijät viidesosan. Kansaneläkkeet rahoitetaan valtion varoin ja työnantajien vakuutusmaksuin.

Työttömyysmenojen rahoitusosuudet vuonna 1999 (ennakkotieto)

	Menot milj. mk	Rahoitusosuudet (%)			
		Valtio	Kunnat	Työnantajat	Työntekijät
Peruspäiväraha/työmarkkinatuki	5 830	100	0	0	0
Ansiopäiväraha	8 390	37	0	39	24
Kansaneläkkeet	300	47	0	50	2
Työeläkkeet	3 050	0	0	78	22

## Kirjallisuutta

- ▶ Aktiivinen sosiaalipolitiikka -työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1999:20.
- ▶ EU:n työllisyysuuntaviivojen mukainen Suomen työllisyyspolitiikan toimintasuunnitelma. Työministeriö. Toukokuu 1999.
- ▶ EU:n työllisyysuuntaviivojen mukainen Suomen työllisyyspolitiikan toimintasuunnitelma. Työministeriö. Huh-tikuu 2000.
- ▶ EU:n työllisyysstrategia – eurooppalaisia risuja ja ruusuja Suomen työllisyyspolitiikalle. Eduskunnassa 11.9.2000 pidetyn seminaarin aineisto.
- ▶ Hakola T. Varhaiseen eläkkeelle siirtymiseen vaikuttavat tekijät. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:11.
- ▶ Heikkilä M., Lahti T. Työttömyysturvan karensseista ja karenssin saaneista: tilastollinen selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:7.
- ▶ Parkkinen P. Suomella runsaat työllisyysreservit. Työministeriö. Työpoliittinen Aikakauskirja 2000:2, s. 33-41.
- ▶ Romppanen A. Ikääntymisen vaikutuksista työmarkkinoilla. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:12.
- ▶ Työnantajamaksujen alentamista ja porrastamista selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö, työryhmämuistioita 1999:11.

## 2.7. Asumisen tukeminen

	1998	1999	2000*	2001**
Yleisen asumisten menot (mmk)	2 615	2 870	2 700	2 510
Yleisen asumistuen saajat 31.12. (kotital.)	205 600	207 000	170 000	164 000
- joista lapsiperheet	82 000	80 000	76 000	76 000
Eläkkeensaajien asumistuen menot (mmk)	1 215	1 287	1 360	1 450
Eläkkeensaajien asumistuen saajat 31.12.	159 000	161 000	162 000	164 000
Opiskelijoiden asumislisän menot (mmk)	615	603	880	1 240
Opiskelijoiden asumislisän saajat 31.12.	93 825	92 200	143 500	147 000

\* ennuste

\*\*ennakkotieto

### Asumismenot nousseet muita kustannuksia nopeammin

Asuntomarkkinoilla on 1990-luvulla vähennetty julkista tukea ja vapautettu hinnat markkinoiden ohjailtavaksi. Vuokrien sääntely lakkasi 1.5.1995 kaikissa vapaarahoitteisissa vuokrasuhteissa. Aravavuokra-asunnoissa hintojen sääntely on edelleen voimassa. Vuokrat ovat nousseet koko 90-luvun ja vuodesta 1996 vuoteen 2000 huomattavasti nopeammin kuin aikaisempina vuosina, yli 4 prosenttia vuosittain. Vuoden 1999 huhtikuusta vuoden 2000 maaliskuuhun vuokrat nousivat uusissa vuokrasuhteissa lähes 5 prosenttia. Nopeinta vuokrien nousu on ollut pääkaupunkiseudulla ja kasvukeskuksissa. Pääkaupunkiseudulla vuokrat ovat jo yli 48 prosenttia suuremmat kuin muualla ja ero kasvaa jatkuvasti.

Arava-asuntojen vuokrien nousun lisäksi on näiden asuntojen saanti vaikeutunut. Vain joka neljännelle asunnon hakijalle voitiin vuokrata asunto, pääkaupunkiseudulla vain joka viidennelle. Vuonna 1999 aravavuokra-asuntoa haki yli 210 000 perhettä, joista kaksiviidennestä haki arava-asuntoa pääkaupunkiseudulta. Pääkaupunkiseudulla oli vuoden 1999 lopussa jonossa oli yli 43 000 hakijaa. Kun pääkaupunkiseudulla asuntojen kysyntä kiihtyy ja vuokrat nousevat nopeasti, on joillakin paikkakunnilla tullut ongelmaksi tyhjät vuokra-

asunnot ja asuinalueet, joiden ylläpidosta aiheutuu kunnille suuria kustannuksia. Asuntojen puute kasvukeskuksissa vaikeuttaa jo työvoiman liikkumista ja työllistymistä, kun kohtuuhintaista ja kohtuullisen kokoista asuntoa ei löydy sieltä missä on työtä.

Vuosikymmenen alun hintojen romahduksen jälkeen vuodesta 1995 lähtien ovat omistusasuntojen hinnat nousseet nopeasti. Pääkaupunkiseudulla hinnat ovat kohonneet vuosittain yli 10 prosenttia Vanhojen kerrostaloasuntojen nimellishinnat ovat jo ylittäneet 1980-luvun lopun huippulukemat. Vuonna 1999 hinnat nousivat 18 prosenttia ja joillakin alueilla vielä enemmän. Muualla maassa hintojen nousu on tähän asti ollut maltillisempaa, mutta myös kiihtynyt kasvukeskuksissa, kuten Tampereella ja Oulussa. Pääkaupunkiseudulla kerrostaloasunto maksaa keskimäärin 12 500 mk/m<sup>2</sup>. Pääkaupunkiseudun ja muun maan välinen hintaero on kasvanut. Tällä hetkellä pääkaupunkiseudulla kerrostaloasunnon neliöhinta on kaksikertaa korkeampi kuin muualla maassa.

Asumiskustannuksia on lisännyt myös korkotason kohoaminen. Uusien asuntoluottojen nimelliskorko oli huipussaan vuonna 1993, noin 13 prosentissa. Viime vuonna korko laski jo alle 5 prosentin, mutta tänä vuonna korkotaso on noussut noin 2 prosenttiyksikköä.. Asuntojen hintatason noususta johtuen kotitaloudet ovat joutuneet ottamaan suuria asuntolainoja hankkimaan asunnon. Niinpä kotitalouksien asuntolainojen kokonaismäärä on viime vuosina kohonnut huomattavasti 147 miljardiin markkaan. Se ylittää selvästi vuoden 1991 tason. Korkotason kohoamisen lisäksi asumismenoja lisää kiinteistöveron nosto ja lämmityksen kallistuminen.

Asuntotuotanto on ollut 1990-luvulla huomattavasti alemmalla tasolla kuin aikaisempina vuosikymmeninä. Kun aikaisemmin asuntoja rakennettiin vuodessa 50 000, jää tuotantotaso nykyisin alle 30 000:n asunnon Alimmillaan tuotanto oli vuonna 1996, hieman yli 20 000 asuntoa. Asuntojen tarjonta reagoi hitaasti kasvaneeseen kysyntään, ja uuden rakentamista hidastaa muun muassa rakennuskelpoisen tonttimaan puute ja korkea hintataso. Nyt rakennuskustannukset ovat nousseet aravarajoitusten yläpuolelle ja siten kaikkia suunniteltuja vuokra-asuntoja ei voida rakentaa. Tuotanto on siirtynyt entistä enemmän kovanrahan omistusasuntoihin kasvukeskukseen.

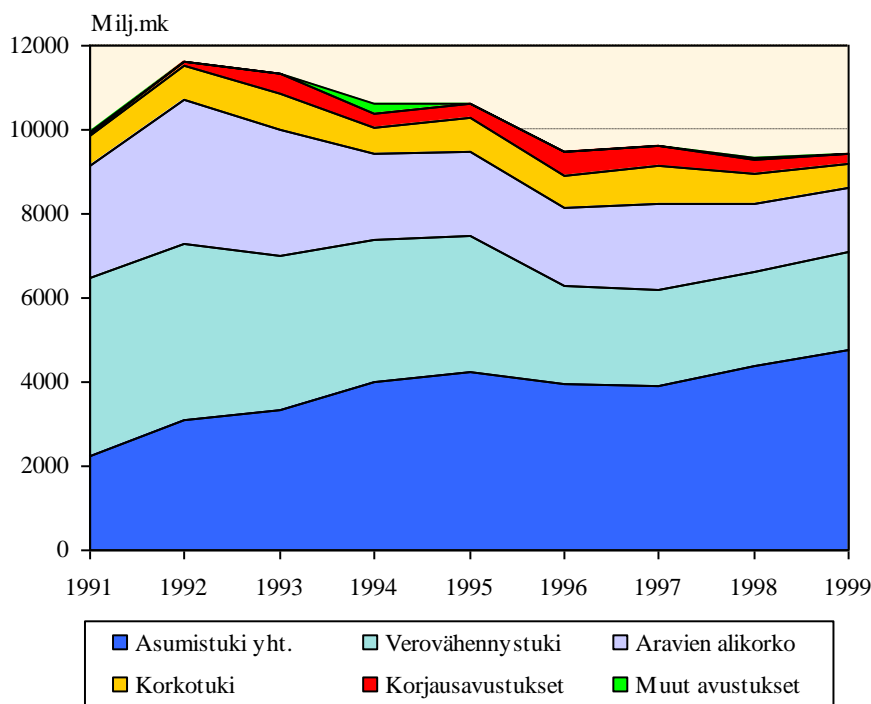
Asumismenot ovat kasvaneet koko 1990-luvun, etenkin vuokralla asuvilla. Samaan aikaan pienituloisten tulot ovat kasvaneet paljon hitaammin. Viime vuosina on asunnottomuus alkanut uudelleen pitkän vähenemiskauden jälkeen lisääntyä. Asunnottomia arvioidaan olevan jo yli 10 000 henkilöä suurin osa näistä on miehiä, mutta uutena piirteenä asunnottomuudessa ovat naisten ja nuorten määrän lisääntyminen.

### **Asumisen tuki vähentynyt**

Asumista ja asuntojen rakentamista tuetaan asumistuilla, korkotuilla, avustuksilla ja verotuella. Asumistukijärjestelmiä ovat yleinen asumistuki, opiskelijoiden asumislisä ja eläkkeensaajien asumistuki. Korkotukia ovat ASP-tuki, aravalainat ja korkotukijärjestelmät. Suorat avustukset asumiseen kohdistuvat erilaisille erityisryhmille ja korjaustoimintaan. Verotuista keskeisin on asuntolainojen korkojen verovähennys.

Asumisen kokonaistuki oli huipussaan vuonna 1992, lähes 11,6 miljardia. Tämän jälkeen tuki on pienentynyt ja se on ensi vuonna noin 9,5 miljardia. Kaikkien tukimuotojen menot ovat laskeneet (Kuvio 38.). Verotuki on pienentynyt huomattavasti johtuen korkovähennykseen vuonna 1993 tehdystä muutoksesta ja korkojen laskusta, sama on tapahtunut korkotuille. Suhdanteista johtuen talonrakentamisen tukemista on jonkin verran vähennetty, samoin korjausavustuksia. Asumistuen saantikriteereitä on useaan otteeseen muutettu ja kohdistettu uudelleen.

**Kuvio 38.** Asumisen kokonaistuki 1991-1999  
Käyvin hinnoin



Lähde: Ympäristöministeriö

### Asumisen tuki tarpeeseen

Asumisen kokonaistuki vuonna 1999 oli 9,4 miljardia markkaa. Tästä oli tarveharkintaista tukea 72 prosenttia, ja yleistä tukea 28 prosenttia. Yleisistä tuista suurin on korkojen verovähennyksen kautta annettu tuki, jonka osuus oli 23 prosenttia kokonaistuesta. Pienempiä yleistukia ovat aspinkortotuki ja osa korjausavustuksista. Tarveharkintaisia tukia ovat asumistuet, aravalainan alikorko omistusasunnoille, korjausavustukset (lukuun ottamatta) asunto-osakeyhtiöitä, aravalaina alikoroista vuokra-asunnoille ja korkotuki vuokra-asuntoihin.

Kotitalouksille suunnatut suorat asumistuet ovat tarveharkintaisia. Tukea myönnetään ottaen huomioon kotitalouden tulot, varallisuus, asumisväljyys ja asumismenot. Tuki tavoitteena on edistää kohtuullisen asumistason saavuttamista myös pienituloisille. Tuen avulla pyritään pitämään

asumismenojen osuus kotitalouden tuloista kohtuullisena. Tiukan tuloharkinnan takia asumistuen väheneminen alkaa jo hyvin pienistä tuloista.

Asumiskustannukset otetaan huomioon joko todellisena tai ruokakunnan koon mukaan, asunnon enimmäispinta-alan ja alueellisesti määriteltujen enimmäismääristen neliökustannusten mukaan. Kohtuullisista kustannuksista vähennetään perusomavastuu, jonka määrään vaikuttaa asunnon koko, sijainti ja ruokakunnan tulot. Kohtuullisista asumismenoista, joista on vähennetty perusomavastuu, maksetaan asumistukea 80 prosenttia. Asumiskuluista jää siten aina osa tuensaajaperheen maksettavaksi.

Yleinen asumistuki kohdistuu hyvin pienituloisille kotitalouksille. Työttömyyden lisääntyminen lisäsi huomattavasti myös asumistuen tarvetta. Kun samaan aikaan tulo- ja vuokrien nousun kanssa

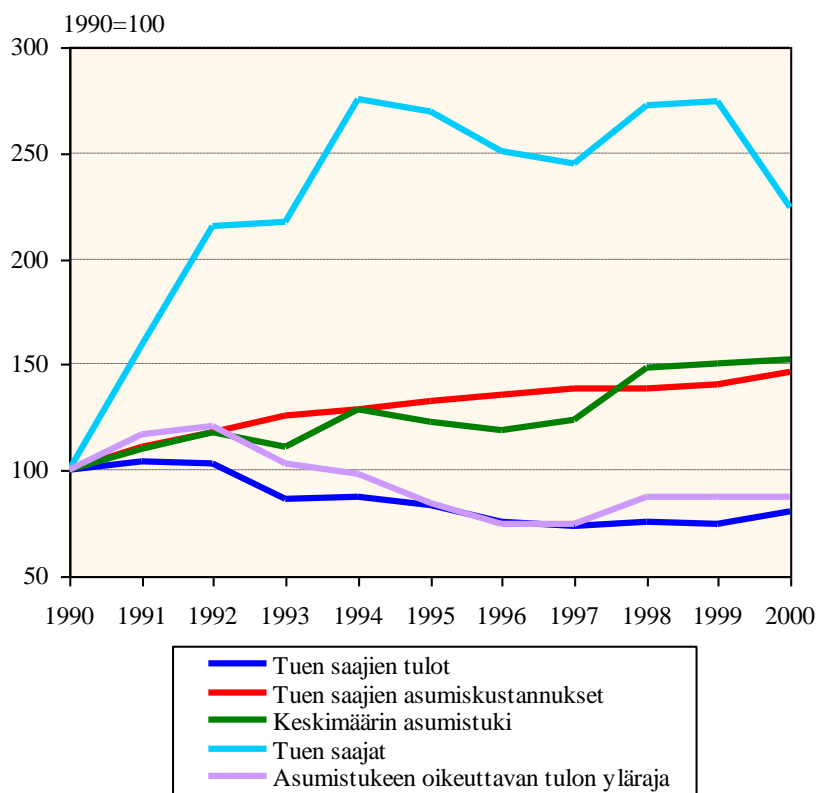
asumistuen menoja jouduttiin supistamaan tuloharkintaa kiristämällä, asumistuen saajiksi jäi suurelta osin kotitalouksia, jotka elävät pääosin jonkin toimeentuloturvaetuuden varassa. Yleisen asumistuen saajista on työttömiä noin 53 prosenttia.

Yleinen asumistuki syntyi lapsiperheiden tukimuodoksi. Nykyisin asumistuen saajista on lapsiperheitä enää 45 prosenttia. Lapsiperheistä runsaat puolet on yksinhuoltajaperheitä. Asumistukea sai vuoden 1999 lokakuussa 199 000 ruokakuntaa ja keskimääräinen tuki oli 1 112 markkaa kuukaudessa. Vuonna 1998 sekä saajien määrä että keskimääräinen tuki lisääntyi hieman asumistuen korotuksen seurauksena ja sama kehitys jatkui edelleen vuonna 1999. Vuonna 2000 asumistuen saajien määrää vähentää opiskelijaparien siirtyminen opis-

kelijoiden asumislisän piiriin. Asumistukea korotettiin viimeksi vuonna 1998 samalla kun toimeentulotukeen sisällytettiin asumisen omavastuu.

Työttömyydestä ja sen pitkittyminen nosti asumistuen saajien määrän lähes kolminkertaiseksi 1990-luvun alkupuolella (Kuvio 39). Asumistuen kustannusten alentamiseksi on tukeen oikeuttavia tulo rajoja laskettu useana vuotena. Samaan aikaan ovat tuen saajien asumismenot nousseet. Yhä pienempituloisten yhä suurempien asumismenojen kattamiseksi on keskimääräinen asumistuki kohonnut. Entistä pienituloisemmat kotitaloudet joutuvat käyttämään yhä suuremman osan tuloistaan asumismenoihinsa.

**Kuvio 39.** Asumistuen kehitys vuosina 1990-2000



Eläkkeensaajille ja opiskelijoille on omat asumistukijärjestelmänsä, jotka eroavat joidenkin yksityiskohtien osalta yleisestä asumistuesta. Eläkkeensaajien asumistuki on suoraan kytketty eläkkeeseen ja sen keskeinen tavoite on turvata asuminen tutussa asunnossa ja estää laitokseen joutumista. Tavoitteestaan johtuen eläkkeensaajien asumistuen asuntoa koskevat määräykset ovat väljempiä kuin yleisessä asumistuksessa. Tukijärjestelmän kehittämisessä on keskeistä sen suhde vanhusten palveluihin. Eläkkeensaajien asumistuen saajia on ollut viime vuonna 162 000 ja he saivat tukea keskimäärin 690 markkaa kuukaudessa.

Opiskelijoiden asumislisää saavat vuokra-asunnossa yksin asuvat opiskelijat ja ne opiskelijaparit, joilla ei ole lapsia. Asumislisä on osa opintotukea ja sen taso pyritään kytkemään opiskelija-asuntojen vuokratasoon. Opintotuen asumistuen saajia oli vuoden 1999 lopussa 92 200 ja tuki oli keskimäärin 730 mk kuukaudessa. Opiskelijoiden asumistukea kehitetään edelleen osana opintotukijärjestelmää. Muut opiskelijat kuin lapsiperheet ja omistusasunnossa

asuvat siirtyivät yleisestä asumistuesta opiskelijoiden asumislisän piiriin 1.5.2000. Opiskelijoiden asumislisään tuli samalla korotus. Kesäaikana asumislisää ei makseta.

Asumistukijärjestelmä on joutunut reagoimaan nopeisiin taloudellisiin muutoksiin. Markkinat ovat heiluttaneet asuntojen tarjontaa ja kysyntää. Vaikka työllisyyden paraneminen ei samassa suhteessa näy asumistuen tarpeen vähenemisenä, tulee se pitemmällä ajanjaksolla kohentamaan tilannetta, jos asuntojen tarjonta on riittävää. Työllisyystilanteen ja asuntomarkkinoiden vakiintuessa tukea voidaan kehittää paremmin osana sosiaalipolitiikkaa ottamalla huomioon asuntomarkkinoiden eriytymisen eri väestöryhmien ja maan eri alueiden välillä.

#### **Asumistukien rahoitus**

Valtio rahoittaa kokonaan sekä yleisen että eläkkeensaajien asumistuen sekä opiskelijoiden asumislisän.



## 2.8. Toimeentulotuki

	1998	1999	2000**	2001**
Toimeentulotukimenot (mmk) (netto)	2 558	2 380	2 380	2 380
% sosiaalimenoista	1,4	1,2	1,1	1,1
% BKT:sta	0,4	0,3	0,3	0,3
Tukea saaneet kotitaloudet vuoden aikana	313 400	292 000	273 000	270 000
Tukea saaneet henkilöt vuoden aikana	534 930	492 690	460 000	455 000

\* ennakkotieto

\*\* ennuste

### Toimeentulotuen saajat vähentymässä hitaasti

Toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien määrä lähes kaksinkertaistui 1990-luvun alkupuoliskolla. Enimmillään toimeentulotukea sai vuoden 1996 aikana noin 350 000 kotitaloutta. Kotitalouksiin kuului yhteensä 610 000 henkilöä. Vuonna 1997 toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien määrä alkoi vähitellen supistua. Vuonna 1999 määrä oli painunut alle 300 000:n. Samalla tukea saavien henkilöiden määrä on laskeutunut alle 500 000. Vuoteen 1990 verrattuna saajamäärät ovat kuitenkin edelleen korkeita.

Toimeentulotuen saanti vähentyi edelleen vuonna 1999. Vuosina 1997-1999 toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien lukumäärä väheni kaikissa maakunnissa. Luvuissa on mukana sekä varsinaisen että ehkäisevän toimeentulotuen saajat. Eniten määrä vähentyi Keskipohjanmaalla (30 %) ja Uudellamaalla (20 %).

Työllisyyden kohentuminen ei ole heijastunut vastaavana toimeentulotukimenojen laskuna, vaikka yli puolet toimeentulotuen saajista on työttömiä. Työmarkkinoiden kasvanut kysyntä ei ensimmäisenä ole kohdistunut toimeentulotukea saaviin henkilöihin.

Toimeentulotuen saannin keskimääräinen kesto piteni 1990-luvulla. Samalla pitkäaikaisasiakkaiden sekä yhden hengen kotitalouksien osuus nousi. Vuonna 1990 toi-

meentulotuen saajista noin 12 prosenttia sai tukea lähes koko vuoden ajan. Vuonna 1997 osuus oli noussut jo noin neljännekseen. Tämän jälkeen pitkäaikaista tukea saaneiden henkilöiden määrä on kääntynyt laskuun. Vuonna 1999 pitkäaikaisasiakkaiden osuus oli 23 prosenttia eli lähes 67 900 kotitaloutta.

Yhteensä 22 700 kotitaloutta on hakenut toimeentulotukea vähintään yhden kerran kaikkina vuosina ajanjaksona 1989 – 1998. Keskeisenä syynä pitkäaikaiseen tuen saantiin on pitkäaikaistyöttömyyden takia kasautuvat toimeentulovaikeudet. Suurin osa näistä kotitalouksista hakee toimeentulotukea toisia etuuksia tai palkkatuloja täydentävänä etuutena.

### Toimeentulotukilain uudistuksen seuranta

Toimeentulotuen saajien ja menojen viimeaikainen supistuminen johtuu osittain toimeentulotukeen ja eräisiin muihin etuuksiin tehdyistä muutoksista. Uusi toimeentulotukea säätelevä laki ja sitä täydentävä asetus tulivat voimaan 1.3.1998. Uudistuksessa toimeentulotuen perusosalla katettaviin menoihin sisällytettiin seitsemän prosenttia tarpeellisen suuruisesta asumismenoista. Samalla alle kymmenvuotiaiden lasten perusosaa alennettiin kolmella prosenttiyksiköllä. Lisäksi useampilapsisten perheiden lasten perusosaa alennettiin perheen toisesta lapsesta lukien 5-10 prosenttiyksiköllä. Toimeentulotuen uudistaminen oli osa laajempaa kokonaisuutta,

johon sisältyi muun muassa asumistuen tason parantaminen. Vuonna 2001 toimeentulotuen perusosa tulee olemaan yhden henkilön kotitaloudelle 2 152 markkaa kuukaudessa.

Päättyessään uudesta toimeentulotukea koskevasta laista eduskunta edellytti, että uudistuksen vaikutuksia on seurattava. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) tutkimuksessa seurattiin toimeentulotuen kehitystä 24 kunnassa. Tutkimuksen mukaan toimeentulotukimenot ovat supistuneet. Osa muutoksesta aiheutuu työttömyyden laskusta. Tammikuusta 1998 helmikuuhun 1999 mennessä keskimääräinen toimeentulotuki oli supistunut 1 623 markasta 1 453 markkaan kuukaudessa. Tammi-, touko- ja marraskuun kaikista asiakkaista runsas neljännes oli asiakkaana kaikkina kolmena kuukautena.

Toimeentulotukiasetuksen mukaan kunnat voivat erikseen ottaa huomioon perusosaan sisältyviä asumismenoja. Seurantatutkimuksen perusteella kunnat näyttävät kuitenkin soveltavan asumiskustannusten 7 prosentin omavastuuta melko suoraviivaisesti. Kuntien toimeentulotuessa sovellettavat enimmäisvuokrat ovat yleensä hieman korkeammat kuin yleisessä asumistuessa. Pääkaupunkiseudulla ainakin yksin asuvien asumismenot näyttävät usein ylittävän toimeentulotuessa sovellettavat enimmäisrajat.

### **Ehkäisevän toimeentulotuen lisääminen**

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion periaatteiden mukaan julkisten tukijärjestelmien tulisi toimia niin, että tarvetta turvautua epäviralliseen apuun ei merkittävässä määrin esiintyisi. Nykyisen toimeentulotukijärjestelmän keskeinen heikkous on, että se ei riittävän joustavasti ota huomioon tuen saajan tosiasiallista tilannetta ja siitä aiheutuvaa tuen tarvetta. Huhtikuun alussa 2001 tulee voimaan toimeentulotukilain muutos,

jonka tavoitteena on ehkäisevän toimeentulotuen käytön lisääminen tuen saajien oma-toimisuuden edistämiseksi ja syrjäytymisen estämiseksi. Kuntia ohjataan myöntämään ehkäisevää toimeentulotukea nykyistä tehokkaammin.

Ehkäisevällä toimeentulotuella voidaan auttaa tuen tarpeessa olevia ihmisiä selviytymään odotettavissa olevista toimeentulo-ongelmista. Tukea voidaan myöntää esimerkiksi tuen saajan aktivointia tukeviin toimenpiteisiin, asumisen turvaamiseksi sekä ylivelkaantumisesta tai taloudellisen tilanteen äkillisestä heikentymisestä aiheutuvien vaikeuksien lieventämiseksi. Tuen saaminen voi estää asiakasta ajautumasta tilanteeseen, jossa hän joutuisi pitkäänkin turvautumaan toimeentulotukeen. Ehkäisevällä toimeentulotuella saavutetaan pitkällä aikavälillä myös taloudellista säästöä.

Vuonna 2001 ehkäisevään toimeentulotukeen arvioidaan käytettävän runsas 80 miljoonaa markkaa nykyisen 20 miljoonan sijasta. Aktiivisen sosiaalipolitiikan toimenpiteiden kanssa ehkäisevän toimeentulotuen laajentaminen ovat merkittävä osa syrjäytymisen vastaisesta politiikasta vuonna 2001.

### **Toimeentulotuen rahoitus**

Kunnat maksavat toimeentulotukimenot, mutta saavat valtiolta valtionosuutta sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoittamiseen. Vuonna 1999 valtionosuus kattoi noin 24 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveyspalveluista. Osuus on pienentynyt selvästi vuodesta 1993 lähtien.

### **Kirjallisuutta**

- ▶ Jäntti M. Onko toimeentulotuesta kannustinloukkujen syntipukiksi. Talous ja yhteiskunta 2000/28: 2, 26-30.
- ▶ Keskitalo E., Heikkilä M. ja Laaksonen S. Toimeentulotuen muutokset. Vuoden

- 1998 perusturvamuutosten arviointitutkimuksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 2000.
- ▶ Toimeentulotuki 1999. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tilastoraportti 14/2000.
  - ▶ Ukkola-Kettula A. Toimeentulotuen alueelliset erot 1990 – luvun Suomessa. Teoksessa Loikkanen H. & Saari J. (toim.) Suomalaisen sosiaalipolitiikan alueellinen rakenne. Sosiaali- ja terveydenkeskusliitto. Helsinki, 2000.

### 3. SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset asukasta kohden olivat keskimäärin noin 10 100 markkaa vuonna 1998. Kaupunkimaisissa kunnissa kustannukset olivat 10 400 markkaa, taajaan asutuissa kunnissa 9 500 markkaa ja maaseutumaisissa kunnissa 9 900 markkaa.

Yli 12 000 markan asukaskohtaisiin kustannuksiin yllettiin 14 kunnassa. Vastavasti 14 kuntaa selvisi alle 8 000 markalla, kaksi kuntaa jopa alle 7 000 markan. Suurimman ja pienimmän asukaskohtaisen menon suhde oli 1,9 -kertainen. Kuntien väliset erot pysyvät huomattavan suurina myös tarvevakiointien jälkeen.

#### *3.1. Tavoite- ja toimintaohjelman toteutus alkanut*

Valtioneuvoston lokakuussa 1999 hyväksymän sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000 - 2003 sisältää suuren määrän toimenpidesuosituksia valtion keskus- ja aluehallinnon eri viranomaisille, laitoksille ja kuntasektorin päättäjille. Myös järjestöt ja muut kolmannen sektorin toimijat ovat mukana useiden suositusten toteuttamisessa.

Tavoite- ja toimintaohjelmassa korostetaan toimenpidesuosituksien toteutumisen jatkuvaa seuranta- ja arviointia. Toimeenpanon edistämisestä ja seurannasta vastaa ensisijassa sosiaali- ja terveysministeriön asettama ohjausryhmä yhdessä seitsemän erillisen valmistelu- ja seurantaryhmän kanssa. Ohjelman toteutumisesta laaditaan vuosittain julkaisu. Siinä käsitellään myös seuraavan vuoden valtion talousarvioesitykseen liittyvät taloudellisia voimavaroja koskevat asiat. Ohjelman toteutumisesta raportoidaan joka toinen vuosi eduskunnalle annettavan sosiaali- ja terveyskertomuksen yhteydessä sekä sosiaali- ja terveysmi-

nisteriön vuotuisessa hallinnonalan kertomuksessa.

Tavoite- ja toimintaohjelman ensimmäisenä vuotena suunniteltiin toimenpiteitä ja käynnistettiin yhteistyötä. Suositusten toimeenpano painottuu ohjelmakauden myöhemmille vuosille. Tavoite- ja toimintaohjelma on ollut lähtökohtana sosiaali- ja terveysministeriön sekä sen hallinnonalan laitosten ja lääninhallitusten välisissä tulos- ja sopimusneuvotteluissa. Ohjelman painopisteet on otettu huomioon päätettäessä lääninhallitusten peruspalvelujen arvioinnin kohteista. Vuoden 2000 arviointikohteita ovat muun muassa kouluterveydenhuolto, alaikäisten alkoholin käyttö, lasten ja nuorten erityispalvelut sekä alaikäisten psykiatrinen hoito.

Sosiaali- ja terveysministeriö tuki vuonna 2000 tavoite- ja toimintaohjelman toteuttamiseen liittyviä hankkeita yhden miljoonan markan määrärahalta. Tuki kohdennettiin erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen laatusuosituksien valmisteluun sekä täydennyskoulutukseen. Tämän lisäksi useita toimenpidesuosituksissa mainittuja hankkeita tuettiin muilla sosiaali- ja terveysministeriön määrärahoilla.

#### *3.2. Palvelujen tuotanto*

Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaminen perustuu pääosin kuntien ja kuntayhtymien omaan tuotantoon. Palvelujen hankinta yrityksiltä ja ns. kolmannelta sektorilta rajoittuu yksittäisiin osasuoritteisiin ja toimenpiteisiin tai laajuudeltaan suhteellisen pieniin kokonaisuuksiin.

Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) teettämän selvityksen mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotanto kustannuksilla mitaten oli 65,5 miljardia markkaa vuonna 1997. Tästä kuntien ja kuntayhtymien

osuus oli 51,9 miljardia markka (79,1 %). Järjestöjen vastaava osuus oli 11,3 prosenttia, yritysten 9,4 prosenttia ja valtion 0,2 prosenttia. Järjestöjen merkitys on sosiaalipalveluissa näkyvämpi kuin terveystalveissa. Sen sijaan yritysten merkitys on suurempi terveystalvejen tuottamisessa.

Mehiläinen-Yhtymä ja Tohtoritalo solmivat vuoden 2000 lopulla aiesopimuksen liiketoimintojensa yhdistämisestä. Tavoitteena on luoda maahan valtakunnallinen yksityisen sektorin suurin terveydenhuollon yritys. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja Wittgensteiner Klinikin allekirjoittivat vuoden 2000 loppupuolella Tampereen teknivelsairaala COXAn perustamiseksi koskevan sopimuksen. Sairaalan on määrä aloittaa toimintansa vuoden 2002 alusta. Sairaalan osakkaiksi ovat tulossa edellä mainittujen osapuolten lisäksi muutama kaupunki sekä yliopistosairaalan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit.

Sosiaali- ja terveystalvejen tuotanto on muuttumassa kansainvälisemmäksi. Espoo hankkii lasten päivähoitopalveluja ulkomaiselta ISS -yritykseltä. Ruotsalainen hoiva-alan yritys Carema Vård och Omsorg omistaa Carema Oy -tytäryhtiönsä kautta kaksi suomalaista hoiva-alan yritystä pääkaupunkiseudulla.

### **Kilpailun esteiden vähentäminen**

Sosiaali- ja terveystalvejen tuottajien välinen kilpailu ja kilpailun esteiden vähentäminen ovat olleet esillä useissa eri yhteyksissä. Sosiaali- ja terveystalvetuotannossa on nähty useita joko olosuhteista tai muista syistä johtuvia kilpailuttamisen esteitä. Suomen hajanainen väestö- ja kuntarakenne heikentävät kilpailuttamisen edellytyksiä. Yksityisen palvelutarjonnan synnyttäminen edellyttää kunnilta tavoitteellista toimintaa ja yhteistyötä yli kuntarajojen. Tarvitaan yhteisiä hankkeita, ajallisesti sopivan mittaisia sopimussuhteita ja tarjouskilpailujen ajallista limittämistä. Toisaalta

kunnat ovat palvelujen tilaajina heikossa neuvotteluasemissa erityisesti suurin tuottajiin nähden. Kunnilla on tarvetta tehdä kuntarajat ylittävää, entistä joustavampaa yhteistyötä. Lisäksi kunnilla on vaikeuksia ulkopuolisten hankintojen ja oman palvelutuotannon kustannuserojen vertaamisessa kustannuslaskelmien erilaisuuden ja tuottajien, kuten sairaaloiden, palveluhinnastojen kirjavuuden takia.

Sosiaali- ja terveystalvetuotannossa nähdään muitakin kilpailuongelmia. Yritysten mielestä valtion kunnille myöntämät valti-onosuudet investointien rahoittamiseen antavan kunnallisille tuottajille hintakilpailuetua. Yksityisen sektorin edustajat katsovat myös, että arvonlisäveron palauttaminen kunnille ja kuntayhtymille vääristää kilpailua. Lisäksi yksityissektorin mielestä liikenne- ja tapaturmavakuutuksen nykyisen korvauskäytäntö antaa vakuutusyhtiöille selvän taloudellisen yllykkeen hoidattaa potilaita vain kuntasektorin yksiköissä ja syrjiä yksityissektorin sairaaloita, lääkärikeskuksia, laboratorioita ja kuvantamislaitoksia.

Neljällä viidestä yksityisellä sektorilla työskentelevästä lääkäristä on virka kuntasektorilla. Näissä tilanteissa kuntatyönantaja kustantaa työsuhteeseen kuuluvat eläke-edut kunnallisen viran ja tehtävän mukaan, mutta yksityissektori selviää pienemmin kustannuksin. Lääkärin toimiminen kahdessa keskenään kilpailevassa yksikössä samalla tilaajana että tuottajana estää todellisen kilpailun syntymisen.

Kolmannen sektorin järjestöt saavat huomattavaa rahoitustukea RAY:ltä. Vuonna 2000 RAY:n tuotosta 1 390 miljoonaa markkaa kohdennetaan avustuksina yhteisöille ja säätiöille terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen. RAY ja Suomen Yrittäjät hyväksyivät huhtikuussa 2000 yhteiset periaatteet sen varmistamiseksi, ettei RAY:n tuki järjestöille vääristä markkinoita sosiaali- ja terveystalvejen

tuotannossa. Periaatteiden mukaan avustuksia ei myönnetä sellaisten palvelujen tuottamiseen, joista jo on kuntien, yritysten tai järjestöjen tuottamien palvelujen tarjontaa. Avustuksia ei saa käyttää myöskään toimintaan tai hankkeeseen, jolla osallistutaan tarjouskilpailuun. Mikäli alalle on syntymässä uutta yritystoimintaa, avustuksilla tuettua palvelutoimintaa vähennetään vastaavasti.

Kauppa- ja teollisuusministeriö käynnisti vuoden 2000 alussa hallitusohjelmaan sisältyvän yrittäjyys-hankkeen. Kaksivuotisen hankkeen tavoitteena on uusien yritysten perustamisen sekä yritysten kasvun ja kilpailukyvyn lisääminen. Hankkeessa on eri hallinnonalojen yhteistyönä valmisteltu yli sadan toimenpiteen projektisuunnitelma. Suunnitelman painopisteisiin kuuluu muun muassa julkisen palvelutuotannon avaaminen kilpailulle. Lisäksi on valmisteltu suunnitelmaa kuntien ostopalvelujen lisäämiseksi hoiva-alalla.

### **HUS aloitti toimintansa**

Vuoden 2000 alussa aloitti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS). Piiri korvasi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit. Ratkaisua perusteltiin tarpeella purkaa pääkaupunkiseudun terveydenhuollon päällekkäisyyksiä ja tarpeella tehostaa toimintaa. Ensi vaiheessa uudistus on merkittävä uudelleenjärjestelyjä erikoissairanhoidossa Helsingissä. Uudistus on myös lisännyt perusterveydenhuollon vastuuta siirtämällä voimavaroja erikoissairanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

### **Laatusuositukset tulossa**

Laatusuositukset ovat nousseet selvästi esille vuonna 2000. Stakes on aloittanut mielenterveyspalveluja ja vanhustenhuoltoa koskevien laatusuosituksen valmistelun. Tavoitteena on, että mielenterveyspalvelujen suositukset valmistuvat kokonaisuudessaan vuonna 2001. Vanhustenhuollon laa-

tusuosituksen valmistelun ensimmäinen vaihe toteutetaan vuoden 2001 alkukausina. Toisessa vaiheessa syvennetään ja täydennetään ensimmäisen vaiheen suosituksia.

Duodecim -seuran ja erikoislääkärijärjestöjen Käypä Hoito -hankkeessa on jatkettu Suomeen soveltuvien valtakunnallisten hoitosuosituksen laadintaa. Tiiviit ja helpolukuiset hoitosuositukset toimivat lääkäreiden tukena sekä perustana laadittaessa alueellisia hoito-ohjelmia. Hoitosuosituksia on valmistunut yli 20 kappaletta.

### **Tietoteknologia tarjoaa uusia mahdollisuuksia ja vaatii uusia yhteistyömalleja**

Satakunnassa seitsemässä kunnassa toteutettava tietoteknologiaa hyödyntävä Makropilotti-hanke on edennyt suunnitteluvaiheesta käytännön kokeiluihin ja testauksiin. Järjestelmän vaiheittainen toteutus on käynnistynyt tietoteknologiayritysten kanssa.

Hankkeiden hyviksi arvioidut tulokset on tarkoitus ulottaa alkuperäisistä kokeilukunnista muualle Satakuntaan ja asteittain myös muihin maakuntiin. Tätä varten hankkeen valtakunnallisessa johtoryhmässä on valmisteltu saumattomien sosiaali- ja terveyspalvelujen ja sähköisen aluetietojärjestelmän käyttöönottoa ja juurruttamista edistävä suunnitelma.

Makropilotissa kehitetään myös mahdollisuuksia kohentaa asiakkaan asemaa ja vaikutusvaltaa palvelutapahtumissa sekä kootaan sähköiseen tietoverkkoon käyttäjyystävällisiä informaatio- ja asiointipalveluja. Lisäksi Kansaneläkelaitos on ottanut testauskäyttöön henkilön sähköisen tunnisteen sisältävän sosiaaliturvakortin.

Eri hankkeissa saadut kokemukset osoittavat, että vaativien teknologia- ja muiden hankintojen kilpailuttamiseen ja tilaamiseen tarvittavaa osaamista on riittävästi vain harvoilla kunnilla. Hankinta- ja osto-toiminnan säädösten, kustannusten ja laadun hallinta edellyttävät uusien seudullisten ja alueellisten yhteistyömallien ja rakenteiden luomista. Myös yritysten, järjestöjen ja muiden palveluntuottajien yhteistyölle tarvitaan kunta-, seutukunta- ja aluekohtaiset linjaukset ja pelisäännöt.

Vuoden 2001 valtion talousarvion ns. tulevaisuuspaketista on osoitettu 20 miljoonaa markkaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän edistämiseen tietoteknologian avulla ja tarvittavan infrastruktuurin rakentamiseen. Määräraha käytetään Makropilottihankkeen ohella erityisesti kuntien välisen sosiaalihuollon konsultaatiojärjestelmän kehittämiseen sekä vanhusten ja vammaisten itsenäistä suoriutumista tukevien alueellisten ja paikallisten palvelumallien kehittämiseen.

### 3.3. Terveyspalvelujen eri rahoitustavat

Nykyisten voimavarojen tehokkaampi käyttö on avainkysymys tulevina vuosina. Myös palvelujen rahoitukseen tarvitaan muutoksia. Erityisesti terveyspalveluissa asiakkaan tietotaito on rajoittunut ja riittämättömän itsenäisten päätösten tekemiseen. Lääkäreiden ratkaiseva merkitys palvelujen käyttämisessä tulisi ottaa huomioon myös rahoitusratkaisuissa. Rahoitusratkaisujen ei tulisi antaa palvelujen tarjoajille taloudellisia tai muita kannusteita tehostamaan toimintaan.

Terveyspalvelujen rahoitusjärjestelmät voidaan ryhmitellä esimerkiksi seuraavasti:

A Pakolliset	B Vapaaehtoiset
1. Verorahoitus	1. Yksiköiden/ kotitalouksien hankkimat vakuutukset
2. Sairausvakuutus	2. Työnantajien hankkimat vakuutukset
3. Asiakasmaksut	3. Julkisen toiminnan rahoittaminen yksityisen sektorin varoilla
4. Henkilökohtainen tili	4. Ulkomaiset rahoituslähteet
	5. Lahjoitukset yms. ulkomailta (kehityksmaissa)

Luokittelu koskee vain rahoituksen järjestämistä. Palvelujen tuotanto voi tapahtua julkisen vallan, ns. kolmannen sektorin tai/ja yksityisen sektorin laitoksissa.

### Julkisen rahoituksen osuudet lähentymässä

Ajanjaksona 1970 - 98 julkisen rahoituksen osuus (verorahoituksen ja pakollisen sosiaalivakuutuksen) terveydenhuollon menojen rahoituksessa on noussut niissä OECD:n jäsenmaissa, joissa tämä osuus oli alhainen 30 vuotta sitten (taulukko 4). Muutos oli suurin USA:ssa, jossa julkisen rahoituksen osuus vuonna 1998 oli 44,7 prosenttia. Kun USA:n terveydenhuollon kokonaismenojen kansantuoteosuus oli 13,6 prosenttia vuonna 1998, julkisen sektorin varoin rahoitettujen terveystennojen kansantuoteosuus oli 6,1 prosenttia eli enemmän kuin vastaava osuus Suomessa (5,3 %).

Maissa, joissa julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon menojen rahoittamisessa oli vuonna 1970 korkea, osuus on pääosin laskenut muutaman prosenttiyksikön vuoteen 1998 mennessä. Terveysdennojen kokonaismenoista julkisesti rahoitettava osuus on OECD-maiden kesken lähestynyt toisiaan.

**Taulukko 4.** Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon kokonaismenojen rahoittamisessa

	Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoituksesta julkisen rahoituksen osuus, %		Julkisen rahoituksen määrän suhde BKT:hen, osuus, %	
	1970	1998	1970	1998
EU				
Painottamaton keskiarvo	74,2	76,3	3,8	6,1
Painotettu keskiarvo	75,9	75,3	.	6,6
Suomi	73,8	76,3	4,2	5,3
USA	36,4	44,7	2,6	6,1
OECD				
Painottamaton keskiarvo	69,4	74,4	.	6,2
Painotettu keskiarvo	56,0	59,6	.	6,1

Verorahoitteisissa terveydenhuollon maissa valtiovalta on siirtänyt palvelujen rahoitusvastuuta ja päätäntävaltaa alemmille tasoille. Verona kerättävä raha ei yleensä ole käyttötarkoitussidonnaista. Kerättävät varat käytetään koko väestölle tarkoitettujen palvelujen rahoittamiseen. Verorahoitteinen malli näyttää turvaavan muita malleja paremmin yhtäläisen hoitoon pääsyn ja samalla terveydenhuollon kokonaiskustannusten hallinnan.

Sosiaalivakuutukseen perustuvat mallit ovat useimmiten vähemmän progressiivisia kuin verorahoitteiset ratkaisut. Sekä työnantajat että työntekijät maksavat pakollisia vakuutusmaksuja. Tämä vaikuttaa työvoimakustannuksiin. Esimerkiksi Ranskassa sosiaalivakuutusmaksujen osuus nousi peräti 55 prosenttiin palkkakustannuksista ennen kuin hallitus esitti osittaista ja asteittaista siirtymistä verorahoitukseen. Nykyinen hallitus on edennyt tämän linjan mukaisesti. Saksassa on korostettu vakuutusmaksujen kasvun rajoittamista ja sairauskassojen kilpailua on lisätty. Pakollisten korkeiden sairausvakuutusmaksujen katsotaan heikentävän yritysten hintakilpailukykyä globaaleilla markkinoilla.

#### **Asiakasmaksupolitiikka korostunut Suomessa**

Vaikka kansalaisilla on pakollisen vakuutuksen antama turva, heiltä peritään usein maksuja palvelujen käytöstä. Asiakasmaksupolitiikka ei ole ollut esillä muiden maiden terveydenhuollon uudistuksissa. Suomi poikkeaa tältä osin huomattavasti. Eräät terveystalouksien asiakasmaksut ovat meillä Euroopan suurimpia. Suomessa kotitalouksien maksuosuus terveydenhuollon kokonaismenoista nousi 1990-luvulla. Vuonna 1998 osuus (19,8 %) oli suurempi kuin esimerkiksi Yhdysvalloissa (17,7 %).

OECD-maat eivät ole olleet kiinnostuneita asiakasmaksuista. Maksujen merkitys kustannusten säätelijänä tai kysynnän ohjaajana nähdään pienenä. Tähän on useita syitä. Ensinnäkin asiakasmaksuilla ei ole vaikutusta terveystalouksien kokonaiskustannuksiin ja niillä voidaan vain heikosti ohjata palvelujen käyttöä. Asiakkaasta tulee merkittävä palvelujen käyttäjä vasta hakeutuessaan terveystalouksien järjestelmän asiakkaaksi. Tämän jälkeen lääkärin näkemykset ovat ratkaisevia päätettäessä tarvittavista jatkotutkimuksista ja -hoidoista. Jos halutaan ohjata näitä päätöksiä, tulee ensisijassa vaikuttaa lääkäriin.



Toiseksi maksut ovat legitimizeettikysymys: kun kansalaiset maksavat huomattavia pakollisia veroja tai maksuja, vie asiakasmaksujen kerääminen hyväksyttävyyttä palvelujärjestelmältä. Myös maksujen hallinnointikulut ovat suuret niiden tuottoon nähden. Lisäksi maksujen korotukset vaikeuttavat heikoimmassa asemassa olevien palvelujen käyttöä, mitä tasa-arvopsyistä ei pidetä hyväksyttävänä.

### **Tilimallit kokeilussa muissa maissa**

Henkilökohtaisen tilin mallia (medical savings account) kokeillaan Singaporessa ja parissa Kiinan kaupungissa. Mallin kokeilu on ollut esillä Yhdysvalloissa.

Tilimallissa asiakkaalla on henkilökohtainen tili mahdollisten sairausmenojen maksamiseen. Kun henkilö sairastuu, hän käyttää tilinsä varoja kuluja maksuun. Jos tilille jää rahaa, henkilö saa ainakin osaksi päättää niiden käytöstä. Eroja eri tilimallissa on muun muassa sen suhteen, miten raha tulee henkilökohtaiselle tilille. Yhdysvalloissa on esitetty, että julkinen valta rahoittaa tilille menevän määrän, Kiinassa ja Singaporessa työnantajien ja työntekijöiden on yhdessä rahoitettava tilien varat. Mallin perusteluina esitetään, että se tekee asiakkaasta tarkemman ja kustannustietoisemman palvelujen käyttäjän.

Kiinassa terveystilimallia alettiin kokeilla joulukuussa 1994 kahdessa 2,5 miljoonan asukkaan kaupungissa. Malli koostuu henkilökohtaisesta terveystilistä, omavastuusta sekä yhteiskunnan rahoituksesta. Malli on pakollinen valtion työntekijöille sekä valtion yrityksille, joissa on enemmän kuin sata työntekijää. Työntekijöiden perheet eivät sisälly malliin. Työntekijät maksavat palkastaan yhden prosentin ja työnantajat 10 prosenttia palkkuluista terveystilimallin rahoittamiseksi. Näin saadusta tuotosta 45 prosenttia ohjataan yhteiskunnan yhteiseen käyttöön ns.

riskirahastoon ja 55 prosenttia henkilökohtaisille tileille. Sairastuessaan henkilö käyttää ensin oman terveystilinsä varoja. Vuoden aikana käyttämättä jääneet varat siirtyvät seuraavalle vuodelle. Perilliset saavat tilille kertynyt varat henkilön kuollessa. Jos henkilö on käyttänyt tilinsä loppuun, hänen täytyy käyttää vuosipalkastaan viisi prosenttia sairauskulujensa maksamiseen. Jos tämäkään ei riitä, varat otetaan riskirahastosta, mutta sairastunut henkilö maksaa tästä ylimenevästä määrästä vielä osan.

Kokeilun aikana on muutettu perusteita, joilla palvelujen tuottajat kuten sairaalat saavat korvauksen työstään. Toimenpidepalkkioista on siirrytty etukäteen määritelyihin kiinteisiin korvauserusteisiin.

Singaporen Medisave -mallissa jokaisen työntekijän ja itsensä yrittäjänä työllistävän täytyy maksaa osa ansioistaan tilille. Tililtä maksetaan sairaalahoidon kuluja ja osin avohoidon kuluja. Loppuosa kuluista täytyy maksaa omista varoista. Kun Medisave-tili saavuttaa tietyn tason, rahoja voidaan siirtää käytettäväksi muuhun hyväksyttävään käyttöön. Tilillä olevat varat ovat kuolleen tilinomistajan omaisuutta.

Yhdysvalloissa republikaaninen puolue esitti tilimalliehdotuksensa vuonna 1995. Sen mukaan Medicare maksaisi vuosittain tietyn summan (esim. \$5 100 vuonna 1996) Medicare -ohjelmaan kuuluvalle, jotta hän ostaisi vakuutusyhtiöltä vakuutuksen. Rahalla hankittaisiin ensin suurten sairauskulujen vakuutus, jossa on suuri omavastuu. Loppuosa ohjattaisiin henkilökohtaiselle tilille. Jos vuoden päätyttyä tilillä olevia varoja ei ole tarvittu terveystilimallin rahoittamiseen, voisi tilinomistaja pitää osan varoista itsellään. Terveimpien ihmisten arveltiin ottavan tilimallin käyttöön, koska heillä todennäköisemmin jäisi rahaa tilille vuoden lopussa. Kokeiluun on kaavailtu 750 000 henkilöä. Kokeiluun tulevien henkilöiden tulisi olla pientyönantajan palve-

luksessa tai olla itsenäisiä yrittäjiä. Tili olisi verovapaa.

Eri kokeiluista saatua tutkimustietoa pidetään vielä riittämättömänä päätelmille. Monet arvioivat mallin vähentävän tarpeetonta palvelujen käyttöä. Haittapuolena nähdään se, että malli johtaa helposti asiakkaiden valikointiin ja että vain terveillä ja varakkaimmilla olisi mahdollisuus ylläpitää tiliä. Kustannusten kasvun hillitsemiseksi tilimalli ei riitä, se tarvitsee täydennykseksi tarjontapuolen käyttäytymisen tiukkaa sääntelyä.

### **Vakuutusturva luo tarpeetonta käyttöä**

Vapaaehtoisessa vakuutustoiminnassa vakuuttaja valikoi asiakkaat heidän odotettavissa olevan sairastumisriskin ja -kustannuksen sekä maksukyvyn perusteella. Vakuutus luo asiakkaalle yllykkeen käyttää palveluja enemmän kuin tarve edellyttäisi. Tietoisuus asiakkaan vakuutusturvasta tai sen puutteesta vaikuttaa myös lääkäreiden ja yleensä tuottajien päätöksiin.

### **Hoitovakuutuksia kokeillaan**

Monissa maissa kiinnostus vanhusten hoitovakuutusta (long-term care insurance) kohtaan on lisääntynyt vanhusväestön määrän kasvaessa. Vanhusten hoitovakuutuksesta voidaan korvata palvelutalossa ja vanhainkodissa asumisen sekä kotihoidon kustannuksia, kun vanhus on todettu kykenemättömäksi selviytymään itse. Vakuutuksesta voidaan korvata myös kodinparannustöitä, jotka mahdollistavat vanhusten asumisen pitempään kodissaan. Korvauksen suorittamistapa sekä yhteensovittaminen julkisten palvelujen kanssa vaihtelevat maittain. Mahdollisia korvausmuotoja voivat olla kulujen korvaaminen, eläkkeiden maksaminen sekä apuvälineiden tai palvelujen hankinta. Vanhusten hoitovakuutuksesta maksetaan korvausta, kun on todettavissa avun tarpeen olevan pitkäaikaista tai pysyvää. Vakuutus ei ole tarkoi-

tettu akuutteihin tai nopeasti ohimeneviin tilanteisiin. Käytännössä vakuutusmaksut eivät ole Euroopan maissa verovähennyskelpoisia.

Saksassa hoitovakuutus on ollut pakollinen vuodesta 1995 lähtien. Vakuutus kattaa vain hoidon. Vakuutuksesta ei korvata asumiskustannuksia vanhainkodissa eikä kodinhoitamiseen tarvittavaa apua. Asumiskustannukset henkilön on kyettävä maksamaan itse, jopa vanhainkodissa. Vanhuksen ei tarvitse elinaikanaan myydä taloaan kustantaakseen asumisensa, mutta hänen kuoltuaan voidaan maksamattomat kustannukset periä esimerkiksi myymällä hänen asuntonsa. Lapset ovat velvollisia maksamaan vanhempiensa menoja esimerkiksi realisoimalla perintöomaisuutta vanhuksen elinaikana ja jopa vanhuksen kuoltua.

Saksassa on kahdeksan miljoonaa yksityisesti vakuutettua, jotka hyvän palkkatulonsa takia voivat jättäytyä pakollisen vakuutusjärjestelmän ulkopuolelle ja ottaa turvansa yksityisistä vakuutuksista. Vanhusten hoitovakuutus on perusosaltaan yhtenäistetty näille vapaaehtoisille vakuutuksenottajille samanlaiseksi kuin pakollinen hoitovakuutus. Vapaaehtoisen vakuutuksen maksut ovat verovähennyskelpoisia 3 800 DM asti. Lisäksi vuoden 1958 jälkeen syntynyt henkilö saa vähentää ylimääräiset 360 DM. Tämä verovähennysraja on yhteinen terveys-, eläke- ja työttömyysvakuutukselle sekä vanhusten hoitovakuutukselle. Käytännössä vanhusten hoitovakuutuksen ottaja ei siis hyödy hoitovakuutuksen veronvähennoikeudesta.

Isossa-Britanniassa ensimmäiset hoitovakuutukset tulivat vuonna 1991. Vuoden 1998 loppuun mennessä vakuutuksia oli myyty vain 30 000. Hoitovakuutuksen ottajia ovat henkilöt, joilla on varaa maksaa vakuutusmaksuja 10 000 - 12 000 puntaa vuodessa ja joiden omaisuus on noin

250 000 puntaa. Vakuutusmaksut eivät ole verovähennyskelpoisia.

Euroopan maista hoitovakuutus on yleisin Ranskassa, joskin sielläkin harvinainen. Ranskan 550 000 hoitovakuutuksesta noin 300 000 on vähäisiä ammattiliittojen ryhmähoitovakuutuksia. Loput 250 000 yksityistä vakuutusta ovat merkittävämpiä. Niiden määrä suhteessa vanhusväestöön on pieni, kolme prosenttia. Vakuutusmaksut eivät ole verovähennyskelpoisia.

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä selvittää hoitovakuutuksen käyttöönottoa. Lähtökohtana on se, että hoitovakuutus on kuntien järjestämistä vastaavalla olevia palveluja täydentävä ja julkisten palvelujen käyttöä tukeva tapa rahoittaa vanhustalouksia. Työryhmän määräaika päättyi helmikuussa 2001.

### **JYY-malleihin kiinnostusta**

Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyömallilla (JYY-malli, public-private partnership) tarkoitetaan toimintatapaa, jossa jokin julkisen sektorin intressissä oleva palvelu tai hanke järjestetään molempien sektoreiden yhteistyönä. JYY-mallit perustuvat julkisen ja yksityisen sektorin usein laaja-alaisiin ja pitkäkestoisin sopimuksiin. Niissä julkinen valtaa tilaa palvelut, mahdollisesti auttaa investointirahoituksessa ja yksityinen osapuoli rahoittaa, suunnittelee, rakentaa ja tuottaa palvelut julkisen tilaajan toiveiden perusteella sovittua korvausta vastaan. Mallin laajassa muodossa yksityiseltä sektorilta ostetaan useiden palvelujen kokonaisuus kuten rakennuskohteen suunnittelu, rahoitus, rakentaminen ja ylläpito, mutta säilyttäen viranomaisilla niille määrätty tehtävät. Laajassa mallissa yksityinen partneri organisoii palvelujen hankinnan aina kilpailuttamisesta palvelujen laadun valvontaan asti.

Aihealue on tulossa Suomessakin laajempaan julkiseen ja poliittiseen keskusteluun. Kölnin Eurooppa-neuvosto kehotti vuonna 1999 EU-komissiota ja jäsenmaita arvioimaan yhteistyössä Euroopan investointipankin kanssa JYY-rahoituksen tapaisia ratkaisuja.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollossa ei ole varsinaista JYY-mallia käytetty. Useissa maissa kyseistä mallia on käytetty lähinnä infrastruktuuriin liittyvissä ratkaisuissa kuten rautateiden, moottoriteiden, siltojen ja vedenpuhdistamojen rakentamiseen ja niihin liittyviin palveluihin. Yksittäisissä maissa mallia on hyödynnetty myös terveydenhuollon alueella (esim. Englannissa, Japanissa ja Australiassa).

### **Euroopan investointipankki myös terveydenhuollon investointien rahoittajaksi**

Euroopan investointipankki (EIP) on Euroopan Unionin rahoitusinstituutio. Pankki on voittoa tavoittelematon instituutio. Sen tehtävänä on yhteisön tasapainoisen taloudellisen kehityksen edistäminen hankkimalla pitkäaikaista edullista rahoitusta järkeviin investointikohteisiin. Pankilla erinomainen luottokelpoisuus (AAA). Suuret lainat (yli 25 milj. euroa) pankki myöntää yksittäiselle hakijalle. Lainoitus pieniin ja keskisuuriin projekteihin tapahtuu siten, että pankki myöntää puitelainoja jollekin välittäjäorganisaatiolle, joka myöntää lainoja hakijoille. Suomessa välittäjäorganisaationa on toiminut Kuntarahoitus Oyj. Suomeen myönnettyjen EIP:n lainojen määrä oli vuoden 1999 lopussa lähes 12 miljardia markkaa.

Pankin hallintoneuvosto päätti kesäkuussa 1997 laajentaa pankin mandaattia terveydenhuollon investointeihin. Mandaatti koskee vain EU:n jäsenmaita.

## Muu EU-rahoitus

Sosiaali- ja terveysministeriölle on myönnetty vuositasolla 20 miljoonaa markkaa käytettäväksi alueellisten ja paikallisten EU:n rakennerahastohankkeiden osarahoitukseen. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvät hankkeet ovat koskeneet muun muassa vammaisia ja vajaakuntoisia, pitkäaikaistyöttömiä ja syrjäytymisuhan alla olevia nuoria. Hankkeet ovat keskittyneet Pohjois-Karjalaan, Kainuuseen ja Lappiin. Aluekehitysrahastohankkeet ovat koskeneet myös sosiaali- ja terveyspalvelujen tietoteknologian hyödyntämistä.

### Useita lähteistä tapahtuvan rahoituksen haitat

Terveydenhuollon lainsäädäntö ja terveyspalvelujen rahoitusta koskevat ratkaisut on tehty useina erillisinä päätöksinä vuosien mittaan. Tuloksena on erilliset, itsenäiset palvelujen rahoituskanavat. Terveydenhuoltoa rahoitetaan valtion budjetista usean määrärahan kautta sekä sairausvakuutuksesta. Lisäksi Raha-automaattiyhdistyksen tuoton jako terveydenhuoltoon on huomattava. Uusina rahoituslähteitä ovat EU:n rakennerahastot ja Euroopan investointipankki.

Rahoituslähteiden moninaisuus on aiheuttanut vaikeuksia palvelujen ohjauksessa ja koordinoinnissa sekä koko maan että paikallisella tasolla. Kukin rahoittajataho on korostanut omia näkökulmiaan.

Tilanne on johtanut päällekkäisiin ja usein vajaakäytettyihin investointeihin ja toimintavarustuksiin, ristiriitoihin hoidon maksajasta kuntien ja Kansaneläkelaitoksen kesken, asiakkaan hoitokokonaisuuden murentumiseen sekä rahoituksen määrän ja rakenteen säätelyn vaikeuksiin. Nykyinen rahoituskäytäntö antaa tarpeettomia kannustimia järjestää palvelut kunkin toimijan omista lähtökohdista, aiheuttaa tarpeettomia kilpailuvääristymiä sekä mahdollistaa kus-

tannusten siirtämisen toisten maksettavaksi ottamatta huomioon koko julkisen talouden kustannusseuraamuksia. Tuloksena on ollut tehottomuutta ja tarpeettomia kokonaistaloudellisia lisäkustannuksia.

### 3.4. Sairaaloiden korvausperusteet muuttuneet – vertailut vaikeita

Korvausperusteet sairaaloiden ja muiden terveydenhuollon palveluiden tuottamista palveluista ovat muuttuneet 1990-luvulla. Sairaaloiden korvaustavat voidaan ryhmitellä seuraavasti:

- A. Retrospektiivinen korvausmenettely
- B. Prospektiiviset korvausmenettelyt
  1. Sopiminen etukäteen joko palvelujen hinnoista tai palvelujen määristä
  2. Sopiminen etukäteen kokonaisbudjetista tietylle ajanjaksolle
- C. Edellä mainittujen yhdistelmät sekä erilliset.

Korvaustavassa A palvelujen tilaaja maksaa sairaalalle sen toimittamista palveluista todellisten kustannusten mukaan. Kulut maksetaan sitä mukaa kuin niitä syntyy. Suomessa sairaalat saivat rahoituksensa 31.12.1992 asti tämän mallin mukaan. Sen jälkeen on käytetty prospektiivisiä korvausmenettelyjä: etukäteen sovitaan hinnat tai palvelujen määrät. Hinnat määritellään yksityiskohtaisesti, usein käyttäen DRG -hinnoittelua. Koska ostajalle tuleva kustannus on palvelun hinnan ja määrän tulo, on tällainen laskutustapa kustannusten hallinnan kannalta puolittiehen jäävä. Siksi niin Suomessa kuin muissakin maissa on halukkuutta määritellä etukäteen hankittavien sairaalapalvelujen kokonaisbudjetti (malli B.2.). Se voidaan tehdä useilla tavoilla, esimerkiksi edellisen vuoden budjetin perusteella. Käytännössä on pyritty siirtymään ns. kapitaatiopohjaiseen budjettiin. Siinä sairaala sitoutuu antamaan sovitut palvelut ostajan osoittamalle väestölle. Sairaalan saama korvaus määritellään vastuuväestön asukasmäärän perusteella.

Lähtökohtana sairaaloiden laskutusperusteiden uudistamisessa on, että korvausperusteet eivät antaisi palvelujen tuottajille yllykkeitä kokonaisuuden kannalta tehotomaan toimintaan – potilasta ei pidetä sairaalassa tarpeettomasti eikä tehdä tarpeettomia toimenpiteitä.

Eri puolilla Suomea on tällä hetkellä käytössä erilaisia korvausperusteita. Tämä hankaloittaa palvelujen järjestämistä vastaavissa olevien kuntien mahdollisuuksia vertailla eri sairaaloiden hintoja.

### **3.5. Lääkärityön korvaamisperusteet**

Lääkäreiden työn korvaamisessa on samantyyppisiä piirteitä kuin sairaaloiden palvelujen korvaamisperusteissa. Lääkärit ovat keskeisiä päätöksentekijöitä. Siksi korvausperusteiden yllyke- ja muut vaikutukset ovat tärkeitä. Lääkäreiden työn korvausperusteet voidaan ryhmittää seuraavasti:

- A. Toimenpidepalkkio
- B. (Kuukausi)palkka
- C. Kapitaatio
- D. Tapauskohtainen korvaus
- E. Yhdistelmämallit edellä mainituista ja erillislisät.

Toimenpidepalkkio on yleinen, kun lääkäri työskentelee itsenäisenä yrittäjänä. Kiinteää kuukausipalkkaa käytetään yleensä sil-

loin, kun lääkäri on työsuhteessa organisaatioon.

Kapitaatiomenettelyssä lääkäri sitoutuu hoitamaan tietyt henkilöt ja saa kiinteän vuosittaisen maksun kustakin listalla olevasta henkilöstä, riippumatta annettujen palvelujen määrästä. Tapauskohtaisessa korvauksessa lääkärille maksetaan kiinteä korvaus jokaisesta potilastapauksesta. Lääkärityön korvausperusteet vaihtelevat huomattavasti eri EU-maissa. Eroja on myös perusterveydenhuollon lääkäreiden ja erikoislääkäreiden korvausperusteissa.

Kuhunkin korvausperusteeseen liittyy hyvinä ja huonoina pidettyjä piirteitä (Taulukko 5). Pelkkää kuukausipalkkaa pidetään liian passivoittavana. Myös toimenpideperusteisesta järjestelmästä ollaan pyrkimässä pois. Sen sijaan kapitaatoratkaisut ovat yleistymässä samoin kuin erilaiset yhdistelmämallit.

OECD suositti vuonna 1998 Suomelle, että kuntasektorin lääkäreiden tuloperusteet muutettaisiin koostuviksi kuukausipalkasta, kapitaatitekijästä ja toimenpidepalkkioiden yhdistelmästä. Suositusta perusteltiin hallitummalla kustannuskehityksellä. Lisäksi toimenpidepalkkio kannustaisi lisäämään hoitotapahtumia ja kapitaation mukaan ottaminen rohkaisi lääkäreitä pitkäkestoisempiin potilassuhteisiin.

**Taulukko 5.** Lääkäriyön erilaisten korvauserusteiden vahvuudet ja heikkoudet

<i>Korvauseruste</i>	<i>Vahvuudet</i>	<i>Heikkoudet</i>
<b>Suoriteperusteinen korvaus</b>	<p>Lääkärin ansiot perustuvat työmäärään</p> <p>Lääkärin tekemät tutkimukset ja toimenpiteet eriteltävissä</p> <p>Asiakkailla /potilailla valinnanvapautta</p>	<p>Kustannusten hillintä vaikeaa ja kallista</p> <p>Yllyttää tarpeettomiin tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin</p> <p>Ei kannusta tehtävien delegointiin</p>
<b>Kuukausipalkka</b>	<p>Hallinnollisesti yksinkertainen</p> <p>Yksittäisiä tapauksia tai hoitotoimenpiteitä ei tarvitse määritellä ja hinnoitella</p> <p>Kustannukset etukäteen tiedossa</p> <p>Voi edistää aluepoliittisia tavoitteita</p>	<p>Potilaiden toivomuksia ei ehkä oteta huomioon</p> <p>Ei yllykettä riittävään yksittäisten potilaiden ongelmiin paneutumiseen (jos paljon potilaita)</p> <p>Ei yllykettä tuottavuuteen ja mahdollisimman hyvään hoitoon</p> <p>Alttius lähettää potilaita jatkohoitoon</p> <p>Vaikea eritellä lääkärin tekemiä töitä</p>
<b>Kapitaatio</b>	<p>Hallinnollisesti yksinkertainen</p> <p>Yksittäisiä tapauksia tai hoitotoimenpiteitä ei tarvitse määritellä ja hinnoitella</p> <p>Kustannukset etukäteen tiedossa</p> <p>Voi edistää aluepoliittisia tavoitteita</p> <p>Kannustaa työskentelemään siten, että asiakkaita listautuu (jos vapaa listautuminen)</p> <p>Asiakkailla valinnanvapautta (jos vapaa listautuminen)</p> <p>Hoitosuhteet pysyviä</p>	<p>Yllyke valita pienen riskin asiakkaita ja välttää suuren riskin asiakkaita</p> <p>Ei yllykettä riittävään yksittäisten potilaiden ongelmiin paneutumiseen (jos paljon potilaita)</p> <p>Alttius lähettää potilaita jatkohoitoon</p> <p>Vaikea eritellä lääkärin tekemiä töitä</p>

Lähde: Avoimia šekkejä vai hyvää hoitoa? Lääkäriyön erilaiset korvauserusteet. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 1999:4.

### **3.6. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman jaksaminen, osaaminen ja riittävyys**

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista huolehtii Suomessa kuntasektorilla noin 218 000 työntekijää. Laman aiheuttamat säästöt toimintamenoissa ja henkilökunnan rekrytoimisessa ovat koetelleet heidän jaksamistaan. Uudet toimintamallit, laatukriteerit ja tietoteknologian hyödyntäminen edellyttävät lisäosaamista henkilöstöltä, josta huomattava osa on ikääntyvää ja siirtymässä lähivuosina eläkkeelle. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa henkilöstön kehittämisen tavoitteeksi on asetettu henkilöstön osaamisen kohentaminen, riittävyyden turvaaminen ja jaksamisen parantaminen sekä henkilöstötilinpäätösten käytön laajentaminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennys- ja lisäkoulutuksen tarpeisiin on kiinnitetty huomiota muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa. Ohjelman mukaan sosiaali- ja terveysministeriö varaa kaudella 2000 - 2003 määrärahan sosiaali- ja terveystalouden täydennyskoulutuksen tukemiseksi peruspalvelujen mielenterveystyössä, huumeriippuvuuteen kohdistuvassa hoidossa, johtamiskoulutuksessa, lastensuojelun erityisosaamisessa sekä dementiapotilaiden hoidossa. Ministeriö on vuonna 2000 kohdentanut rahoitusta muun muassa A-klinikkasäätiön organisoiman huumehoidon täydennyskoulutusohjelman käynnistämiseen sekä opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidon täydennyskoulutuksen järjestämiseen.

Mahdollisuuksia tukea kuntia koko työyhteisöä koskevien pitkäjänteisten täydennyskoulutusohjelmien toteuttamisessa on selvitetty osana perustamishankejärjestelmän uudistamista. Sosiaalialan osaamiskeskuksia koskeva esitys on valmistumassa vuoden 2000 loppuun mennessä. Tarkoituksena on vahvistaa sosiaalialan käytän-

nön työn, koulutuksen ja tutkimuksen yhteyttä sekä erityisosaamista alue- ja paikallistasolla.

Sosiaali- ja terveystalouden henkilöstön riittävyyttä tulevaisuudessa arvioidaan sosiaali- ja terveysministeriön huhtikuussa 2000 asettamassa Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakoititoimikunnassa. Toimikunnan tehtävänä on laatia ennuste sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeesta ja sen perusteella arvioida koulutuksen mitoitus vuosiksi 2001 - 2010 sekä tehdä ehdotus työvoimatarpeen seurantajärjestelmästä. Ennuste kattaa sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset ammattiryhmät. Toimikunnan määräaika päättyy keväällä 2001.

Pysyvien työsuhteiden lisäämiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa on pyritty muun muassa ohjeistamalla uudelleen kuntien työllistämistuen käyttöä. Uuden käytännön mukaisesti kunta saa työllistämistukea 10 kuukauden ajan, kun se palkkaa työttömän henkilön pysyvään työsuhteeseen.

Työssä jaksamisen tutkimus- ja toimenpideohjelma on valmisteltu työministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyönä. Ohjelmalle oli vuonna 2000 varattu valtion talousarviossa 10 miljoonaa markkaa. Ohjelman määrärahaa on käytetty muun muassa kuntien omiin henkilöstöhankkeisiin. Kunnat ovat saaneet tukea omiin henkilöstöhankkeisiinsa myös Kansallisen työelämän kehittämisohjelmalta, jolle vuonna 2000 osoitettiin varoja 36 miljoonaa markkaa.

Vuorotteluvapaan jatkamisesta nykykäytännön mukaisesti on sovittu tulopoliittisissa neuvotteluissa marraskuussa 2000.

Työterveyslaitos on käynnistänyt vuonna 2000 toimintaohjelman työolojen, työkyvyn ja hyvinvoinnin kehittämiseksi sosiaali- ja terveystaloudella. Tutkimushankkeiden ja

selvitysten lisäksi ohjelmaan sisältyy koulutusta ja informointia.

### **3.7. Kokeilu- ja kehittämistoiminta**

Sosiaali- ja terveysministeriö toteutti yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa vuonna 1997 terveydenhuollon kehittämissuunnitelman, jossa selvitettiin kunnallisten terveyspalvelujen toimivuutta ja terveydenhuollon asiakkaan asemaan liittyviä epäkohtia sekä tehtiin esityksiä tarvittavista toimenpiteistä. Selvitystyön pohjalta laadittiin toimeenpano-ohjelma ja käynnistettiin Terveydenhuolto 2000-luvulle hanke.

Hankkeen toimeenpanoa varten muodostettiin viisi yhteistyöaluetta. Alueiden yhteistyöryhmät vastaavat alueellisten toimeenpano-ohjelmien toteuttamisesta sekä raportoinnista ohjelman kansalliselle valmistelu- ja ohjausryhmille. Toimenpiteiden toteuttaminen on integroitu osaksi sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten omaa kehittämistoimintaa. Kaikilla yhteistyöalueilla on samansuuntaisia hankkeita kuntakohtaisten hyvinvointiohjelmien laadinnan edistämiseksi, perusterveydenhuollon saatavuuden ja toimivuuden kohentamiseksi, erikoissairaanhoidon päällekkäisyyksien purkamiseksi, terveydenhuollon alueellisten tietoverkkojen rakentamiseksi sekä laadunhallintajärjestelmien käyttöön ottamiseksi. Hanke jatkuu vuoden 2001 loppuun asti.

Verkostoituvat erityispalvelut –hankkeen tavoitteena on sosiaalihuollon erityispalvelujen turvaaminen kaikille niitä tarvitseville kansalaisille asuinpaikasta riippumatta. Vuonna 2000 käynnistyneessä hankkeen toisessa vaiheessa 12 alueellista johtoryhmää työskentelee seutukunnittain organisoitujen ylikunnallista yhteistyötä. Pyrkimyksenä on saada alulle sopimusmenettelyt, jotka johtavat seudullisiin ja maakunnallisiin sosiaalihuollon sopimuksiin. Erityispalvelujen tuottaminen edellyttää erityisosaamista, jota voivat tuottaa suunnitella olevat sosiaalialan osaamiskeskukset.

Suun terveydenhuollon kehittämissuunnitelma, tavoitteenaan etsiä keinoja hammashoitopalvelujen suuntaamiseksi enemmän hoidon tarpeen kuin iän perusteella, käynnistettiin kymmenessä erilaisessa terveyskeskuksessa eri puolelle maata helmikuussa 1998 (Hämeenlinna, Jyväskylä, Kokkola, Mikkeli, Posio, Seinäjoki, Sipoo, Vaasa, Vantaa, Uusikaupunki). Näissä kunnissa on selvitetty väestön hoidon tarvetta, henkilöstön työajan käyttöä, käytössä olevia hoitomalleja ja johtamisongelmia. Lisäksi kaikissa kunnissa on tehostettu henkilöstön keskinäistä työnjakoa, vähennetty terveiden vuosittaisia rutiinitarkastuksia ja otettu sairaampia aikuisia hoitoon. Loppuraportti toimenpide-ehdotuksineen valmistuu vuoden 2001 alussa.

Kunnat ovat hakeneet uusia ratkaisuja sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon toimintojen toteuttamiseen. Tunnetuimpina esimerkkeinä ovat olleet Karjaan kaupungin ja Folkhälsanin sopimus terveydenhuollon ja eräiden sosiaalihuollon palvelujen osalta sekä Pirkanmaan sopimusohjauksella aikaansaaminen erikoissairaanhoitoon.

Satakunnassa toteutettava Makropilotti-hanke on edennyt suunnitteluvaiheesta käytännön kokeiluihin ja testauksiin. Hanketta on käsitelty edellä palvelujen tuotantoa koskevassa luvussa (3.2.). Siinä on myös kerrottu ns. tulevaisuuspaketin mahdollistaman rahoituksen käyttämisestä sosiaali- ja terveydenhuollon teknologian hyödyntämiseen.



### **Kirjallisuutta**

- ▶ Avoimia šekkejä vai hyvää hoitoa? Lääkärityön erilaiset korvausperusteet. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 1999:4.
- ▶ Hellman A. Hoitovakuutus ja vanhuspalvelut. Suomalaisia suuntaviivoja ja eurooppalaisia ratkaisuja. Aktuaaritoiminnan kehittämissäätiö. Helsinki, 1999.
- ▶ Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyömallin käyttö Suomessa. Valtiovarainministeriö, työryhmämuistio 15.12.1999.
- ▶ Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000 - 2003. Helsinki, 1999.
- ▶ Suomen toimenpiteet hyödyke- ja pääomamarkkinoiden uudistamiseksi. Valtiovarainministeriö, marraskuu 1999.
- ▶ Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960-98. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T9:57. Helsinki, 1999.
- ▶ Valtioneuvoston päätös sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroista vuodelle 2000.

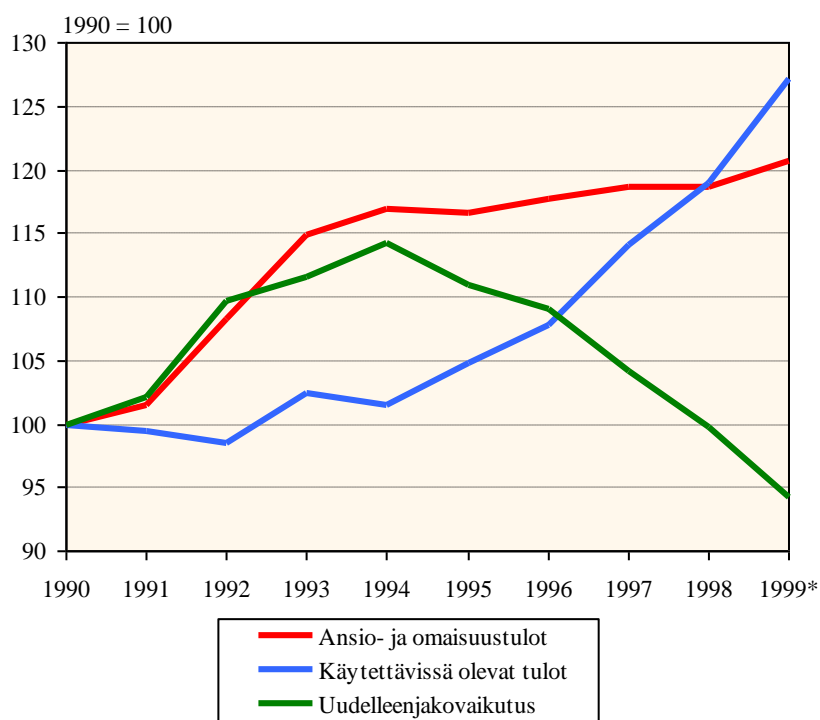
## 4. TULONJAKO

### Tuloerot kasvaneet nopeasti

Kotitalouksien väliset tuloerot ovat kasvaneet nopeasti 1990-luvun puolivälistä alkaen. Erityisesti suurituloisin kymmenes on lisännyt tulo-osuuttaan. Tulonsiirtojen ja

verotuksen tuloeroja tasoittava vaikutus on heikentynyt 1990-luvun puolivälin jälkeen. Tulonsiirtojen osalta tasoittavan vaikutuksen heikkeneminen johtuu osaltaan työllisyyden kohentumisesta. (Kuvio 40)

**Kuvio 40.** Tuloerojen sekä tulonsiirtojen uudelleenjakovaikutuksen kehitys vuosina 1990-1999



Tuloerot: Gini-kerroin, mitä suurempi luku sitä suuremmat tuloerot, 1990=100. Tulot/OECD-kulutussyksikkö.

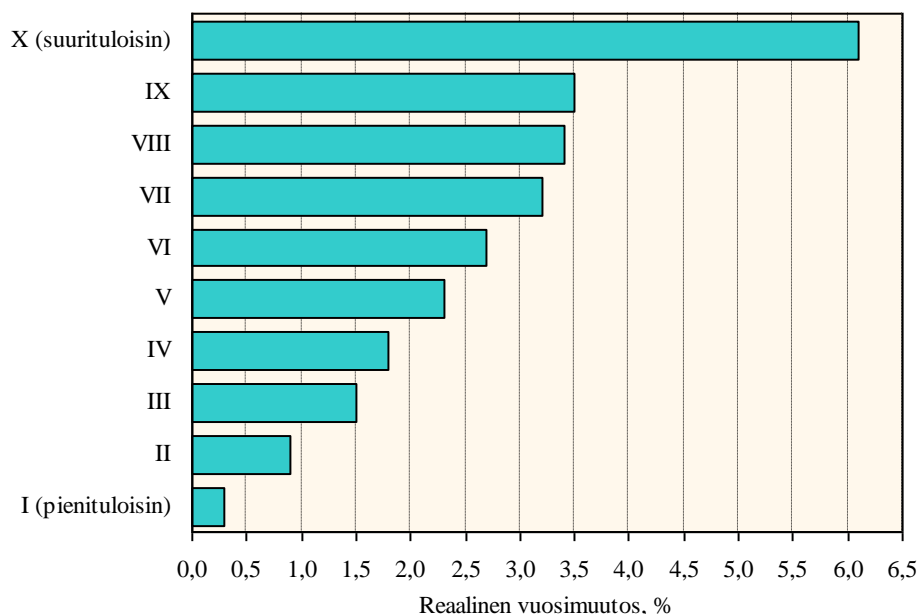
Uudelleenjakovaikutus (Kakwani): Saatujen ja maksettujen tulonsiirtojen tuloeroja pienentävä vaikutus 1990=100.

### Tulokehitys epätasaista

Viime vuosien hyvä talouskehitys ei ole heijastunut tasaisesti kotitalouksien toimeentuloon. Tulokehitys on ollut suotuisinta tulojakauman yläpäässä. Suurituloisimman kymmenyksen reaalin käytettävissä oleva tulo kasvoi vuosina 1994–

1998 keskimäärin runsaat 6 prosenttia vuodessa. Kahdessa pienituloisimmassa kymmenyksessä tulojen reaalikasvu jäi samana ajanjaksona keskimäärin alle yhden prosentin vuodessa. Vuoden 1999 ennakkotietojen mukaan suurituloisin kymmenes on edelleen kasvattanut tulo-osuuttaan. (Kuvio 41)

**Kuvio 41.** Tulokymmenysten keskimääräisten käytettävissä olevien vuositulojen reaali muutos vuosina 1994–1998, % keskimäärin vuodessa



Lähde: Tilastokeskus, tulonjakotilasto 1998

### Omaisuuksien kasvattaneet tuloeroja

Tuloerojen kasvu vuosina 1994–1998 johtui omaisuustulojen kasvusta ja niiden kohdentumisesta suurituloisimmille kotitalouksille. Muissa tuloerissä tapahtuneet muutokset olivat vähäisempiä. Tulonsiirtojen (pl. työeläkkeet) tuloeroja supistava vaikutus heikentyi hieman. Tulonsiirtojen tulo-osuus pieneni lamavuosien huippu-taloukselta. Tulo-osuuden supistumista korvasi tulonsiirtojen keskittyminen aikaisempaa korostetummin pienituloisille kotitalouksille.

### Riippuvuus tulonsiirroista edelleen suuri

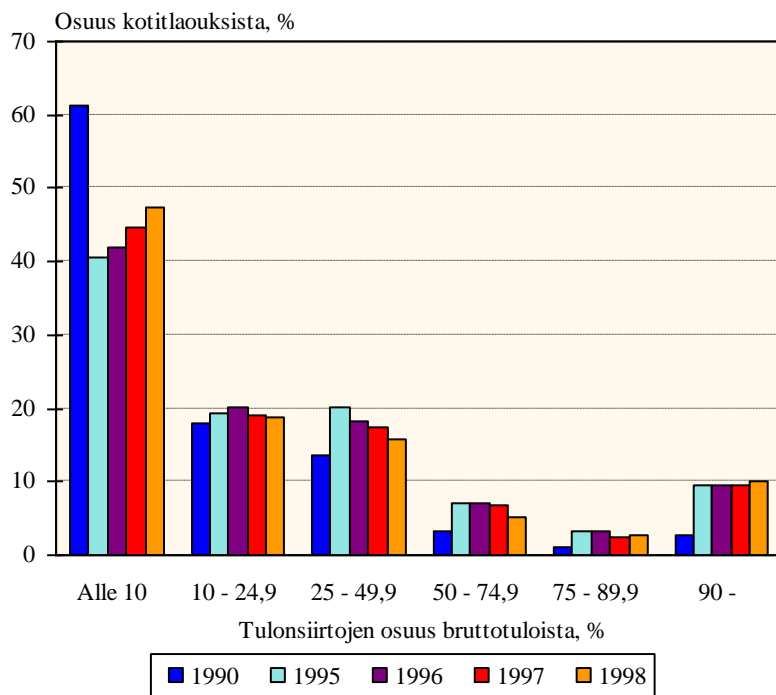
Kotitalouksien riippuvuus tulonsiirroista kasvoi 1990-luvun alkupuoliskolla. Yhä useamman työikäisen kotitalouden toimeentulo rakentui suurelta osin erilaisten tulonsiirtojen varaan. Työllisyyden kohenemisen myötä riippuvuus tulonsiirroista on 1990-luvun jälkipuoliskolla vähentynyt. Lähes täysin tulonsiirtojen varassa elävien,

parhaassa työiässä olevien kotitalouksien osuus näyttää jääneen aikaisempaa suuremmaksi (Kuvio 42). Suurin osa lähinnä tulonsiirtojen varassa elävistä työikäisistä kotitalouksista on yksin asuvia tai yksinhuoltajatalouksia. Useimmat näistä kotitalouksista ovat työttömiä tai eläkeläisiä.

### Tulokehitys eri ikäryhmissä

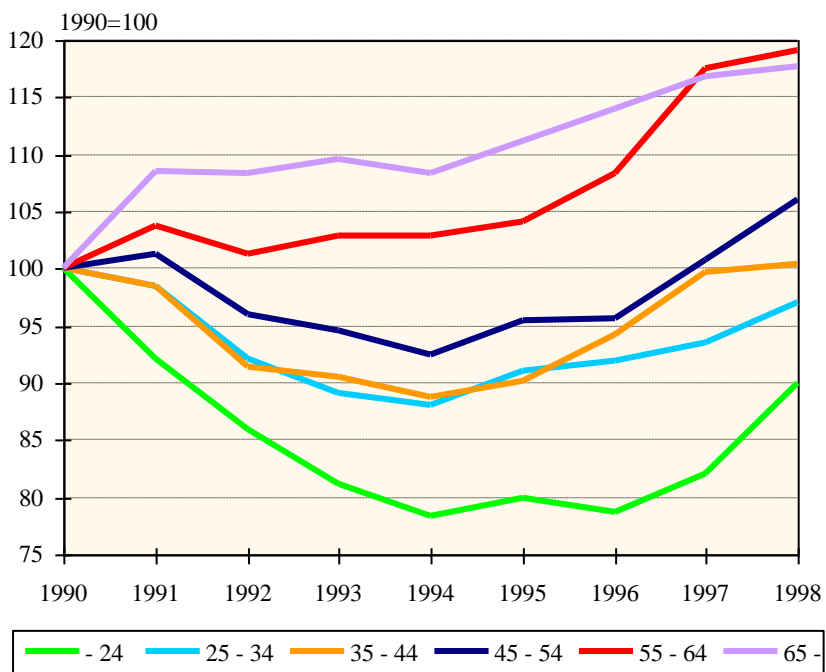
Taloukskehityksen jyrkät vaihtelut ovat heijastuneet eri tavalla eri ikäluokkien tulokehitykseen. 1990-luvun alkuvuosina heikentyi erityisesti nuorten taloudellinen asema. Vanhempien ikäluokkien toimeentulo oli paremmin laman vaikutusten ulottumattomissa kuin työikäisten talouksien. Tämän jälkeen ikäluokkien väliset erot tulokehityksessä tasaantuivat. 1990-luvun lopulla vanhustalouksien tulokehitys on taas ollut hieman heikompi kuin työikäisten (Kuvio 43). Tältä osin kehitys muistuttaa 1980-luvun lopun noususuhdannetta. Myös tällöin vanhimpien ikäluokkien tulokehitys oli muita hitaampaa.

**Kuvio 42.** Tulonsiirtojen osuus bruttotuloista. Kotitaloudet, joiden viitehenkilö 25-54-vuotias



Saatujen tulonsiirtojen osuus bruttorahatuloista. Tulonsiirrot sisältävät myös kotitalouksien väliset tulonsiirrot. Viitehenkilöksi määritellään pääsääntöisesti kotitalouden suurituloisin jäsen.

**Kuvio 43.** Kotitalouksien keskimääräisten reaalitulojen kehitys ikäluokittain vuosina 1990-1998



Käytettävissä olevat reaalitulot, 1990 = 100. Kuviossa on tarkasteltu ainoastaan tulojen muutosta asettamalla kunkin ikäryhmän keskituloja kuvaavan indeksin arvoksi 100 vuonna 1990. Eri ikäluokkien tulotasoissa olevat erot eivät tule tarkastelussa esiin.

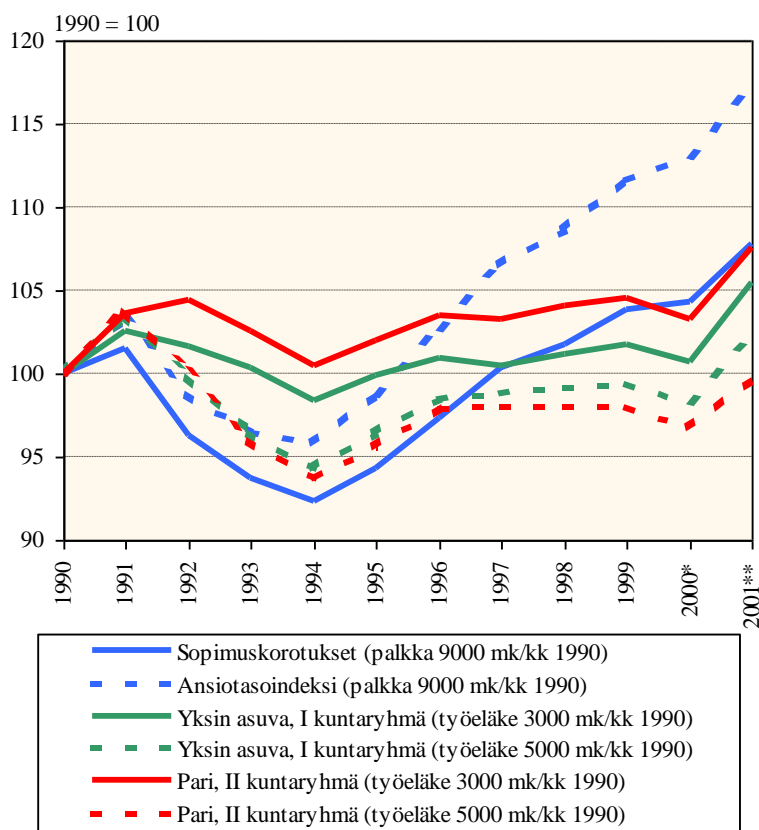
## Eläkkeensaajien tulokehityksen vertailu pulmallista

Kuviossa 43 vanhustalouksien tuloja korottaa uusien paremman työeläkkeen omaavien ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle. Tulonmuutos ei siis kuvaa ryhmään jo tarkastelujakson alussa kuuluneiden kotitalouksien keskimääräistä tulokehitystä.

Kuviossa 44 on esitetty vanhuuseläkkeensaajan nettotulojen reaalikehitys eräissä esimerkkitapauksissa vuosina 1990-2001. Esimerkkitapausten tulokehitys jää tarkastelujaksolla vaatimattomaksi. Tietyillä tulotasoilla reaalitytulot ovat 1990-luvulla jopa hieman supistuneet. 1990-luvun alkupuolella

liskolla tulokehitystä heikensi verotuksen kiristyminen.<sup>4</sup> Tämä koski erityisesti keskimääräistä suurituloisempia eläkkeensaajia. 1990-luvun jälkipuolella tulokehitystä ovat heikentäneet eläkejärjestelmiin tehdyt muutokset. Suurempaa työeläkettä saaneilla (yli 5000 mk/kk) vaikuttaa vuosina 1996-2001 kansaneläkkeen pohjaosan asteittainen poistuminen. Niinpä verotuksen keventyminen 1990-luvun jälkipuolisella ei näy nettotulojen vastaavana kasvuna. Pienempää työeläkettä (3000 mk/kk) saavan eläkeläispuolison tulokehitystä kohentaa vuoden 1991 syksyllä puolisojen kansaneläkkeisiin tehty korotus.<sup>5</sup>

**Kuvio 44.** Eläkkeensaajan ja palkansaajan nettotulojen reaalin kehitys eräissä esimerkkitapauksissa vuosina 1990 - 2001



Eläkkeensaaja jäänyt vanhuuseläkkeelle 1990. Vain ns. verottajan viran puolesta tekemät vähennykset.

<sup>4</sup> Veroihin on laskettu vakuutetun kansaneläke- ja sairausvakuutusmaksut.

<sup>5</sup> Reaalityulojen vuosimuutoksia arvioitaessa on syytä huomata, että eläkkeiden indeksitarkistukset teh-

dään toteutuneen hinta- ja palkkakehityksen perusteella. Tulojen reaalityuloja laskettaessa on otettu huomioon ko. vuoden hintojen muutos.

Eläkkeensaajien tulokehitystä havainnollistavia laskelmia on aika ajoin verrattu palkansaajan tulojen muutokseen. Tällaisiin vertailuihin sisältyy ongelmia. Vanhuuseläkkeensaajan tulokehitys on yleensä melko tasaista varsinkin, jos eläketulot muodostavat valtaosan tuloista. Sen sijaan palkansaajan tulot voivat vaihdella. Tulokehitystä voi heikentää työttömyys tai muut katkot työurassa. Yleensä laskelmissa kuitenkin oletetaan palkansaajan työsuhteen jatkuvan keskeytyksettä ja tuloja korotetaan ansiotasoindeksillä. Ansiotasoindeksiin sisältyy myös rakenteellisten tekijöiden aiheuttamaa muutosta. Palkansaajien tulokehitys vaihtelee työuran aikana. Samassa tehtävässä työskentelevän, jo eläkeikää lähestyvän palkansaajan tulokehitystä saattaa ansiotasoindeksiä paremmin kuvata sopimuspalkkaindeksi.

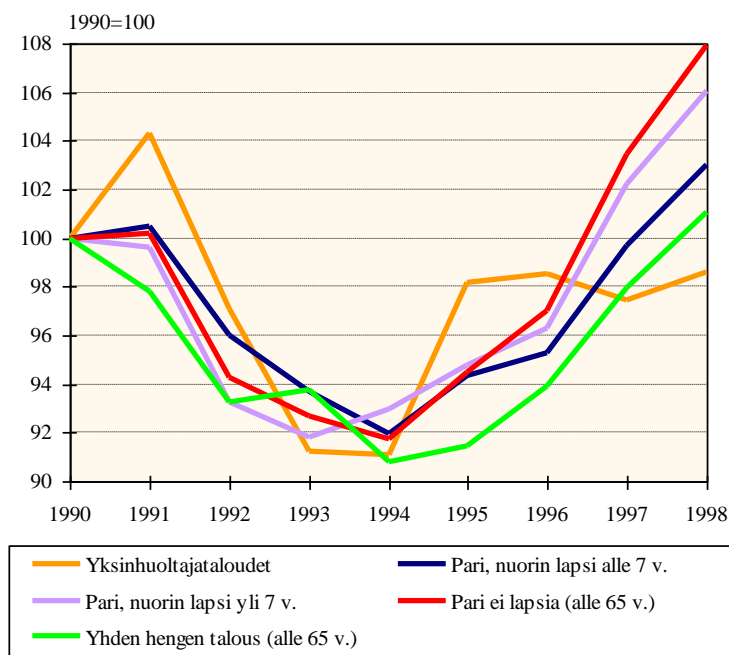
Eläkkeensaajien tulokehityksen lisäksi kuviossa 44 on havainnollistettu keskituloisen palkansaajan nettotulojen kehitystä. Palkkatuloa on vuosittain korotettu vaihto-

ehtoisesti joko ansiotasoindeksillä tai sopimuspalkkojen muutoksella. Indeksillä on melko suuri vaikutus palkansaajan tulokehityksestä saatavaan kuvaan.

### Yksinhuoltajien tulokehitys vaatimaton

1990-luvun alun lamavuosina työikäisen väestön keskimääräiset reaalitytulot laskivat kaikissa perhetyypeissä. Vasta 1990-luvun puolivälin jälkeen tulot alkoivat lähentyä lamaa edeltänyttä tasoa. Muista ryhmistä poiketen yksinhuoltajien tulot eivät ole viime vuosina juurikaan kasvaneet (Kuvio 45). Vuoden 1999 ennakkotietojen perusteella näyttäisivät myös yksinhuoltajien tulot kääntyneen selvästi kasvuun. Eri perhetyyppien väliset tuloerot ovat hieman kasvaneet 1990-luvun puolivälin jälkeen. Perhetyyppien välisten tuloerojen osuus kokonaisvaihtelusta oli vuonna 1998 kuitenkin edelleen selvästi pienempi kuin vuonna 1990.

**Kuvio 45.** Työikäisten kotitalouksien reaalitytulojen kehitys eri kotitaloustyypeissä vuosina 1990-1998



Käytettävissä olevat reaalitytulot, 1990 = 100.

**HUOM!** Otosaineistoihin liittyvä satunnaisvaihtelu saattaa korostaa vuosittaisia tulonmuutoksia varsinkin niissä luokissa, joissa otoskoot jäävät suhteellisen pieniksi (esim. yksinhuoltajat).

## Köyhyysaste kasvussa

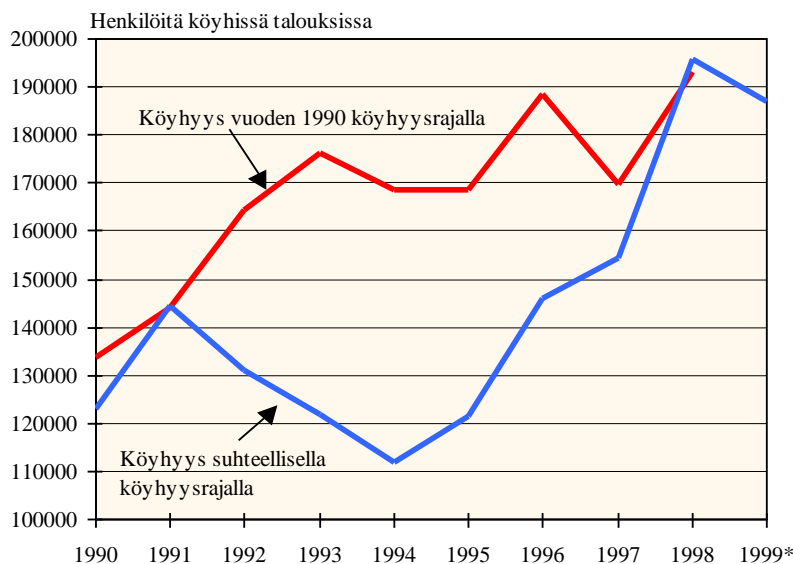
Suhteellinen köyhyys määritellään tulojakovertailussa usein tilanteeksi, jossa kotitalouden käytettävissä olevat tulot jäävät alle puoleen kaikkien kotitalouksien mediaanitulosta. Erot kotitalouksien koossa ja perhetyypeissä on pyritty ottamaan vertailussa huomioon. Vuonna 1998 lähes 200 000 henkilöä eli vajaat 4 prosenttia kotitalousväestöstä kuului talouksiin, joiden tulot jäivät näin määritellyn suhteellisen köyhyysrajan alle.<sup>6</sup> Suhteellinen köyhyys kääntyi 1990-luvun puolivälissä selvään kasvuun. Ammatissa toimivan väestön suotuisa tulokehitys sekä työllisyyden kohentuminen nostivat kotitalouksien keskimääräisiä tuloja ja samalla suhteellista köyhyysrajaa. Samanaikaisesti useisiin pienituloisille tärkeisiin etuuksiin tehtiin joko suoranaisia leikkauksia tai niiden indeksikorotuksista luovuttiin.

1990-luvun kehityksestä saa erilaisen kuvan, jos köyhyysrajana käytetään vuoden

1990 köyhyysrajaa. Kiinteään köyhyysrajaan perustuva köyhyysaste kasvoi lama-vuosina selvästi. Vuosikymmenen puolivälissä kasvu näytti taittuvan ja suotuisan työllisyyskehityksen toivottiin edelleen kohentavan tilannetta. Vuonna 1998 kiinteään köyhyysrajaan perustuva köyhyys kääntyi kuitenkin kasvuun (Kuvio 46). Eräs mahdollinen selitys kehitykselle on toimeentulotukeen vuoden 1998 aikana tehdyt heikennykset. Mallilaskelmien perusteella toimeentulotuen muutokset näyttäisivät selittävän osan köyhyysasteen kasvusta. Toimeentulotuen heikennykset lisäsivät lähinnä yksinhuoltajien, nuorten lapsiperheiden sekä 30–64 -vuotiaiden yksin asuvien köyhyysastetta.

Vuosikymmenen lopulla suhteellinen köyhyys näyttää hieman vähentyneen, vaikka kotitalouksien hyvä tulokehitys on nostanut köyhyysrajaa. Tämän perusteella on kiinteään köyhyysrajaan perustuva köyhyys vähentynyt tuntuvammin.

**Kuvio 46.** Köyhyys kiinteällä ja suhteellisella köyhyysrajalla vuosina 1990-1999



Tulokäsite: Käytettävissä olevat tulot / OECD-kulutussyksiköt

Suhteelliseen ja kiinteään 1990 köyhyysrajaan perustuvat lukumäärät ovat eri suuret vuonna 1990, koska vuosien 1990-1993 lukuihin on tehty tasokorjaus tulokäsitteessä tapahtuneen muutoksen johdosta.

<sup>6</sup> Köyhyyden laajuutta koskevat arviot riippuvat huomattavasti siitä, millaisia tulo-rajajoja tai muita määritelmiä käytetään. Käsitys köyhyydestä muut-

tuu myös, jos tulotietojen sijasta käytetään kotitalouksien kulustietoja tai kotitalouksien omia ilmoituksia toimeentulo-ongelmista.

1990-luvun jälkipuoliskolla on erityisesti yksin asuvien nuorten aikuisten sekä yksinhuoltajatalouksien suhteellinen köyhyysaste kasvanut (taulukko 6). Yksin asuvien nuorten köyhyysastetta on lisännyt ryhmään kuuluvien opiskelijoiden köyhyysasteen kasvu. Vuonna 1998 köyhyysrajan alittavista yksin asuvista nuorista noin 70 prosenttia oli opiskelijoita.<sup>7</sup> Yksinhuoltajien tulonmuodostuksessa tulonsiirtojen merkitys on huomattava. Toimeentuloturvaetuuksien kehityksellä suhteessa yleiseen tulokehitykseen on erityisen suuri vaikutus yksinhuoltajien köyhyysasteeseen.

Köyhyysasteiden muutoksilla ja eri ryhmien työllisyyskehityksellä on myös selkeä yhteys. Yksinhuoltajatalouksien kiinnittyminen työmarkkinoille ei ole laman jälkeen edistynyt samalla tavoin kuin muiden ryhmien. Opiskelijoiden ja työttömien osuus alle 30-vuotiaista yksin asuvista on edelleen suuri. Muissa perhetyypeissä ammatissa toimivien osuus on kasvanut ripeämmin, eikä vastaavia muutoksia köyhyysasteissa ole tapahtunut. (Kuvio 47)

**Taulukko 6.** Suhteellinen köyhyysaste eri kotitaloustyypeissä vuosina 1994 ja 1998, %  
Köyhyysraja: 50 % mediaanitulosta

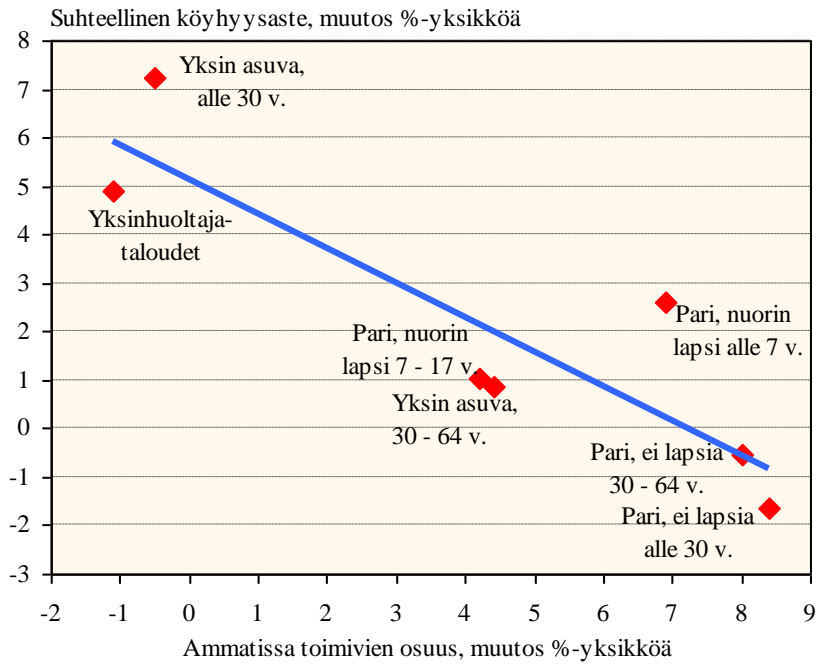
	OECD-kulutussyksiköt			Eurostat-kulutussyksiköt		
	1994	1998	Muutos, %-yksikköä	1994	1998	Muutos, %-yksikköä
Yksinhuoltajataloudet	2,8	7,7	4,9	3,4	7,0	3,6
Pari, nuorin lapsi alle 7 v.	2,3	4,9	2,6	1,5	2,4	0,9
Pari, nuorin lapsi yli 7 v.	1,3	2,3	1,0	1,1	2,3	1,1
Vanhustalous (65 + v.)	0,4	1,5	1,2	1,1	2,6	1,5
Pari, ei lapsia (alle 30 v.)	6,7	5,1	-1,7	7,9	6,0	-1,9
Pari, ei lapsia (30 – 64 v.)	1,2	0,6	-0,5	1,4	0,8	-0,6
Yhden hengen talous (alle 30 v.)	15,7	22,9	7,2	25,0	29,7	4,7
Yhden hengen talous (30 – 64 v.)	3,6	4,5	0,9	7,2	8,6	1,4
Muut taloudet	0,7	3,2	2,5	0,5	3,5	3,0
<b>Kaikki kotitaloudet</b>	<b>2,2</b>	<b>3,9</b>	<b>1,6</b>	<b>2,7</b>	<b>4,1</b>	<b>1,3</b>

Henkilöpainotus (köyhyysrajan alittaviin kotitalouksiin kuuluva väestöosuus kussakin kotitaloustyyppissä). Pyörityksen takia vuosien 1994 ja 1998 köyhyysasteiden erotus ei välttämättä täsmää muutoksen kanssa. Tulokäsitem: Kotitalouden käytettävissä olevat tulot / kulutussyksikkö  
Kulutussyksiköt: Eurostat: Euroopan tilastoviraston ECHP-tutkimuksessa käytetty kulutussyksikköasteikko  
OECD: Tilastokeskuksen käyttämä ns. vanha OECD-kulutussyksikköasteikko

<sup>7</sup> Opiskelijoiden alhaiseen tulotasoon vaikuttaa myös se, että opintolainat eivät näy tulokäsitemissä.



**Kuvio 47.** Ammatissa toimivien osuuden ja köyhyysasteen muutos eräissä perhetyypeissä vuodesta 1994 vuoteen 1998



OECD-kulutussyksiköt. Muut laskentaoletukset ks. taulukko 6.

Ylivelkaiset kotitaloudet ovat eräs toimeentulo-ongelmista kärsivä ryhmä, jota tavanomaiset köyhyystarkastelut eivät tuo esiin. Kuten köyhyyttä on ylivelkaisuuttakin hyvin vaikea mitata. Arviot ylivelkaisuuden lukumäärästä ja siinä tapahtuneista muutoksista vaihtelevat menetelmästä riippuen. Vuonna 1998 ylivelkaantuneita kotitalouksia oli oman käsityksensä mukaan runsaat 110 000.<sup>8</sup> Tämän mukaan ylivelkaantuneiden kotitalouksien määrä kasvoi koko 1990-luvun kasvun taittuessa vasta vuonna 1998. Maksuhäiriöisten henkilöiden lukumäärä alkoi supistua vuonna 1998. Uusien maksuhäiriömerkintöjen huippu oli saavutettu jo aiemmin, vuonna 1995. Neljä

vuotta jatkuneen vähenemisen jälkeen uudet maksuhäiriömerkinnät kääntyivät lievästi kasvuun vuoden 2000 alkupuoliskolla.

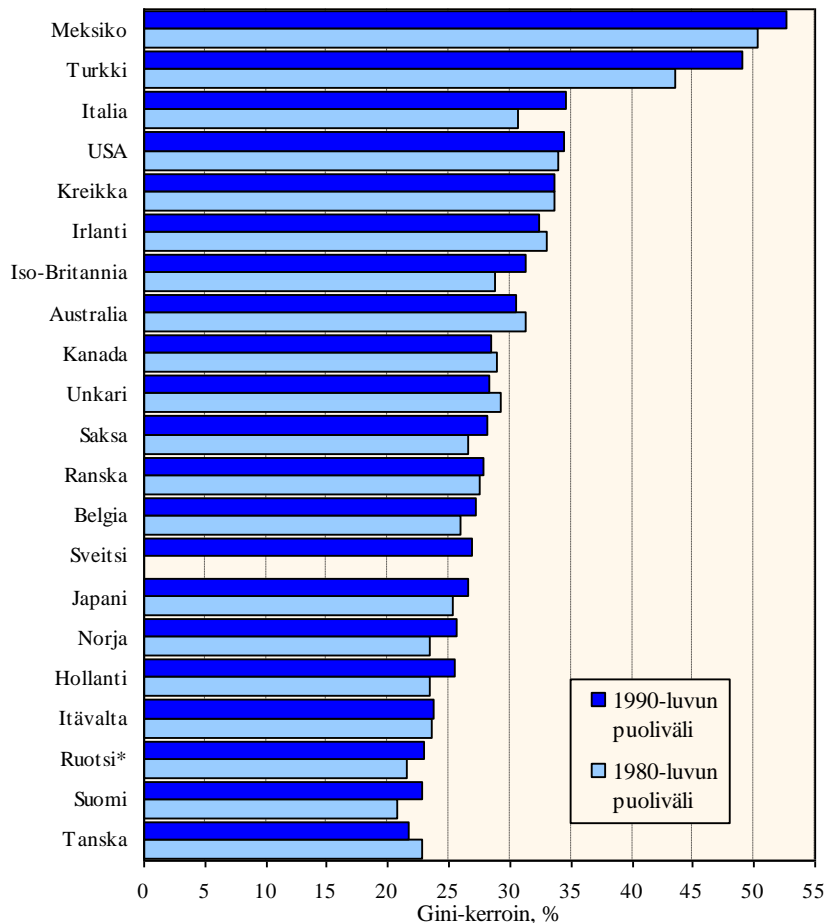
<sup>8</sup> Haastattelu tehtiin vuoden 1999 alussa, mutta ylivelkaantuneisuutta koskeva kysymys koski vuotta 1998.

### Tuloerot kansainvälisesti verrattuna

Useimpiin muihin OECD maihin verrattuna tuloerot ovat Suomessa pienet. Tuoreimmat kansainväliset vertailutiedot ulottuvat kuitenkin ainoastaan 1990-luvun puoliväliin asti. Tuloerojen nopea kasvu Suomessa 1990-luvun jälkipuoliskolla ei siis vielä näy kansainvälisissä vertailuissa. (Kuvio 48)

Suomen ja muiden Pohjoismaiden muita maita pienemmät tuloerot johtuvat osittain sosiaaliturvaetuksien ja verotuksen tuloeroja tasoittavasta vaikutuksesta. Ansio- ja omaisuustuloilla mitattuna tuloerot ovat Pohjoismaissa samaa tasoa kuin useissa muissakin OECD-maissa. Tulonsiirtojen ja verotuksen uudelleenjakovaikutus vaihtelee sekä eri Pohjoismaiden että muiden OECD-maiden kesken.

**Kuvio 48.** Tuloerot ja niiden kehitys eräissä OECD-maissa  
Käytettävissä olevat tulot



\*Poikkeava kotitalouskäsite (yliarvio tuloeroja muun muassa Suomeen verrattuna)

Lähde: OECD

## **Kirjallisuutta**

- ▶ Förster M .F. assisted by Pellizzari M. Trends and Driving Factors in Income Distribution and Poverty in the OECD Area. Labour Market and Social Policy Occasional Papers N° 42. OECD, 2000.
- ▶ Income Distribution and Poverty in Selected OECD Countries. Economics Department Working Papers No. 189, OECD, 1998. (ks. <http://www.oecd.org/eco/eco>).
- ▶ Reijo M. Kotitalouksien ylivelkaantuneisuuden kasvu taantumassa?. Hyvinvointikatsaus, erityisnumero Tulot ja tulojako. Tilastokeskus, 2000.
- ▶ Ruotsalainen P. Sosiaaliturvaetuudet tuloerojen tasaajina 1990-luvun lama-Suomessa. Kansaneläkelaitos: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 45, 2000.
- ▶ Suoniemi I. Tulonjaon kehitys Suomessa ja siihen vaikuttavista tekijöistä 1971-1996. Palkansaajien tutkimuslaitos. Tutkimuksia 76, 1999.
- ▶ Tulonjakotilastot 1990-1998. Tilastokeskus.
- ▶ Törmälehto V-M. Omaisuustulot ja tulojako – mikä muuttui? Hyvinvointikatsaus, erityisnumero Tulot ja tulojako. Tilastokeskus, 2000.



## LIITTEET

## LIITE 1

## SOSIAALITURVAN INDIKAATTORIT

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000**	2001**
<b>I SOSIAALIMENOT JA NIIDEN RAHOITUS</b>												
Sosiaalimenot												
Sosiaalimenot yhteensä, milj. mk	131 407	148 961	163 657	170 463	176 589	179 564	185 272	185 988	187 799	189 400	193 400	201 400
Bruttokansantuote, milj. mk	523 034	499 357	486 923	492 609	522 309	564 566	585 865	635 532	689 523	721 958	787 885	841 500
Sosiaalimenot BKT:sta, %	25,1	29,8	33,6	34,6	33,8	31,8	31,6	29,3	27,2	26,2	24,5	23,9
Sosiaalimenot, mk/as, v. 2000 hinnoin	31 648	34 233	36 492	37 068	37 826	37 941	38 806	38 385	38 104	37 899	37 323	37 990
Sosiaalimenojenjakauma kohderyhmittäin, %												
- sairaus ja terveys	27,5	25,9	22,7	20,7	19,7	20,3	20,7	21,3	22,0	22,5	23,4	23,7
- toimintarajoitteisuus	15,0	14,8	14,7	14,7	14,5	14,5	14,3	14,3	13,9	13,6	13,1	12,8
- vanhuus	28,6	27,8	27,3	27,5	27,3	28,1	29,0	29,1	29,5	30,3	30,6	31,2
- leski ja muut omaiset	4,0	3,9	3,9	3,9	3,8	3,8	3,8	3,9	3,9	3,9	4,0	4,0
- perhe ja lapset	13,0	12,9	12,5	11,8	13,3	13,0	12,1	12,3	12,4	12,2	12,1	11,8
- työttömyys	5,9	8,5	12,8	15,6	15,2	14,0	13,5	13,0	11,7	10,9	10,7	10,4
- asuminen	0,7	0,9	1,1	1,1	1,4	1,5	1,2	1,2	1,4	1,6	1,4	1,3
- muu	1,8	2,1	2,2	2,0	2,0	2,0	2,3	2,4	2,1	2,0	1,9	1,9
- hallinto	3,5	3,0	2,8	2,6	2,8	2,8	3,1	2,7	3,1	2,8	2,8	2,8
- yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sosiaalimenojen rahoitusosuudet, %												
- valtio	25,0	28,8	29,4	30,3	30,4	29,1	28,3	26,9	25,5	24,6	24,1	23,4
- kunnat	15,6	15,3	15,2	15,1	15,9	16,7	16,2	17,3	18,2	17,5	17,6	17,6
- työnantajat	44,1	40,9	36,7	34,7	33,0	33,7	35,3	35,5	36,6	36,7	37,2	37,9
- vakuutetut	8,0	7,2	10,4	12,3	14,3	13,7	13,1	13,4	12,9	13,0	12,8	12,2
- rahastojen tuotot	7,3	7,8	8,3	7,6	6,4	6,9	7,2	6,8	7,3	8,2	8,2	8,9
- yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	101	100	100	100

106

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000**	2001**
Sosiaali- ja terveysministeriön pääluokan menot valtion budjetissa												
STM:n pääluokan menot, milj. mk	38 961	51 775	53 858	53 814	53 541	49 027	47 983	45 124	44 998	41 930	43 491	45 093
Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet käyttökustannuksiin, milj. mk	19 498	21 387	21 133	20 568	18 409	17 942	15 945	13 557	12 857	12 690	13 035	13 868
STM:n pääluokan menojen osuus valtion menoista, %	27,7	30,8	28,9	26,6	27,0	24,7	24,1	24,1	22,1	19,8	21,8	22,8
Kuntien sosiaali- ja terveystoimen menot												
Sosiaali- ja terveystoimi, milj.mk	41 099	45 632	47 486	50 010	50 358	52 746	55 448	57 712	58 870	60 655	63 000	65 500
Kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö												
Sosiaali- ja terveystoimen henkilökunta	206 700	213 650	212 700	202 700	205 700	205 100	216 050	220 400	220 450	217 700	216 000	217 000
Valtion velka												
Valtion velka, % BKT:sta	11	18	34	53	59	64	67	65	60	56	50	46
<b>II SAIRAUS JA TERVEYS</b>												
Sairaus- ja terveysmenot (netto) ja niistä tärkeimmät												
Sairaus ja terveysmenot milj. mk	36 123	38 639	37 204	35 372	34 867	36 529	38 422	39 695	41 279	42 700	45 200	47 800
Toimeentuloturva	7 949	8 248	7 659	6 953	6 809	7 142	7 261	7 493	7 951	8 600	8 900	9 500
- sv. päiväraha	3 063	3 341	3 172	2 683	2 620	2 523	2 373	2 384	2 509	2 700	2 900	3 000
- sairausajanpalkka	4 100	4 100	3 700	3 600	3 500	3 900	4 200	4 400	4 700	5 100	5 200	5 600
Palvelut (nettomenot)	28 174	30 391	29 545	28 419	28 058	29 387	31 161	32 202	33 328	34 000	36 250	38 300
- perusterveydenhuolto	11 178	12 149	11 887	9 161	9 347	9 660	10 153	9 887	10 196	10 300	10 900	11 550
- erikoissairaanhoido	12 266	12 940	12 083	13 546	12 945	13 631	14 459	15 154	15 703	16 000	17 000	17 950
- sv. sairaanhoitokorvaus	2 893	3 264	3 240	3 292	3 560	3 910	4 346	4 681	4 870	5 150	5 600	6 250
Elinajan odote ja imeväiskuolleisuus												
Elinajanodote												
- miehet	70,9	71,3	71,7	72,1	72,8	72,8	73,0	73,4	73,5	73,7		
- naiset	78,9	79,3	79,4	79,5	80,2	80,2	80,5	80,5	80,8	81,0		
Imeväiskuolleisuus (1/1000)	5,6	5,9	5,2	4,4	4,7	3,9	4,0	3,9	4,2	3,6		

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000**	2001**
Sairastavuus	397 900	385 100	355 100	293 300	283 200	284 400	275 000	271 800	278 100	286 900	284 600	281 400
Sairauspäivärahan saajat												
Sairauspoissaolopäivien osuus tehdyistä työpäivistä, %	3,8	3,7	3,4	3,8	3,5	3,5	3,4	3,4	3,4	3,5		
Ammattitauteihin sairastuneet	9 100	8 800	8 000	7 000	6 700	5 800	5 700	5 000	4 800	5 200		
Lääkemääräyksiä/as.	6,1	6,3	6,0	5,9	5,7	6,0	6,3	6,4	6,6	6,8		
Hoitopäivät ja -jaksot												
Perusterveydenhuolto, vuodeosastot												
- hoitajaksot/ 1000 as.	51	42	46	48	51	52	58	57	59	60		
- hoitopäivät/1000 as.	1 676	1 538	1 544	1 525	1 542	1 571	1 620	1 575	1 592	1 568		
Erikoissairaanhoito, vuodeosastot												
- hoitajaksot/1000 as.	162	173	179	182	183	187	193	194	191	189		
- hoitopäivät/1000 as.	1 552	1 578	1 464	1 359	1 294	1 242	1 190	1 158	1 093	1 049		
Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset												
Korvauksia saaneet (1.000)												
- lääkkeet, peruskorvatut	3127	3212	3117	3057	2954	3056	3123	3133	3098	3136	3255	3350
- lääkkeet, erityiskorvatut 75 %	641	666	687	707	708	695	708	720	730	737	755	770
- lääkkeet, erityiskorvatut 100 %	290	303	319	336	340	330	337	345	353	361	375	380
- yksityislääkäriäkäynnit	1 481	1 484	1 340	1 326	1 262	1 302	1 340	1 333	1 360	1 361	1 370	1375
- yksityishammaslääkäriäkäynnit	167	201	215	241	253	269	288	382	666	467	470	500
- yksityinen tutkimus ja hoito	845	845	729	685	635	634	661	675	715	718	720	730
- matkat	723	722	640	485	507	521	553	558	561	564	575	580
Sairausvakuutuksen korvaama osuus kokonaiskustannuksista, %												
- peruskorvatut lääkkeet	37	38	38	29	35	38	39	40	40	41	41	42
- yksityislääkäriäkäynnit	38	36	36	36	36	38	40	39	38	37	37	36
- yksityishammaslääkäriäkäynnit	57	54	54	57	56	53	50	49	49	47	46	46
- yksityinen tutkimus ja hoito	40	38	38	38	40	42	43	43	43	42	41	41
- matkat	82	83	83	82	84	85	85	86	86	86	83	83

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000**	2001**
<b>III TOIMINTARAJOITTEISUUS</b>												
Toimintarajoitteisuusmenot (netto) ja niistä tärkeimmät												
Toimintarajoitteisuusmenot, milj. mk	19 691	22 090	24 033	25 030	25 582	26 124	26 440	26 554	26 157	25 700	25 400	25 800
Toimeentuloturva	16 461	18 435	20 370	21 246	21 470	21 783	21 792	21 648	20 872	20 300	19 750	19 800
- työkyvyttömyyseläkkeet	11 113	11 961	12 702	13 125	13 166	13 422	13 633	13 925	13 586	13 500	13 200	13 400
- yksilölliset varhaiseläkkeet	2 089	2 834	3 424	3 814	4 078	4 242	4 050	2 624	3 120	2 750	2 400	2 200
- sotilasvammakorvaukset	1 740	1 976	2 138	2 024	1 779	1 756	1 712	1 699	1 655	1 500	1 400	1 350
Palvelut (netto)	3 230	3 655	3 663	3 784	4 112	4 341	4 648	4 906	5 284	5 400	5 700	6 000
- vammaisten laitoshoido	896	966	927	944	892	801	780	789	763	750	750	750
- avopalvelut	1 021	1 207	1 250	1 306	1 566	1 765	2 164	2 454	2 672	2 800	2 900	3 000
- kuntoutuspalvelut	829	956	948	1 084	1 173	1 191	1 104	1 132	1 308	1 400	1 500	1 500
Työkyvyttömyyseläkkeet												
Kaikki työkyvyttömyyseläkkeen saajat 31.12.	300 930	305 410	308 540	309 730	310 630	309 510	301 780	294 990	288 050	282 050	276 700	271 500
Vammaispalvelut												
Vammaisia laitoshoidossa 31.12.	4 390	4 850	4 870	3 630	4 000	3 770	3 650	3 370	3 200	3 000	2 800	2 700
Kodinhuoltoapua saaneet vammaiskotitaloudet vuoden aikana	7 920	6 780	7 090	6 120	6 210	7 000	6 950	6 615	6 290	6 580	6 600	6 600
<b>IV VANHUUS</b>												
Vanhuusmenot ja niistä tärkeimmät												
Vanhuusmenot, milj. mk	37 529	41 472	44 683	46 856	48 153	50 420	53 697	54 081	55 463	57 400	59 100	62 800
Toimeentuloturva	33 547	37 217	40 480	42 463	43 660	45 472	48 321	48 771	50 024	51 900	53 300	56 600
- vanhuuseläkkeet	31 790	35 199	38 339	40 138	41 425	43 240	45 169	46 617	47 892	49 600	50 900	53 900
Palvelut (netto)	3 982	4 255	4 203	4 393	4 493	4 948	5 376	5 310	5 439	5 500	5 800	6 100
- vanhusten laitoshoido	2 431	2 611	2 530	2 671	2 667	2 865	2 888	2 701	2 727	2 750	2 800	3 000
- avopalvelut	1 551	1 644	1 673	1 722	1 826	2 083	2 488	2 609	2 712	2 750	2 800	3 100
Eri eläkkeiden saajat												
Kaikki vanhuuseläkkeiden saajat 31.12.	737 150	750 900	762 570	776 810	789 390	804 060	822 520	836 700	843 900	858 200	860 500	875 000
Osa-aikaeläkkeen saajat 31.12.	430	700	1 210	2 260	4 470	5 440	6 100	6 930	10 920	18 284	24 800	32 000



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000**	2001**
Vanhuspalvelut												
Vanhainkotien asukkaat 31.12.	26 620	25 820	25 350	24 210	23 410	22 950	22 910	22 270	21 420	21 070	21 000	21 000
Kodinhuoltoapua saaneet vanhustaloudet	124 010	122 720	103 780	99 100	91 680	86 750	87 410	85 400	84 820	84 280	85 000	86 000
Tukipalveluja saaneet, yli 64-vuotiaat	200 170	113 910	128 000	109 720	93 950	97 970	99 210	103 300	105 620	103 420	104 000	105 000
<b>V LESKI JA MUUT OMAISET</b>												
Leski ja muut omaiset -menot ja niistä tärkeimmät												
Menot, milj. mk	5 291	5 854	6 345	6 648	6 720	6 800	6 984	7 181	7 254	7 500	7 700	8 100
- perhe-eläkkeet	4 994	5 534	6 003	6 337	6 438	6 528	6 754	6 941	7 014	7 200	7 450	7 800
Perhe-eläkkeiden saajat 31.12.												
- lesken eläkkeet	194 780	203 720	212 430	220 040	225 050	230 830	238 380	243 450	247 550	250 300	262 300	270 800
- lapsen eläkkeet	28 430	28 740	29 080	29 530	29 630	29 340	29 250	29 340	28 880	28 250	28 250	28 200
<b>VI PERHE JA LAPSET</b>												
Perheet ja lapset -menot sekä niistä tärkeimmät												
Perhe- ja lapset menot, milj.mk	17 118	19 268	20 445	20 086	23 441	23 307	22 448	22 808	23 297	23 150	23 300	23 800
Toimeentuloturva	9 930	11 538	13 106	12 838	16 204	15 549	13 924	13 874	14 007	13 900	14 000	14 100
- vanhempainpv.rahat	3 314	3 585	3 774	3 416	3 130	3 016	2 773	2 733	2 713	2 800	2 800	2 900
- lasten kotihoidon tuki (sis. kuntien omat)	2 234	2 650	3 212	3 229	3 274	3 053	2 042	2 076	2 231	2 160	2 150	2 200
- lapsilisät	4 094	4 791	5 549	5 539	9 101	8 768	8 398	8 384	8 353	8 300	8 200	8 150
Palvelut (netto)	7 188	7 730	7 339	7 248	7 237	7 758	8 524	8 934	9 291	9 250	9 300	9 700
- päivähoito	5 872	6 292	5 895	5 553	5 527	5 946	6 589	6 894	7 127	7 000	7 000	7 200
Vanhempainpäivärahan saajia 31.12.												
- äidit	54 910	56 320	57 660	57 070	55 210	53 340	51 570	49 870	48 430	48 960	48 500	48 000
- isät	1 300	1 870	1 850	2 050	2 210	1 930	2 210	2 030	2 190	2 810	2 700	2 600
Lasten kotihoidon tukea saaneita perheitä 31.12.	81 210	85 210	92 570	95 820	95 380	84 480	73 980	75 490	74 360	73 030	70 000	69 000
Lapsia kunnallisessa päivähoitossa 31.12.	200 200	195 500	182 300	174 300	180 800	189 900	217 300	219 700	218 500	215 100	213 000	210 000

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000**	2001**
<b>VII TYÖTTÖMYYS</b>												
Työttömyysmenot ja niistä tärkeimmät												
Työttömyysmenot, milj. mk	7 723	12 724	20 973	26 611	26 892	25 093	25 099	24 143	21 888	20 800	20 650	21 000
Toimeentuloturva	6 559	11 398	19 388	25 047	25 095	25 549	23 186	22 111	19 929	18 950	18 900	19 300
- peruspäiväraha	860	2 321	4 464	5 789	5 133	2 703	939	818	606	520	500	500
- ansiopäiväraha	2 231	5 698	10 897	15 177	14 855	13 001	12 958	11 847	9 458	8 390	8 250	8 200
- työmarkkinatuki	0	0	0	0	1 307	4 089	5 327	5 117	5 357	5 310	5 100	5 050
- työttömyyseläkkeet	2 644	2 481	2 329	2 313	2 373	2 432	2 397	2 683	2 986	3 350	3 700	4 200
- koulutustuki	739	671	1 142	1 274	1 108	1 130	1 308	1 327	1 152	950	880	900
Palvelut	1 164	1 326	1 585	1 564	1 797	1 544	1 913	2 032	1 959	1 850	1 750	1 700
- työvoimapol. aikuiskoulutus	703	778	1 040	1 026	1 217	937	1 283	1 381	1 201	1 050	1 050	1 000
Työttömyys												
Työttömyysaste, %	3,1	6,8	11,7	16	16,6	15,4	14,6	12,7	11,4	10,2	9,6	8,6
Työttömien lukumäärä, keskim.	82 000	169 000	292 000	405 000	408 000	382 000	363 000	314 000	285 000	261 000	250 000	235 000
Työttömyyspäivärahan saajat												
Ansiopäivärahapäivät saajat vuoden aikana	171 300	339 100	489 300	596 200	544 400	468 200	468 800	418 300	369 800	334 800	318 000	305 400
Peruspäivärahan saajat vuoden aikana	126 100	236 800	325 900	363 100	280 500	215 300	93 600	58 900	50 800	45 700	42 100	39 100
Työmarkkinatuen saajat vuoden aikana	0	0	0	0	123 600	270 000	314 900	308 600	322 600	311 800	307 500	294 100
Työttömyyseläkkeet												
Työttömyyseläkkeen saajat 31.12.	55 490	47 780	43 720	42 790	42 960	39 150	41 410	44 860	49 390	52 240	54 600	57 100
<b>VIII ASUMINEN</b>												
Yleisen asumistuen menot, milj. mk	957	1 280	1 862	1 900	2 444	2 623	2 299	2 169	2 615	2 870	2 700	2 500
Yleisen asumistuen saajat 31.12. (kotaloudet)	110 490	146 270	192 830	182 370	227 560	213 820	191 880	184 610	205 590	207 000	170 000	164 000

III

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000**	2001**
<b>IX MUUT</b>												
Muut menot ja niistä tärkeimmät												
Menot, milj. mk	2 387	3 142	3 571	3 457	3 515	3 658	4 220	4 443	3 991	3 800	3 800	3 800
Toimeentuloturva	1 238	1 745	2 127	2 375	2 467	2 614	3 072	3 213	2 661	2 350	2 350	2 350
- toimeentulotuki (netto)	1 085	1 413	1 665	2 005	2 308	2 493	2 906	3 039	2 558	2 380	2 380	2 380
Palvelut (netto)	1 149	1 397	1 444	1 082	1 048	1 044	1 148	1 230	1 330	1 450	1 450	1 450
- päihdehuolto	448	505	403	362	387	408	437	452	436	450	470	500
Toimeentulotuki												
Tukea saaneet kotitaloudet vuoden aikana	181 600	222 700	258 900	292 600	329 400	339 000	349 600	344 700	313 400	292 000	273 000	270 000
Tuen keskimääräinen kesto, kk	3,9	3,9	3,9	4,3	4,8	5,1	5,4	5,6	5,4	5,4	5,3	5,2
Alkoholi, tupakka, huumeet												
Päivittäin tupakoivat 15-64 v., %												
- miehet	33	33	33	29	29	28	28	30	30	27		
- naiset	20	21	21	19	19	19	19	20	20	20		
Alkoholin kulutus, l/asukas												
- tilastoitu	7,7	7,4	7,2	6,8	6,6	6,7	6,7	6,9	7,0	7,1		
- tilastoimaton	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	2,1	2,1	1,9	1,8	1,7		
- yhteensä	8,9	8,7	8,5	8,2	8,0	8,8	8,8	8,8	8,8	8,8		
Huumausainerikokset	2 500	2 500	3 300	4 000	5 700	9 100	7 900	8 300	9 500	9 300		

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000**	2001**
<b>X VÄESTÖN TOIMEENTULO</b>												
Tulot												
Käytettävissä olevat tulot henkeä kohti, mk, v. 2000 hintoihin	66 400	66 800	65 100	61 100	59 100	63 700	63 300	66 900	69 200	71 400	72 000	
Tuloerot (Gini-kerroin, mitä suurempi luku sitä suuremmat tuloerot, 1990 = 100 kullakin tulokäsitteellä)												
Tuotannontekijätulot (ansiotulot + omaisuustulot)	100	102	108	115	117	117	118	119	119	121		
Bruttotulot (tuotannontekijätulot + saadut tulonsiirrot)	100	98	99	102	101	104	106	110	114	120		
Käytettävissä olevat tulot (bruttotulot - välittömät verot)	100	100	99	102	101	105	108	114	119	127		
Käytettävissä olevat reaalitytulot, 1990=100 kussakin ryhmässä												
Yksinhuoltajat	100	104	97	91	91	98	99	97	99			
Pari, nuorin lapsi alle 7-vuotias	100	101	96	94	92	94	95	100	103			
Pari, nuorin lapsi 7-17-vuotias	100	100	93	92	93	95	96	102	106			
Vanhustaloudet (yli 65- vuotias)	100	109	109	110	108	111	114	117	118			
Pari, ei lapsia (alle 65-vuotias)	100	100	94	93	92	94	97	103	108			
Yhden hengen talous (alle 65 vuotias)	100	98	93	94	91	91	94	97	103			
Muut	100	102	97	95	95	98	100	105	108			

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000**	2001**
<b>XI SOSIAALINEN TURVATTOMUUS</b>												
Suhteellinen köyhyysaste (Osuus väestöstä, jotka kotitalouksissa, joiden käytettävissä olevat tulot alle 50 % kaikkien talouksien mediaanitulosta)												
Köyhyysaste	2,5	2,9	2,6	2,4	2,2	2,4	2,9	3,0	3,9	3,7		
Itsemurhat, tapaturmiin kuolleet ja väkivaltarikokset (Keskiväkiluvun 100 000 henkeä kohti; väkivaltarikoksiin luettu murhat, tapot ja pahoinpitelyt)												
Itsemurhat	30,3	29,8	28,8	27,6	27,3	27,2	24,3	25,7	23,8			
Tapaturmiin kuolleet	56,5	55,7	53,7	50,8	50,8	51,8	50,3	53,1	55,1			
Väkivaltarikokset	3,2	3,1	3,4	3,3	3,2	2,9	3,3	2,8	2,4			
Avioerot ja abortit (Avioerot keskiväkiluvun tuhatta naimisissa olevaa naista kohti; Raskauden keskeytykset tuhatta 15-49-vuotiasta naista kohti)												
Avioerot	12,6	12,3	12,5	12,4	13,4	13,9	13,6	13,4	13,8	14,0		
Lailliset raskauden keskeytykset	9,7	9,3	8,7	8,1	7,9	7,8	8,3	8,2	8,7	8,8		
Lasten ja nuorten huostaanotot sekä sijoitukset kodin ulkopuolelle Kodin ulkopuolelle sijoitetut												
- yhteensä	..	8 720	9 410	9 670	10 210	10 700	11 120	11 760	12 130	12370		
- niistä huostaanotot	..	6 203	6 382	6 393	6 403	6 478	6 474	6 803	7 144	6861		
Avohuollon piirissä lapsia ja nuoria - yhteensä	..	..	..	24 690	27 820	30 690	33 270	35 810	38 630	43680		
Elatustuen saajat Elatustukea saaneet lapset	73 090	78 730	85 580	92 590	98 480	103 100	106 810	107 900	108 500	108 960	109 000	109 000

\*) ennakkotieto

\*\*) ennuste

Lähteet: Sosiaali- ja terveysministeriö  
Stakes  
Tilastokeskus  
Työeläkelaitos  
Eläketurvakeskus  
Kansaneläkelaitos  
SOTKA-tietokanta

Keskimääräiset eläke- ja sosiaalivakuutusmaksut <sup>(1)</sup>

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000*	2001* *
<b>TYÖNANTAJAT</b>										
Kansaneläkevakuutus (2)	2,94	3,20	3,41	3,39	3,45	3,24	3,25	3,23	3,18	3,1
Sairausvakuutus(2)	1,56	1,90	1,91	2,05	2,05	1,74	1,74	1,70	1,70	1,7
Työttömyysvakuutus (2), (3)	3,70	5,60	5,40	4,50	2,90	2,90	2,78	2,79	2,55	2,3
Työeläkevakuutus (4)	14,40	15,50	15,60	16,60	16,80	16,70	16,80	16,80	16,80	16,6
Kuntien eläkevakuutus	19,10	17,20	18,90	20,30	21,00	20,80	21,10	21,40	21,70	22,0
<b>VAKUUTETUT</b>										
<b>Palkansaajat</b>	<b>5,25</b>	<b>6,90</b>	<b>8,32</b>	<b>8,32</b>	<b>7,70</b>	<b>7,90</b>	<b>7,60</b>	<b>7,55</b>	<b>7,20</b>	<b>6,9</b>
kansaneläkevakuutus	3,05	1,80	1,55	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
sairausvakuutus (5)	2,20	1,90	1,90	1,90	1,90	1,90	1,50	1,50	1,50	1,5
työttömyysvakuutus	0,00	0,20	1,87	1,87	1,50	1,50	1,40	1,35	1,00	0,7
työeläkevakuutus	0,00	3,00	3,00	4,00	4,30	4,50	4,70	4,70	4,70	4,5
<b>Eläkeläiset (eläketulosta)</b>	<b>5,25</b>	<b>6,70</b>	<b>7,45</b>	<b>6,45</b>	<b>4,90</b>	<b>4,90</b>	<b>4,20</b>	<b>3,90</b>	<b>3,20</b>	<b>3,2</b>
kansaneläkevakuutus	3,05	2,80	2,55	1,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
sairausvakuutus (5)	2,20	3,90	4,90	4,90	4,90	4,90	4,20	3,90	3,20	2,7

<sup>1)</sup> Vuosikeskiarvoina. Työnantajien maksut sekä vakuutettujen työttömyys- ja työeläkemaksut prosentteina palkoista. Vakuutettujen kansaneläke- ja sairausvakuutusmaksut penniä veroäyriiltä.

<sup>2)</sup> Eri maksuluokkien palkkasummilla painotettu keskiarvo.

<sup>3)</sup> Palkkasumman mukaan porrastettu työnantajan työttömyysvakuutusmaksu otettiin käyttöön kesken vuotta vuonna 1993. Maksu oli 3,75 % palkoista, jos vuotuinen palkkasumma jäi alle 1 milj. markan ja jos palkkasumma oli tätä suurempi, niin maksu oli 6 % koko palkkasummasta. Vuosien 1994-1999 maksut ovat seuraavat:

- Vuonna 1994 maksu oli 3 % palkkasumman ensimmäisen miljoonan osalta, muuten 6,3 %.
- Vuonna 1995 maksu oli 2 % palkkasumman ensimmäisen 5 miljoonan osalta, muuten 6,1 %
- Vuosina 1996-97 maksu oli 1 % palkkasumman ensimmäisen 5 miljoonan osalta, muuten 4 %
- Vuonna 1998 maksu oli 0,9 % palkkasumman ensimmäisen 5 miljoonan osalta, muuten 3,9 %
- Vuonna 1999 maksu oli 0,9 % palkkasumman ensimmäisen 5 miljoonan osalta, muuten 3,85 %
- Vuonna 2000 maksu oli 0,9 % palkkasumman ensimmäisen 5 miljoonan osalta, muuten 3,45 %
- Vuonna 2001 maksu on 0,8 % palkkasumman ensimmäisen 5 miljoonan osalta, muuten 3,1 %

<sup>4)</sup> TEL-maksu

<sup>5)</sup> Taulukon maksuprosentti 80 000 äyriin saakka. Tämän ylittävältä tulon osalta peritään korotettua maksua, jotka ovat vv. 1992-98 seuraavat:

1,5 % /1992-93, 1,9 %/1994-95, 1,45 %/1996 ja 0,45 %/1997-98. Korotettu maksu poistui vuoden 1999 alusta.