

Hälsa, trygghet och jämställdhet

Översikt 2007–2010



SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

Social- och hälsovårdsminister

Liisa Hyssälä

Statssekreterare **Terttu Savolainen**

Omsorgsminister

Paula Risikko

Statssekreterare **Ilkka Oksala**

Kanslichef **Kari Välimäki**

Jämställdhetsminister **Stefan Wallin**



Utvecklingsdirektör

Klaus Halla

Stabsenheten bistår vid verkställigheten av ärenden som kanslichefen ansvarar för.



Direktör för internationella ärenden **Liisa Ollila**
Enheten för internationella frågor samordnar förvaltningsområdets internationella ärenden.



Informations- och kommunikationsdirektör
Eva Larjoma
Enheten för information och kommunikation samordnar ministeriets kommunikation, arbetet med intressenter och ministeriets publikationsverksamhet.



Medicinalråd

Jouko Söder

Beredskapsenheten svarar för samordnandet av beredskapsärenden.

ÖVERDIREKTÖR



Jaana Koski

Administrativa avdelningen ansvarar för den allmänna förvaltningen av ministeriet och för personalpolitiken.
Jämställdhetsombudsmannen Pirkko Mäkinen övervakar att jämställdhetslagen iakttas.



Aino-Inkeri Hansson
Avdelningen för främjande av välfärd och hälsa främjar det sociala välbefinnandet, förebygger sjukdomar, stöder människors delaktighet, tryggar barns och ungas välbefinnande, svarar för ärenden som gäller utkomststöd och bostadsbidrag, handhar missbruksfrågor, miljöhälsovård samt frågor som gäller statsandelar för social- och hälsovård samt planeringen av dem.
Barnombudsmannen Maria Kaisa Aula arbetar för barnens bästa och rättigheter.



Päivi Sillanauke
Avdelningen för social- och hälsovårdstjänster ansvarar för att servicesystemet för social- och hälsovården fungerar samt sköter ärenden som hänför sig till vård- och omsorgspersonalen, tjänster för olika befolkningsgrupper, familjepolitiska stödformer, läkemedelsförsörjningen, social- och hälsovårdens IT-administration, militärskadelagstiftningen samt lagstiftningen som gäller klientens och patientens ställning.



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



Raimo Ikonen
Ekonomi- och planeringsavdelningen

samordnar planeringen och uppföljningen, sammanställer ram- och budgetförslag, samordnar forskning och utveckling samt har hand om betalningarna och bokföringen. Avdelningen utvecklar också resultatstyrningen och ansvarar för att regeringens jämställdhetspolitik genomförs.

Hälsa och trygghet för alla.



Tarmo Pukkila

Försäkringsavdelningen leder och styr försäkringspolitiken samt utvecklar socialförsäkringslagstiftningen och den övriga försäkringslagstiftningen.
Läkemedelsprismånden i anslutning till ministeriet fastställer partipriset på läkemedel och vilka preparat som ska omfattas av specialersättning.

Det finns två ministrar vid social- och hälsovårdsministeriet, social- och hälsovårdsministern och omsorgsministern. Dessutom svarar kulturminister Stefan Wallin för jämställdhetsärenden. Ministrarna styr den politiska beredningen. De bistås av statssekreterarna och specialmedarbetarna samt, under kanslichefens ledning, av hela ministeriets organisation som avbildas på insidan av omslaget.



Social- och hälsovårdsminister

Liisa Hyssälä

”En sporrande och rättvis social trygghet för alla ger möjligheter och fungerar som en språngbräda till samhället och förvärvslivet.”



Statssekreterare

Terttu Savolainen

Omsorgsminister
Paula Risikko

”Väl fungerande tjänster med god genomslagskraft kan endast åstadkommas med en optimal arbetsfördelning och omsorg om de anställdas välbefinnande.”



Statssekreterare
Ilkka Oksala



Jämställdhetsminister
Stefan Wallin

”Jämställdheten angår oss alla. Män och kvinnor ska ha samma rättigheter på alla livets områden.”



Hälsa, trygghet och jämställdhet

Förord.....	5
Den finländska modellen.....	6
Social- och hälsovårdsministeriet ökar välfärden.....	6
Strategiska val som stöd för arbetet.....	6
Arbetet utförs tillsammans med förvaltningsområdet.....	7
Grundläggande drag hos den sociala tryggheten i Finland.....	7
Jämställdhet och trygghet i arbetslivet.....	7
Europeiska unionen och internationella organisationer som omvärld.....	8
Finländarnas hälsa och sociala välfärd i statistisk belysning.....	8
Välfärden i går, i dag och i morgon.....	11
För finländarnas hälsa och funktionsförmåga.....	12
Servicereform genom ett omfattande utvecklingsprojekt.....	13
Välbefinnande i arbetslivet.....	15
Minskad fattigdom och utslagning.....	17
Stöd för barnfamiljernas välfärd.....	18
Jämställdhet genom handlingsprogram.....	19
Med blicken mot framtiden.....	20

Förord

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

Social trygghet för alla och utbyggda välfärdstjänster utgör en viktig del av det finländska välfärdssamhället. Alla som är bosatta i Finland är berättigade till social trygghet och social- och hälsovårdstjänster. Systemet omfattar hela landet, och varje år tar nästan alla medborgare del av åtminstone någon av de förmåner eller tjänster som hör till social- och hälsovårdsministeriets ansvarsområde.

Social- och hälsovårdsministeriet har lång erfarenhet av att planera och styra den sociala tryggheten. Vi vill stärka människornas arbets- och funktionsförmåga och stödja möjligheterna att fortsätta i arbetslivet samt säkerställa välfungerande social- och hälsovårdstjänster. Vi vill minska fattigdom, förebygga marginalisering samt garantera alla en rimlig utkomst. Vi har satsat allt mer på att stärka en sådan politik som förebygger och minskar problem och risker.

Social- och hälsopolitikens betydelse som bas för ett enat samhälle är allmänt erkänd. Finländarna är relativt nöjda med sin välfärdsstat. Socialförsäkringssystemet har reviderats men detta arbete måste fortsätta. Social- och hälso-tjänsterna och utkomstskyddet ska utvecklas i takt med samhällets allmänna förändringar. Våra utmaningar är befolkningens stigande medelålder, den ekonomiska utvecklingen och utvecklingen av sysselsättningsläget, finansieringen av och tillgången på social- och hälsovårdstjänster samt den regionala utvecklingen. Den nationella verksamheten påverkas allt mer av den globala ekonomin, Europeiska unionen och internationella avtal.

Denna publikation ger en koncis överblick över omfattningen av social- och hälsovårdsministeriets verksamhet, våra tyngdpunktsområden samt hur dessa ärenden drivs i Finland.



”En effektiv och ekonomisk offentlig sektor är den bästa garantin för ett rättvist och jämställt samhälle”.

Kanslichef
Kari Välimäki

Den finländska MODELLEN

Social- och hälsovårdsministeriet ökar välfärden

En utveckling av välfärdssamhället och ekonomisk tillväxt förutsätter att arbetstagarna mår bra och är arbetsföra och att så många som möjligt är yrkesverksamma.

Social- och hälsovårdsministeriet arbetar för att alla ska ha samma möjligheter till hälsa och social trygghet. Ministeriet främjar jämställdheten mellan män och kvinnor. Hela förvaltningsområdet arbetar för god hälsa och funktionsförmåga hos befolkningen och en sund arbets- och livsmiljö för alla samt garanterar tillräckliga social- och hälsovårdstjänster och en rimlig utkomst under olika skeden i livet.

Social- och hälsovårdsministeriets riktlinjer på lång sikt, *Strategier för social- och hälsovårdspolitik 2015*, styr arbetet för finländarnas välfärd.

Strategiska val som stöd för arbetet

De ärenden som hör till social- och hälsovårdsministeriets ansvarsområde är strukturerade enligt fyra strategiska riktlinjer som bildar var sin helhet. Dessa är:

- främja hälsa och funktionsförmåga
- göra arbetslivet mera attraktivt
- minska fattigdom och utslagning
- trygga en fungerande service och ett skäligt utkomstskydd

Insatserna för att stärka jämställdheten och barnfamiljernas välfärd utgör en väsentlig del av vår verksamhet.

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

Social- och hälsovårdsministeriets viktigaste uppgifter är att bereda och verkställa lagsiftning, styra förvaltningsområdets verksamhet och bedriva internationellt samarbete. I egenskap av statsrådets stab svarar ministeriet såväl för verksamhets- och ekonomiplaneringen som uppföljningen och rapporteringen. Det praktiska arbetet fördelas på olika slags projekt och omfattande program.

Bland de viktigaste utvecklingsprogrammen under de senaste åren kan nämnas det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet, utvecklingsprogrammet för det sociala området, alkoholprogrammet, folkhälsoprogrammet Hälsa för alla 2015, regeringens jämställdhetsprogram samt Veto-programmet för ett attraktivare arbetsliv. Nya projekt är det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE), politikpro-

grammet för hälsofrämjande, totalreformen av den sociala tryggheten, reformen av servicestrukturen (PARAS-projektet), projektet för förebyggande av depression (MASTO), likalönsprogrammet samt ett antal andra omfattande reformer.

Arbetet utförs tillsammans med förvaltningsområdet

Social- och hälsovårdsministeriet och dess förvaltningsområde har gemensamma mål. Inrättningarna genomför för sin del SHM:s samhälleliga mål och deltar i de projekt som ingår i regeringsprogrammet. Ministeriet ingår resultatavtal med ämbetsverken och inrättningarna inom sitt förvaltningsområde. I avtalen fastställs målen för en fyraårsperiod. Genomförandet av resultatavtalen utvärderas och målen ses över varje år.

Tillgången till och kvaliteten på social- och hälsovårdstjänster samt arbetslivskvaliteten förbättras genom många övergripande program. Under de senaste åren har SHM:s förvaltningsområde betonat rationalisering, produktivitet och kostnadseffektivitet. När produktiviteten ökar tryggas möjligheten till en effektiv användning av samhällsresurserna under kommande år då befolkningens medelålder stiger och arbetskraften minskar.

Social- och hälsovårdsministeriets och förvaltningsområdets organisationsstrukturer förnyas. Ändringarna genomförs under åren 2008–2009. Omorganiseringen gäller flera ämbetsverk och inrättningar. Målet är att effektivisera verksamheten och bättre än hittills reagera på förändringarna i omvärlden.

Grundläggande drag hos den sociala tryggheten i Finland

Den sociala tryggheten i Finland är av universell karaktär. Vi har alla allmän och lika rätt till sociala förmåner samt social- och hälsovårdstjänster. Alla invånare har också möjlighet till pensionsskydd, sjuk- och föräldraförmåner samt arbetslöshetsförmåner. Dessutom har alla arbetstagare rätt att få förmåner som baserar sig på förvärvsarbete, till exempel arbetspension och förmåner vid olycksfall i arbetet.

De centrala delarna av den sociala tryggheten i Finland är att förebygga risker, erbjuda social- och hälsovårdstjänster samt garantera utkomstskydd. Människornas utkomst i olika livssituationer tryggas genom ett landsomfattande servicesystem och sociala inkomstöverföringar. Ansvaret för att organisera social- och hälsovården ligger hos kommunerna.

Trots att systemet är lagstadgat sköter privata försäkringsbolag en stor del av social-

försäkringen. De sociala utgifterna finansieras i huvudsak av arbetsgivarna, de försäkrade själva, staten och kommunerna.

Systemet stöder social sammanhållning, rättvisa och jämlikhet. Inkomstöverföringarna har effektivt jämnat ut inkomstfördelningen och fattigdomsgraden är bland de lägsta i EU-länderna. Alla barn under skolåldern har rätt till kommunal dagvård, vilket har gjort det möjligt för småbarnsmammorna att delta i arbetslivet.

Målet för främjande av hälsa och välfärd är att minska olika risker och problem och att stödja medborgarnas välfärd. Människor uppmuntras att värna om sin hälsa och minska konsumtionen av tobak och alkohol. Problem och risker förebyggs också genom miljöhälsovård, primärvård, arbetarskydd, företagshälsovård samt mödra- och barnrådgivning. Målet är att aktivt förebygga fattigdom och utslagning redan på förhand.

Jämställdhet och trygghet i arbetslivet

Jämställdhetsarbetet har långa traditioner i Finland. Jämställdheten mellan kvinnor och män är en grundläggande fri- och rättighet som också är inskriven i vår grundlag. Syftet med jämställdhetslagen är att förhindra diskriminering på grund av kön och främja jämställdheten.

Regeringen har förbundit sig att främja jämställdheten genom ett separat jämställdhetsprogram. Programmet syftar till att garantera kvinnor och män lika möjligheter i synnerhet i arbetslivet och att underlätta samordningen av arbete och familj.

Ambitionen är att öka antalet kvinnor inom det ekonomiska och politiska beslutsfattandet och att främja jämställdhet inom den regionala utvecklingen och det internationella samarbetet. Arbetet mot kvinnovåld och arbetsmarknadens segregation efter kön är fortfarande aktuella.

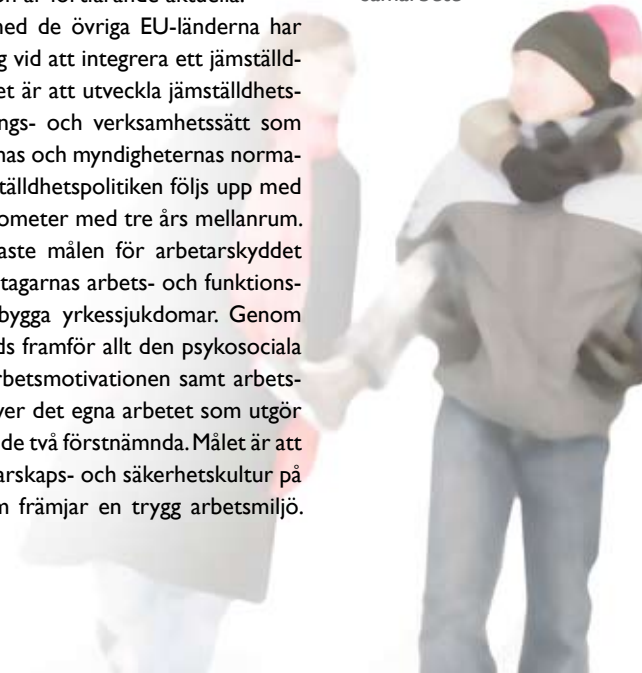
I likhet med de övriga EU-länderna har Finland förbundit sig vid att integrera ett jämställdhetsperspektiv. Målet är att utveckla jämställdhetsfrämjande förvaltnings- och verksamhetsätt som ett led i ministeriernas och myndigheternas normala verksamhet. Jämställdhetspolitiken följs upp med en jämställdhetsbarometer med tre års mellanrum.

De viktigaste målen för arbetarskyddet är att bevara arbetstagarnas arbets- och funktionsförmåga samt förebygga yrkessjukdomar. Genom arbetarskyddet stöds framför allt den psykosociala arbetsmiljön och arbetsmotivationen samt arbetstagarnas kontroll över det egna arbetet som utgör en förutsättning för de två förstnämnda. Målet är att främja en sådan ledarskaps- och säkerhetskultur på arbetsplatserna som främjar en trygg arbetsmiljö.



Social- och hälsovårdsministeriet har följande ansvarsområden:

- social- och hälso-politiken
- främjande av välfärd och hälsa
- miljöhälsovård
- social- och hälsovårdstjänster
- socialförsäkringen (pensions-, sjuk- och arbetslöshetsförsäkring)
- utvecklandet av privata försäkringen
- arbetarskydd
- främjande av jämställdhet
- samordningen av forskning och utveckling inom förvaltningsområdet
- internationellt samarbete



Arbetskyddsförvaltningen stöder arbetstagarnas möjligheter att bidra till en god fysisk och psykosocial arbetsmiljö. Arbetskyddsförvaltningen utreder bland annat de ekonomiska konsekvenserna av arbetsförhållanden och utvecklar ekonomiska drivfjädrar (incitament) och styrmetoder som främjar en god arbetsmiljö. För att driva dessa frågor har man bland annat grundat nätverket Forum för arbetshälsa.

Europeiska unionen och internationella organisationer som omvärld

Social- och hälsovårdsministeriet har ett omfattande internationellt, multilateralt och bilateralt samarbete med organisationer, sammanslutningar och intressenter på regeringsnivå. Europeiska unionen har lagstiftningskompetens som delvis också är direkt bindande för medlemsstaterna. Finland har hört till den ekonomiska monetära unionen (EMU) och den reviderade stabilitets- och tillväxtpakten sedan den grundades. EMU har stabiliserat ekonomin och sänkt den tidigare rätt höga och instabila räntenivån i Finland. Det tryck som följer av den förändrade befolkningsstrukturen, strukturuomvandlingen på arbetsmarknaden och globaliseringen förutsätter en stark ekonomi för att man ska kunna rusta sig för de växande socialutgifterna.

EU:s främsta mål är att främja rörligheten av människor, varor, tjänster och kapital. Social- och hälsovårdsministeriet är med och utvecklar unionens politik så att nationellt fungerande system kan sammanjämkas med den fria rörligheten. På allt flera politikområden finns det en allt större växelverkan mellan den inre marknaden och social- och hälsopolitiken.

Genom Lissabonavtalet, det nya EU-fördraget, sammanförs Europeiska gemenskapen och Europeiska unionen till en och samma juridiska person. Avtalet förenklar unionens lagstiftningsarbete när ärendena i regel kommer att behandlas genom sedvanligt lagstiftningsförfarande. Inom socialpolitiken kommer unionen i stort sett att ha samma behörighet som hittills. Inom koordineringen av den sociala tryggheten övergår man till beslut enligt kvalificerad majoritet och avtalet innehåller en ny juridisk grund för reglering av tjänster som rör allmänna ekonomiska intressen. Unionen får större behörighet i hälsofrågor.

Lissabonstrategin – Europeiska unionens tillväxtstrategi under perioden 2000–2010 – har varit ett viktigt instrument inom den ekonomiska politiken, sysselsättningspolitiken och socialpolitiken. Den sociala dimensionen stärks inom EU:s beslutsfattande och verksamhet. Medlemsstaterna samarbetar enligt en öppen samordningsmetod och kommer överens om uppföljningsindikatorer och rapportering samt förmedlar information om god praxis.

Människornas hälsa är en av grundpelarna för ekonomin och sysselsättningen. Inom EU betrak-

tas hälsan i ett bredare perspektiv. Hälsopolitiken täcker den traditionella folkhälsan – främjande av hälsa och förebyggande av sjukdomar – men också många andra områden, såsom hälsojourer, produkter som påverkar hälsan samt miljöhälsovården. EU:s hälsopolitik styrs av EU:s hälsostrategi som fastslogs år 2007 och som gäller åren 2008–2013. Allt oftare tangerar hälsopolitiken andra politikområden och hälsan påverkas av andra politiksektorer.

Jämställdhetspolitiken och –lagstiftningen har en stabil grund och normbas med utgångspunkt i FN och EU. De centrala principerna i internationell lagstiftning är lika lön och integrering av ett jämställdhetsperspektiv.

Finland deltar aktivt i beredningen av EU-lagstiftningen och direktiven som gäller säkerhet i arbetet. Målet är att säkerställa en effektiv och jämlik ratificering av unionens lagstiftning om arbetshälsa och säkerhet i arbetet.

Finland deltar också aktivt i beredningen av den hälsopolitiska verksamheten av FN, WHO, ILO, Europarådet, Nordiska ministerrådet samt andra regionala organisationer på regeringsnivå.

Finländarnas hälsa och sociala välfärd i statistisk belysning

I dagens läge är befolkningen friskare och aktivare än tidigare. Trots det har hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper inte minskat. Traditionella folksjukdomar och dödsfall på grund av olyckor har minskat, men de har ersatts av livsstilssjukdomar, såsom diabetes, astma, allergier och missbruksproblem, samt psykiska störningar. Det finns en stark korrelation mellan utbildningsnivå och hälsa.

Den förväntade livslängden har ökat kontinuerligt och människornas funktionsförmåga har blivit bättre. Arbetsförhållandena har förbättrats och man pensionerar sig en aning senare nu än bara för några år sedan.

Behovet av utkomststöd har minskat och jämställdheten har ökat. Den ekonomiska tillväxten har främjat sysselsättningen. Arbetslöshetsgraden har sjunkit till närmare sex procent. Personer över 55 år stannar kvar i arbetslivet längre än tidigare. Arbetslösheten är till övervägande del strukturell, och de regionala sysselsättningskillnaderna är stora. Långtidsarbetslöshet är en betydande orsak till utslagning.

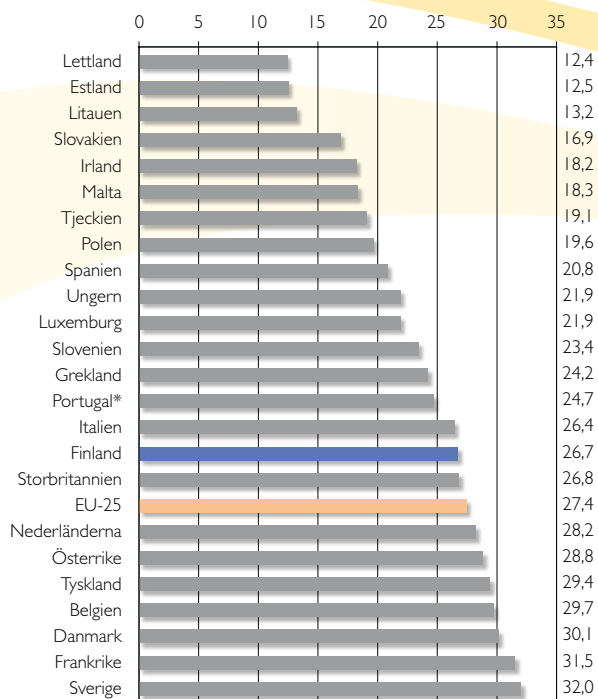
Övervikt håller på att bli ett stort folkhälsoproblem. Det växande alkoholbruket medför ökade alkoholskador och andra hälsorisker. Barn far illa och mår dåligt och antalet invalidpensionstagare är stort. I synnerhet har depression ökat som diagnos vid arbetsförmåga. Allt detta ökar risken för utslagning och bidrar till större hälsoskillnader mellan befolkningsgrupper.



Socialutgifternas BNF-andel har vuxit i jämn takt i nästan alla EU-länder. I Finland ligger de på EU-genomsnittet.

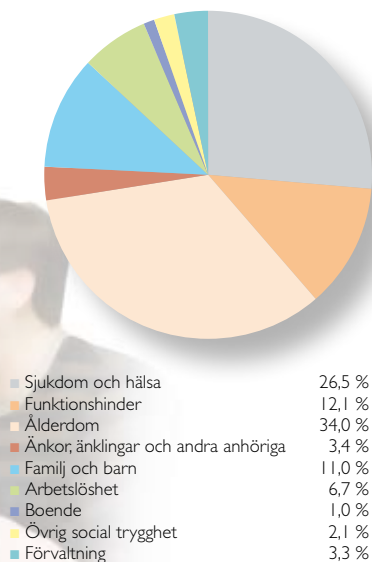
År 2008 beräknas socialutgifterna uppgå till 47 miljarder euro varav drygt en tredjedel finansieras via statsbudgeten. Socialutgifternas andel av bruttonationalprodukten är 25 procent. Socialutgifterna består till största delen av pensioner, kommunala social- och hälsovårdstjänster, arbetslöshetsskydd samt sjukförsäkring.

Figur 1. Socialutgifternas andel av BNP i EU-länderna år 2005.



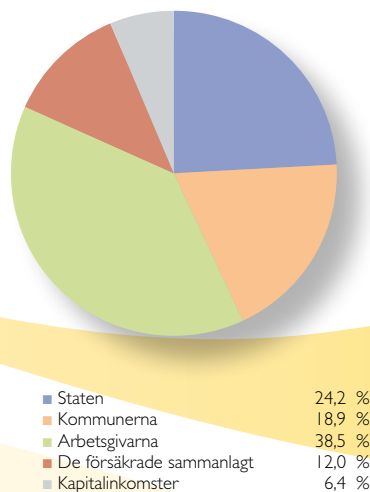
Källa: Eurostat

Figur 2. Socialutgifterna enligt målgrupp år 2008 (procent av samtliga utgifter, 47,0 miljarder euro)



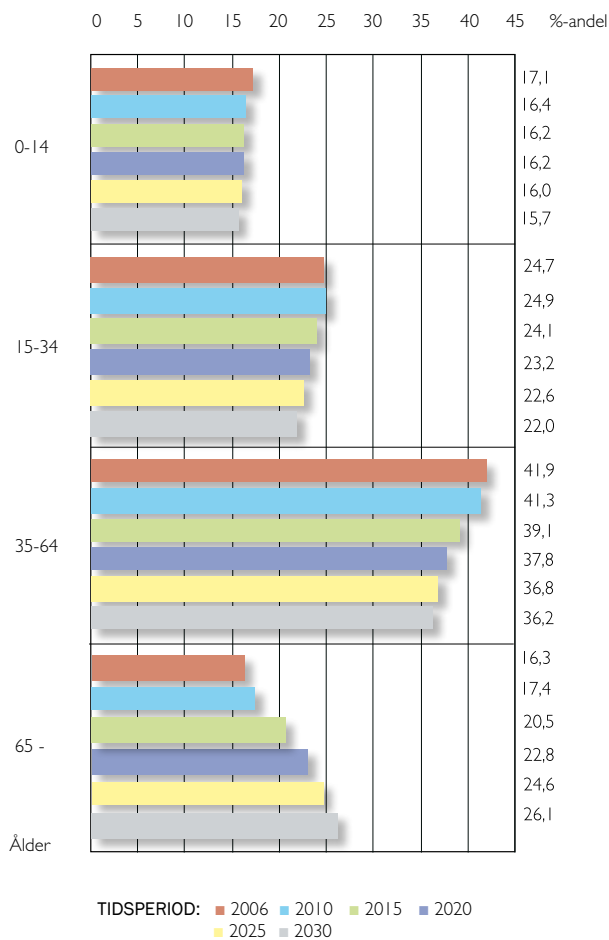
Källa: SHM

Figur 3. Totalfinansieringen av social trygghet i Finland år 2008.



Källa: SHM

Figur 4. Utveckl. av befolkningsstrukturen, olika åldersgruppers andel, %



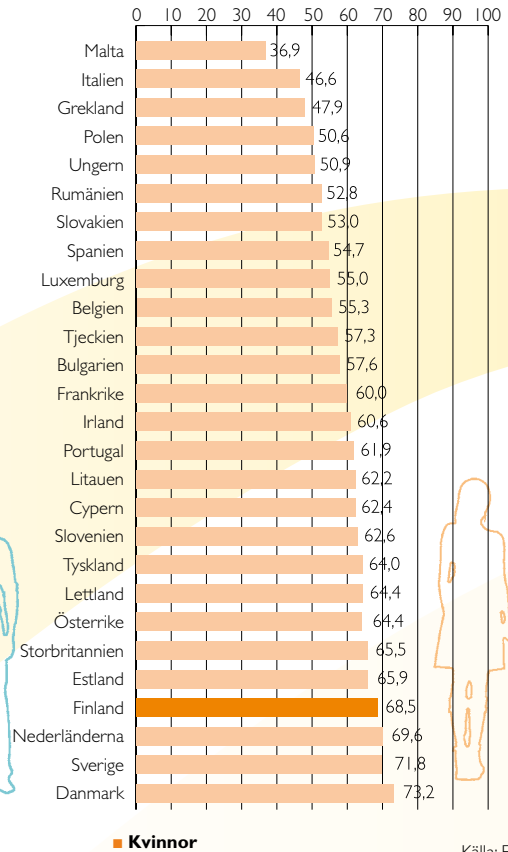
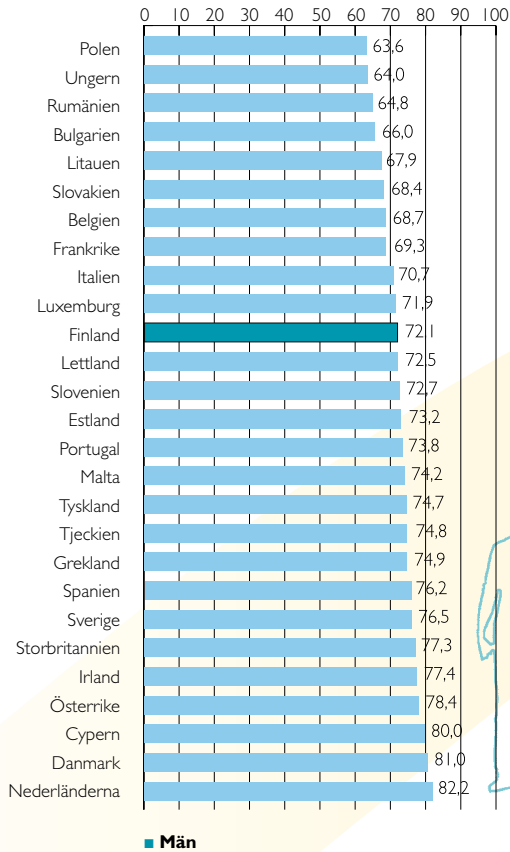
TIDSPERIOD: 2006 2010 2015 2020 2025 2030

Källa: Statistikcentralen

Figur 5.
Sysselsättningsgraden i EU-länderna år 2007

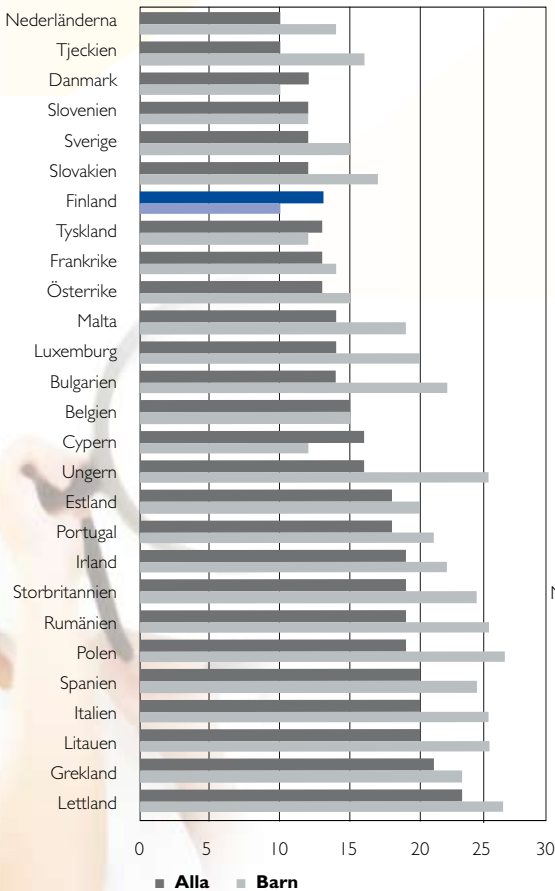


Den totala fertiliteten beskriver nativiteten. Den har ökat något under de senaste åren och är högre än medelvärdet för EU-länderna.

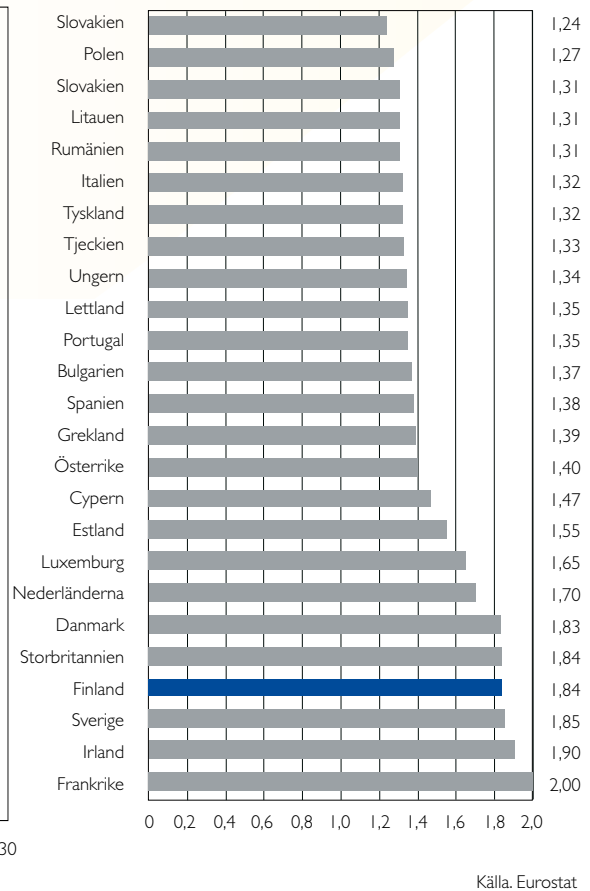


Källa: Eurostat

Figur 6.
Fattighetsgraden i EU-länderna år 2006.



Figur 7.
Den totala fertiliteten i EU-länderna år 2006.



Källa: Eurostat

Välfärden

I GÅR, I DAG OCH I MORGON



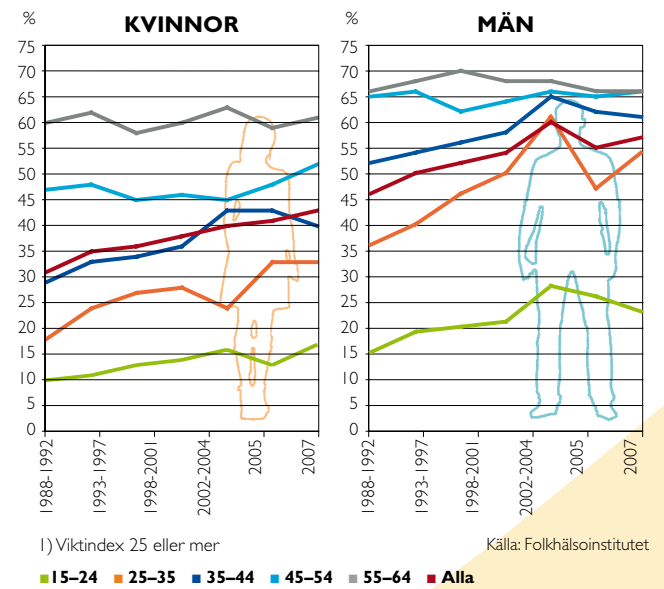
För finländarnas hälsa och funktionsförmåga

Målet är att minska skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper, att minska den olycks- och våldsrelaterade dödligheten bland unga män och att minska alkoholens skadliga verkningar på folkhälsan. Likaså eftersträvas en förhöjd arbets- och funktionsförmåga hos dem som är i arbetsför ålder, bättre funktionsförmåga för dem som är över 75 år, bättre möjligheter för äldre att bo och klara sig hemma samt växande möjligheter för handikappade att delta i arbetslivet.

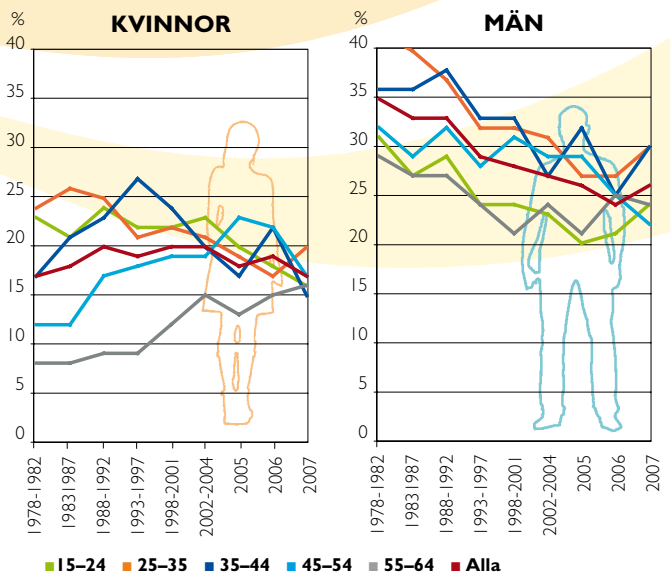
Befolkningens livslängd har ökat och likaså antalet år med kvarvarande funktionsförmåga. När det gäller den förväntade livslängden är skillnaden mellan män och kvinnor för närvarande sju år. Internationellt sett är det en stor skillnad. Finländarnas funktionsförmåga och hälsa har i huvudsak haft en positiv utveckling i samtliga åldersklasser. De socioekonomiska hälsoskillnaderna är oförändrade eller har till och med stigit något. Befolkningens hälsa och livskvalitet försämras av övervikt, tobaksrökning, ökad alkoholkonsumtion och bristande motion.

Inom *alkoholpolitiken* har förändringarna varit stora under de senaste åren. Importrestriktionerna för alkohol slopades år 2004 och beskattningen lindrades. Samma år ökade den totala alkoholkonsumtionen till cirka 11 liter per invånare. År 2007 ökade konsumtionen fortfarande, likaså skadorna. Den mest dramatiska ökningen gäller alkoholrelaterade dödsfall. I början av 2008 höjdes alkoholskatten. Användningen av narkotika och narkotikarelaterade skador har legat på samma nivå under hela 2000-talet. Självordsfrekvensen har traditionellt varit hög men enligt en långtidsuppföljning har man åstadkommit en sänkning i deras antal.

Figur 8.
Andelen överviktiga enligt åldersgrupp under perioden 1988–2007.



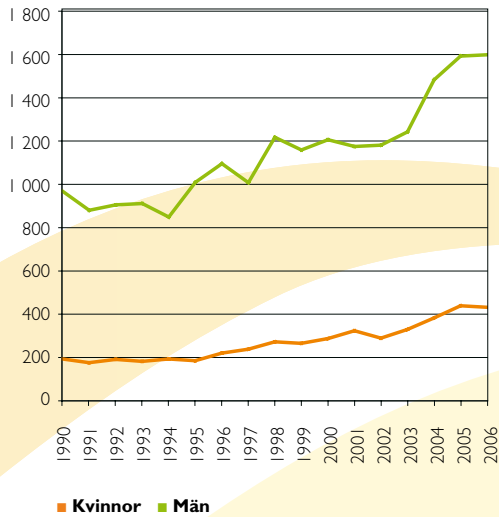
Figur 9.
Andelen rökare enligt åldersgrupp under perioden 1978–2007.



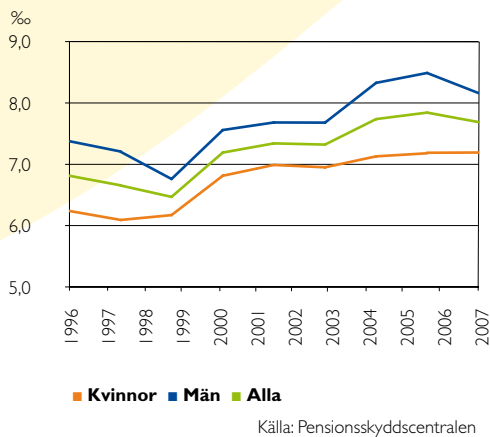
Övervikt är ett folkhälsoproblem som tagits på allvar.

Andelen rökare är låg internationellt sett.

Figur 10.
Alkoholrelaterade dödsfall 1990–2006.



Figur 11.
**35–54-åringarnas övergång till
invalidpension under perioden 1996–2007.**



Hälsan och arbetsförmågan bland personer i arbetsför ålder har ökat. Dödligheten till följd av kranskärls- och cancersjukdomar har minskat betydligt. Rökning bland män har minskat i jämn takt, men i yngre åldersklasser blev rökning vanligare från år 2007. Kvinnors rökning är mer eller mindre oförändrad.

Skilnaderna enligt utbildningsnivå är fortfarande stora och bland kvinnor har de till och med ökat. Övervikt har blivit vanligare hos hela befolkningen, i synnerhet bland unga och unga vuxna. De äldres funktionsförmåga har blivit bättre under de senaste åren. Andelen hemmaboende äldre har förblivit oförändrad. Psykiska problem, i synnerhet depression, har blivit vanligare och är nu den största orsaken till arbetsoförmåga.

Politikprogrammet för hälsofrämjande startade år 2007. Det är ett av regeringens tre politikprogram som gäller perioden 2007–2011. *Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015* som pågått i flera år integrerades med politikprogrammet. Tyngdpunkten ligger på minskning av hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper samt hälsofrämjande samarbete mellan förvaltningsområdena. Tillsammans med kommunerna utformas handlingsmodeller för bättre hälsa. Den äldre befolkningen uppmuntras till motion och hela befolkningen till rökfrihet, måttligt alkoholbruk och sunda kostvanor.

Mångåriga och omfattande åtgärdsprogram har bedrivits i syfte att minska de alkohol- och narkotikarelaterade skadorna. Dessa har genomförts enligt principen för partnerskap där kommuner, organisationer, kyrkor samt organisationer från den statliga central- och regionalförvaltningen arbetar tillsammans. Det separata narkotikapolitiska programmet betonar vikten av att erbjuda narkotikamisbrukare tillräcklig och adekvat vård.

Under de senaste åren har det blivit allt viktigare att bekämpa smittsamma sjukdomar, särskilt på grund av risken för pandemier dvs. världsomfattande epidemier. Ett omfattande internationellt samarbete ger beredskap för bekämpning av sjukdomar.

Servicereform genom ett omfattande utvecklingsprojekt

För att människor ska må bra gäller det att säkerställa välfungerande social- och hälsovårdstjänster och skälig utkomst. Därför förbättras tillgången till och kvaliteten på social- och hälsovårdstjänsterna. Strukturerna för att ordna tjänster läggs om och det regionala samarbetet stärks. Reformen styrs av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE) för åren 2008–2011. Genom programmet genomförs önskade ändringar i samarbete med intressenter och aktörer på fältet, särskilt kommuner. Målet är en tryggad personalförsörjning och tillgång till social- och hälsovårdstjänster på både finska och svenska. En hållbar finansiering av tjänsterna och socialförsäkringen säkerställs.

Enligt kvalitetsbarometern för de offentliga tjänsterna har medborgarna varit nöjda med den offentliga barndagvården. Hälso- och sjukvården får en aning sämre betyg. Vid internationella undersökningar har finländarnas betyg för hälso- och sjukvårdstjänsterna hållit sig på en god nivå i jämförelse med de övriga länderna inom Europeiska unionen.

År 2007 hade den kommunala social- och hälsovården sammanlagt cirka 252 000 arbetstagare varav 45 procent inom socialvården och 55 procent inom hälso- och sjukvården.



Den alkoholrelaterade dödligheten har ökat dramatiskt.

Tryggad tillgång till vård – även icke-brådskande vård inom utsatt tid

Det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet genomfördes under perioden 2003–2007. Syftet var att garantera tillgång till vård, satsa på förebyggande vård, tydligare arbetsfördelning inom den specialiserade sjukvården, samarbete inom sjukvårdsdistrikten och behovet av att organisera primärvården i större enheter än för närvarande.

Inom programmet bereddes en reform som förbättrade tillgången till icke-brådskande vård och som trädde i kraft år 2005. För att trygga vården utarbetades enhetliga kriterier för icke-brådskande vård. Tidsfristerna har skapat klarhet i kommunernas och sjukvårdsdistriktens verksamhet och servicen har blivit bättre.

Vårdköerna som varit längre än ett halvt år blev betydligt kortare, men än så länge finns det köer kvar. Hösten 2002 hade 66 000 personer väntat på vård i längre än sex månader medan siffran i december 2007 var under 10 000. Situationen förvärrades på hösten 2007 av vårdpersonalens hotande arbetskonnflikt. Möjligheten att få mun- och tandvård försämras av den allt svårare bristen på tandläkare. Betydliga regionala skillnader förekommer i tillgången till vård.

Problemen i *hälsovårdscentralernas* verksamhet har utretts och lösningar har sökts för att avhjälpa dem. Särskild vikt fästs vid att stärka det regionala samarbetet. Målet är också att effektivisera laboratorieundersökningar och diagnostisk utbildning samt att i högre grad än hittills utnyttja informationsteknologi. I bruktagandet av ny teknologi har främjats genom ett flertal utvecklingsprojekt inom social- och sjukvården.

Våren 2005 inledde regeringen ett omfattande projekt för en *kommun- och servicestrukturereform* (PARAS-projektet) och ramlagen som gäller reformen trädde i kraft i februari 2007. Genom PARAS-reformen breddas befolkningsunderlaget för social- och hälsovården så att kommuner slås samman och större upptagningsområden bildas. För specialomsorger

bildas samkommuner för social- och hälsovårdstjänster som har stora befolkningsunderlag och som alla kommuner ska ansluta sig till. I projektet framhåller social- och hälsovårdsministeriet en obruten kedja av vård och omsorg för klienten samt en nära samverkan mellan socialvården och hälsovården. Åtgärder som vidtas inom ramen för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE) stöder beredningsarbetet i kommuner och samkommuner.

I fortsättningen kommer folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård att sammanslås till en enda lag som bildar den juridiska ramen för hälso- och sjukvårdstjänsterna. Denna reform liksom även PARAS-projektet kommer att innebära ändringar i socialvårdslagstiftningen. Tidpunkten för ikraftträdandet avgörs under beredningsarbetets gång.

Läkarkåren i Finland är i dag större än någonsin och antalet klienter per läkare är lägre än förut. År 2007 var antalet läkare cirka 16 200 och antalet tandläkare 4 400. En del läkartjänster är vakanta, vilket har orsakat problem i synnerhet på mindre orter. Det råder också brist på tandläkare. I internationella jämförelser är vårt läkarantal emellertid stort.

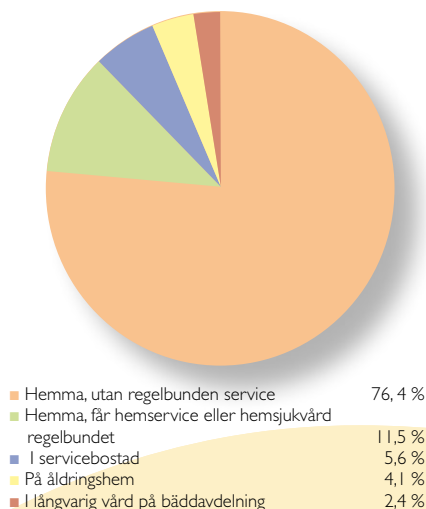
Som bäst pågår arbetet för att åstadkomma ett rikstäckande datasystem för centralisering och arkivering av elektroniska journal- och klienthandlingar. Det elektroniska receptet kommer att tas i bruk under år 2008. Även inom socialvården pågår beredningen av nationellt enhetliga klientdatasystem. De bidrar till ökad effektivitet och en bättre hantering av klientkedjor.

Välfungerande socialservice

Utvecklingsprojektet för det sociala området genomfördes under perioden 2003–2007. Den fortsatta utvecklingen av socialvården ingår i det *nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården* (KASTE 2008–2011). Huvudmålet för programmet är att öka kommuninvånarnas delaktighet och minska utslagning, öka befolkningens livskvalitet och hälsa och samtidigt minska hälsoskillnaderna. Projektet arbetar också för bättre tillgång till och kvalitet på tjänsterna, större genomslagskraft och en minskning av de regionala skillnaderna.

Målet vad gäller äldre och handikappade är att skapa så hemliknande boendeförhållanden som möjligt. Allt flera erbjuds en service- eller stödbostad. Möjligheterna att bo hemma underlättas med hjälp av hemservice, hemsjukvård och närstående vård. Dessa principer ingår i publikationen *Kvalitetsrekommendationer om tjänster för äldre* som utgavs tillsammans av social- och hälsovårdsministeriets och Finlands Kommunförbund. Rekommendationen utgavs i februari 2008. Möjligheterna för gravt handikappade att delta i samhällslivet har underlättats genom utökade färd- och tolktjänster samt personliga assistenter.

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



Källa: Stakes

Social- och hälsovårdsutgifternas andel av kommunernas totala utgifter har ökat varje år. Andelen är i genomsnitt 50 procent. Ur statsbudgeten får kommunerna statsandelar för social- och hälsovården, vilka kalkylmässigt täcker nästan en tredjedel av utgifterna. Andelen har tydligt ökat under de senaste åren. Antalet personer och hushåll som fick utkomststöd minskade ytterligare år 2007 men är fortfarande högt; nästan 7 procent av befolkningen.

En totalreform av den sociala tryggheten under beredning

Våren 2007 startade regeringen ett omfattande projekt för en reform av den sociala tryggheten (s.k. SATA-kommittén). Kommittén arbetar på bred bas och bereder förslagen till ändringar före utgången av 2009. Brådskande reformförslag ges till riksdagen hösten 2008. Målet för reformen av den sociala tryggheten är att göra den mera sporrande, förbättra situationen för dem som har de lägsta inkomsterna samt att förnya administrationen av de sociala förmånssystemen.

Antalet privata läkarbesök samt antalet undersökningar och behandlingar som ersattes av sjukförsäkringen har ökat något under de senaste åren. Ersättningar för behandling som getts av privata tandläkare har ökat eftersom alla sedan december 2002 har varit berättigade till dessa ersättningar.

Finansieringen av sjukförsäkringen lades om i början av 2006. Sjukförsäkringen är indelad i arbetsinkomstförsäkring och sjukvårdsförsäkring. Arbetsinkomstförsäkringen bekostas av arbetsgivarna och arbetstagarna och sjukförsäkringen med försäkringspremier och statsmedel.

Social- och hälsovårdsministeriet har fastställt de viktigaste läkemedelspolitiska målen för det pågående årtiondet. Utgångspunkten är att trygga en god regional läkemedelsförsörjning och upprätthålla läkemedelssäkerheten. För att läkemedelsbehandlingen ska kunna utvecklas gäller det också att sörja för verksamhetsbetingelserna för läkemedelsforskningen. En rationell förskrivning och användning av läkemedel främjas genom långsiktiga åtgärder. År 2003 infördes läkemedelsbyte, det vill säga möjligheten att välja ett förmanligt synonympreparat i stället för det preparat som läkaren förskrivit. Läkemedelsbytet har fungerat bra och medfört årliga besparingar på cirka 90 miljoner euro. Det är viktigt att stävja tillväxten av läkemedelskostnaderna också i den närmaste framtiden. Förvaltningen i fråga om läkemedelsärenden utreds år 2008.

Inom olycksfalls- och trafikförsäkringen har man övergått till ett permanent system med fullt kostnadsansvar. I praktiken innebär detta att sjukvårdskostnaderna för patienter med olycksfalls- eller trafikförsäkring debiteras direkt hos respektive försäkringsanstalt. Samtidigt slopades den temporära avgift som försäkringsbolagen betalat in till Folkpensionsanstalten. Ändringen syftade till att patienterna snabbt skulle få vård och kunna återvända till sitt arbete. Inom den lagstadgade olycksfallsförsäkringen har man övergått till att använda index som är gemensamma med arbetspensionssystemet.

Välbefinnande i arbetslivet

Målet är att arbetsmiljön är trygg och att människorna mår bra i arbetet. Man vill också att företagshälsovården och rehabiliteringsmöjligheterna fungerar bra. I Finland har omfattande åtgärdsprogram bedrivits under det senaste decenniet som syftat till att förlänga tiden i arbetslivet. Veto-programmet som genomfördes på bred bas och som siktade till att höja arbetets och arbetslivets attraktionskraft pågick under perioden 2003–2007. Arbetet fortsätter i Forum för arbetshälsa. Målet är att arbetstagarna år 2010 fortsätter i sitt arbete 2–3 år längre än år 2002, att sjukfrånvaron har minskat med 15 procent, att debuten i arbetslivet sker tidigare än förut, att arbetsolycksfallsfrekvensen och uppkomsten av yrkessjukdomar har minskat med 40 procent och att yrkesskador och -sjukdomar är lindrigare än hittills.

Finlands förberedelser inför befolkningens åldrande fick ett viktigt erkännande när den tyska Bertelsmannstiftelsen år 2006 tilldelade Finland sitt stora utmärkelsepris. Stiftelsen gav priset särskilt till det nationella åldersprogrammet samt VETO-, TYKES, och NOSTE-programmen som fortsatte arbetet. I sin motivering framhöll stiftelsen Finlands förmåga att anpassa sig till föränderliga förhållanden och gav beröm för att Finland i ett tidigt skede reagerat på problemet och det breda samarbete som bedrivits för att övervinna det.



Patienter i behov av brådskande vård tas om hand omedelbart.

Medborgarna ska omedelbart kunna få kontakt med hälsovårdscentralen per telefon under tjänstetid, alltså hälsovårdscentralens öppettid.

Vårdbehovet skall bedömas på hälsovårdscentralen inom tre dagar från det att patienten tagit kontakt. Vårdbehovet kan bedömas i telefon också av någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare.

På basis av remissen som kommit till sjukhuset ska patientens vårdbehov bedömas av läkare inom tre veckor. Om läkaren bedömer att vård behövs på sjukhus ska vården inledas senast inom sex månader.

De allmänna fysiska arbetsförhållandena har blivit bättre. Å andra sidan har minskningen av olycksfall i arbete stannat av och antalet olycksfall i förhållande till arbetstiden har ökat under några års tid. Även antalet dödsfall i arbete har stigit. Likaså har osäkerhets- och riskfaktorer och kraven i arbetslivet ökat. En särskild utmaning är fortfarande den psykosociala belastningen som arbetet medför. Brådskan i arbetet har emellertid minskat och de anställda har bättre möjligheter till utbildning och utveckling än tidigare.

Tabell 1.
Utvecklingen av arbetsförhållandena under perioden 1996–2007.

	1996	2001	2005	2006*	2007*
Frekvensen av arbetsolyckor (per en miljon arbetstimmar)	30	30	32	33	34
Dödsfall på arbetsplatsen	47	44	51	46	46
Dödsfall under arbetsresor	24	42	31	20	16
Ersätta yrkessjukdomar	6 400	5 100	4 350	4 800	5 000

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

Pensionsreformen genomförs

Antalet ålderspensionärer har ökat i takt med att befolkningens medelålder stiger. Däremot finns det klart färre mottagare av olika förtidspensioner än tidigare. Folkpensionens betydelse har minskat gradvis eftersom allt flera av de nya pensionstagarna har hunnit intjäna arbetspension.

Det finländska arbetspensionssystemet genomgick en reform i början av år 2005. Reformen var nödvändig med tanke på en hållbar finansiering

av pensionerna. I framtiden justeras pensionerna med en så kallad livslängdskoefficient så att den ökade livslängden inte automatiskt ökar pensionsutgifterna.

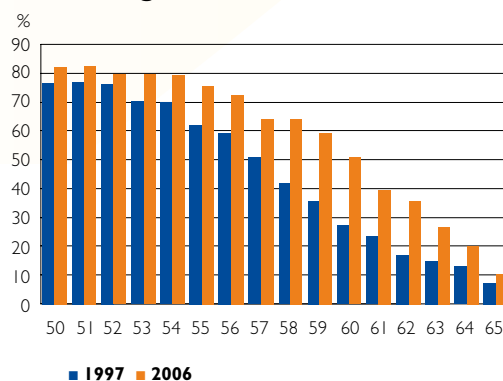
Genom pensionsreformen sporrar äldre personer att fortsätta att arbeta. Man kan gå i pension vid 63 års ålder, men det är möjligt att fortsätta tills man fyllt 68 år. Lönen som utgör grunden för pensionen beräknas utifrån hela arbetskarriären. Pensionsreformen innehåller flera incitament som lockar till fortsatt arbete och stöder en hållbar finansiering av pensionerna. De kommunala och statliga pensionerna reviderades enligt samma princip som tillämpades på den privata sektorn.

Äldre deltar i arbetslivet i större utsträckning än tidigare. Pensioneringen sker nu senare än förut. Faktorer som påverkat situationen är 2005 års pensionsreform, det allmänna ekonomiska läget samt de många insatser som gjorts för att utveckla arbetet och arbetslivet och bevara arbetsförmågan. Attityderna har framgångsrikt kunnat bearbetas så att längre arbetskarriärer, arbete efter uppnådd pensionsålder samt äldre anställda respekteras bättre än förut.

Äldre personer har lättare att hitta anställning än förut eftersom arbetspensionsavgiften inte längre beror på arbetstagarens ålder och eftersom den sista arbetsgivaren inte längre behöver betala en lika stor del av en eventuell invalidpension som tidigare.

Arbetspensionsavgiftens andel av lönerna har varit oförändrad under de två senaste åren och är nu 21,4 procent. Löntagarnas avgift kommer att stiga under de närmaste åren, men inte så mycket som beräkningarna visade före pensionsreformen. Det delvis fonderade arbetspensionssystemet i Finland tryggar en långsiktig finansiering av pensionerna bättre än systemen i många andra länder. Arbetspensionsfondernas andel av bruttonationalprodukten har stigit i jämn takt och var år 2005 redan 66 procent medan den i slutet av 1990-talet var mindre än 50 procent.

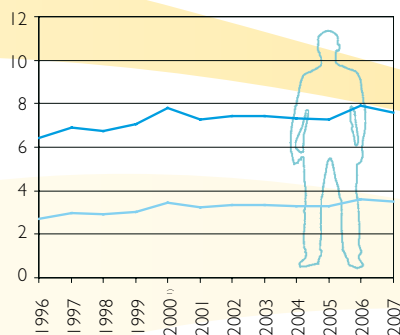
Figur 13. Sysselsättningsgraden bland 50–64-åringar år 1997 och 2006.



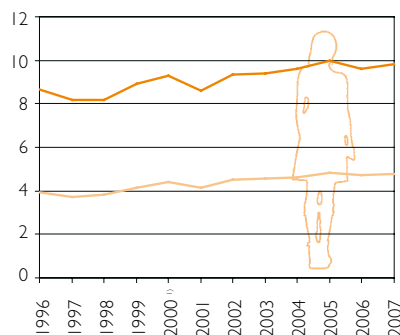
Källa: Pensionskyddscentralen

Antalet sjukfrånvarodagar bland kvinnor ökade något medan männens sjukfrånvaro minskade. De viktigaste orsakerna till sjukfrånvaro var sjukdomar i stöd- och rörelseorganen samt psykiska störningar. Från början av 2007 blev det möjligt att få deltidssjukpenning. Sjukpenning på deltid förebygger långa sjukledigheter och kontinuerlig arbetsförmåga. Deltidssjukpenningen stöder rehabiliteringen och gör det lättare att återvända till arbetet. Årligen blir 4 000 personer invalidpensionerade på grund av depression. Därför startades i början av 2007 ett mångårigt program för förebyggande av depression (MASTO-projektet).

Figur 14. Arbetsdagar och frånvarodagar på grund av sjukdom bland sysselsatta personer (i åldern 17–75 år) under perioden 1996–2007.



- Sjukdagar per yrkesverksam person, män
- Andelen sjukdagar av alla arbetsdagar, %, män



- Sjukdagar per yrkesverksam person, kvinnor
- Andelen sjukdagar av alla arbetsdagar, %, kvinnor

Källa: Statistikcentralen

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

Insatser har också gjorts för att göra det lättare att förena arbete och familj. Ersättning för partiell vårdledighet betalades tidigare till föräldrar med barn under 3 år men nu betalas ersättningen också under den tid barnet går i förskola och under de två första årskurserna i lågstadiet. *Förmånerna för föräldraledighet* har blivit bättre och större ersättning betalas nu till arbetsgivarna för semesterkostnaderna. I synnerhet pappor har uppmuntrats att hålla längre föräldraledigheter, bl.a. genom en tvåårig kampanj på trepartsbasis som pågår till år 2008.

Minskad fattigdom och utslagning

Social- och hälsovårdsministeriet vill att utslagningen minskar och att de utslagna tas om hand. Insatser görs för minskad långtidsarbetslöshet och minskad strukturell arbetslöshet samt för att minska behovet av långvarigt utkomststöd och fattigdom i barnfamiljer. Målet är att öka de förebyggande hälsotjänsterna för barn och unga samt tjänster inom missbrukarvården, mentalvården och barnskyddet. SHM vill att tillräckligt med tjänster anvisas för vård av narkotikamissbrukare, att det intersektoriella samarbetet mot utslagning förbättras och att bostadslösheten minskar. Den offentliga sektorn stöds av en stark tredje sektor. En viktig finansiär för tredje sektorn är Penningautomatföreningen.

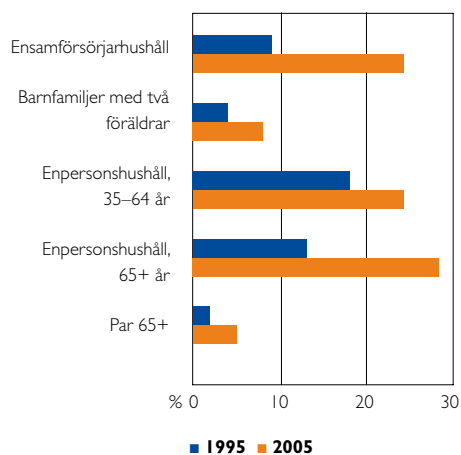
Förebyggandet av social utslagning utgår ifrån att arbete är den bästa formen av social trygghet. Människor hamnar inte i marginalen när de har arbete, skälig utkomst och tillräckliga minimiförmåner.

Andelen av låginkomsttagare och personer med varaktigt låga inkomster har ökat under de senaste åren. Delvis beror det på att den allmänna inkomstnivån har stigit, vilket resulterat i att gränsen för låga inkomster i förhållande till medelinkomsten är högre än förut. Låginkomsttagarna är i huvudsak arbetslösa, äldre pensionärer eller studerande. Inkomstförhöjningen i den lägsta inkomstpercentilen har varit långsammare än i genomsnittshushållen. Antalet långtidsarbetslösa sjönk men den strukturella arbetslösheten var fortfarande hög. Av de långtidsarbetslösa var en stor del över 50-åringar. Unga var sällan arbetslösa under långa tider.

Barnfamiljernas fattigdomsgrad minskade år 2007 efter att i många år ha stigit och var lägre än hos den totala befolkningen. Ensamförsörjarnas låga inkomster var fortfarande ett stort problem. Jämfört med de flesta EU-länder är den relativa fattigdomen sällsynt i Finland. Heltidsarbete är den bästa garantin för att ett hushåll inte hör till de grupper som har den lägsta inkomsten. Förhöjningarna i folkpensionen och andra minimiförmåner som genomförts under de senaste åren samt ändringen i utkomststödet enligt vilken självriskan för boendekostnader slopades har förbättrat låginkomsttagarnas ekonomiska situation.

¹Andelen av dem vilkas disponibla inkomster var 60 procent av hela befolkningens disponibla medianinkomst räknat per konsumtionsenhet

Figur 15. Andelen låginkomsttagare i olika typer av familjer år 1995 och 2005.



Långvarig fattigdom är fortfarande en utmaning.

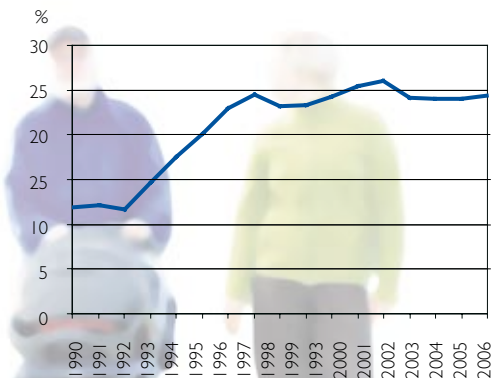
Låginkomstgränsen 60 % av hushållens disponibla medianinkomst respektive år.

Källa: Statistikcentralens inkomstfördelningsstatistik

Tjänster inom missbrukarvården är alltmer efterfrågade. Antalet klienter har trots allt inte ökat nästan alls under de senaste åren. Antalet besök inom mentalvården har ökat en aning medan antalet mentalvårdspatienter i sluten vård har sjunkit.

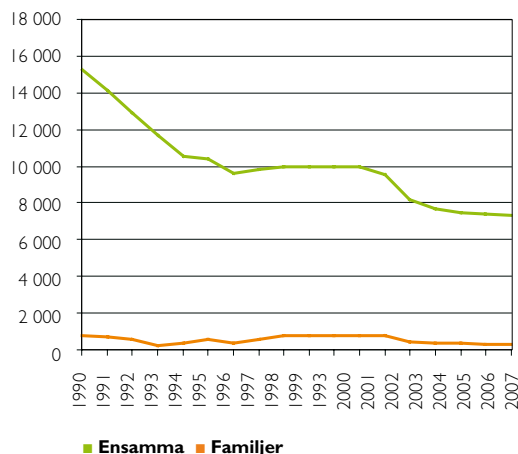
Utkomststödet och antalet långvariga mottagare av utkomststöd har minskat. Långvarigt behov av utkomststöd är dock fortfarande en stor utmaning. Den minskade arbetslösheten har även minskat antalet mottagare av förmåner som hör till arbetslöshetskyddet. Antalet bostadslösa var klart lägre än förut.

Figur 16. Andelen mottagare av utkomststöd i 10-12 månader av klienterna inom utkomststödet under perioden 1990-2006.



Källa: Stakes

Figur 17. Antalet bostadslösa under perioden 1990-2007.



Källa: Statens bostadsfond

I Helsingforsregionen har ett särskilt *bostadslöshetsprogram* införts för att råda bot på bostadslösheten. Regeringens mål är att halvera bostadslösheten före år 2011. Tidigt ingripande i barns och ungas problem, stöd för integrationen av invandrare och verkställigheten av de nationella alkohol- och narkotikaprogrammen samt förebyggande av kriminalitet hör till de redskap som tillgripits i syfte att minska utslagningen.

Från början av år 2008 underlättades situationen för de allra minst bemedlade när en nivåförhöjning infördes på minimiförmånerna enligt det nya regeringsprogrammet.

Tredje sektorn har en central roll i arbetet mot fattigdom och utslagning. Frivilliga organisationer har åtagit sig ett betydande ansvar inom den förebyggande verksamheten och som tillhandahållare av tjänster för specialgrupper. År 2008 finansierar Penningautomatföreningen frivilliga organisationers verksamhet med 312 miljoner euro.

Den öppna koordineringsmetoden som används inom Europeiska unionen har effektiviserat det nationella samarbetet i aktioner mot fattigdom och utslagning. För närvarande pågår ett flertal åtgärder som finansieras av unionen och som syftar till att finna anställning för svårsysselsatta grupper. År 2010 ska bli ett europeiskt år tillägnat kampen mot fattigdom och utslagning.

Stöd för barnfamiljernas välfärd

Föräldraskap och familjernas sammanhållning stöds för att underlätta barnfamiljernas liv. Kostnaderna för barn utjämnas så att familjerna inte försätts i en ojämlig ställning sinsemellan. Barn ges möjlighet att växa upp och utvecklas i en trygg miljö, och möjligheterna att kombinera arbete och familj underlättas.

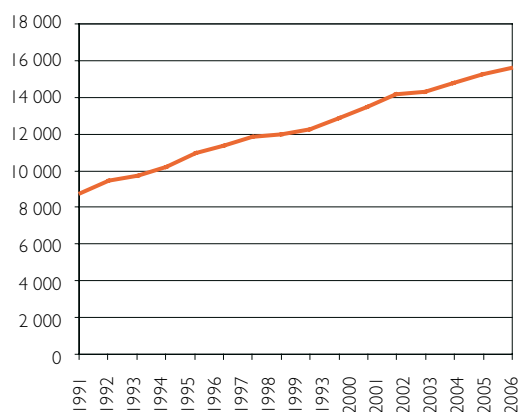
Regeringsprogrammet innehåller en rad nivåförhöjningar i de familjepolitiska förmånerna. År 2008 höjdes barnbidraget för ensamförsörjare med 10 euro per månad och från början av 2009 höjs barnbidraget från och med det tredje barnet. Minimnivån av moderskaps-, faderskaps- och föräldrapenning samt sjukdagpenning höjs till samma nivå som arbetsmarknadsstödet från början av år 2009. Barnombudsmanen inledde i september 2005 sin verksamhet för att främja barnens bästa. Avsikten är att så tidigt som möjligt ingripa i problem som förekommer hos barn.

De viktigaste familjepolitiska stöden för barnfamiljer var barnbidrag och barndagvård. Den så kallade barnfattigdomen är låg i Finland jämfört med de övriga EU-länderna. Från år 1995 har antalet barnfamiljer som lever nedanför fattigdomsgränsen fördubblats men år 2005 började antalet dessa familjer sjunka. Svårast är situationen för flerbarnsfamiljer och ensamförsörjarfamiljer varav 24 procent levde under fattigdomsgränsen år 2005.

Det går inte alltid att förena arbete och familjeansvar utan problem. Frågan har uppmärksamats i stor utsträckning och missförhållandena rättas till. Exempelvis har arbetsgivarkostnaderna för familjedigheter jämnats ut mellan arbetsgivarna. Detta görs för att kostnaderna inte enbart ska drabba kvinnornas arbetsgivare. Pappor har använt föräldraledigheter i allt större utsträckning från början av 1990-talet. När 42 procent av papporna använde sin pappaledighet år 1990, var andelen år 2007 redan 71 procent. Från början av år 2010 förlängs pappaledigheten med två veckor. Systemet för föräldraledighet utvecklas vidare för att bägge föräldrar ska ha möjlighet att tillbringa mer tid med sina barn medan de är små.

Cirka 20 procent av barnen lever i ensamförsörjarfamiljer. Största delen av barnen i Finland mår bra, men det ständigt växande antalet barn i behov av barnskydd är oroväckande.

Figur 18. Barn som placerats utom hemmet under perioden 1991–2006. Det är fråga om tillfällig placering av skäl som hänför sig till barnskyddet.



Källa: Stakes

Det finns fortfarande ett stort antal barn och föräldrar som är i behov av särskilt stöd. Antalet barn som omhändertagits och placerats utom hemmet fortsatte att stiga. Antalet barn och unga som anlitar barnskyddets öppenvårdstjänster har minskat. Orsakerna till omhändertagande är föräldrarnas långtidsarbetslöshet, psykiska störningar och även ökat bruk av alkohol och droger hos föräldrar eller barn.

En allt större del av barn under skolåldern befinner sig i dagvård. Andelen av 3–5-åriga barn som vårdas utanför hemmet har stigit till 70 procent. Motsvarande andel av 1–2-åringar är 38 procent eftersom största delen av barn i den åldern vårdas hemma med hjälp av hemvårdsstöd. Av 6-åringarna deltar nästan alla i förskoleundervisningen. Under de senaste åren har man satsat på skolelevernas för- och eftermiddagsverksamhet. Dessutom får föräldrar till barn som går i åk 1 eller 2 och vilkas arbetstid är högst 30 timmar en liten ersättning för den förkortade arbetstiden.

Jämställdhet genom handlingsprogram

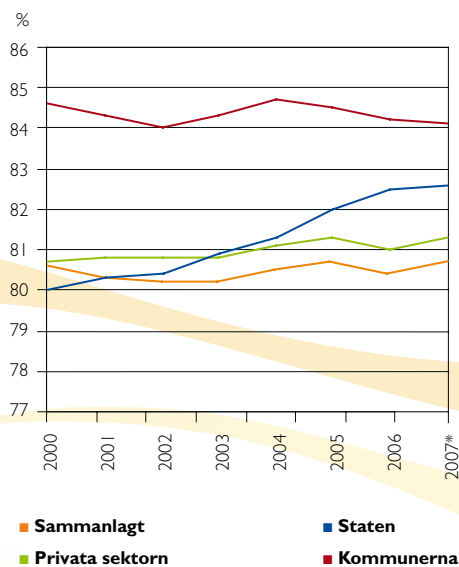
Jämställdheten mellan kvinnor och män bör stärkas ytterligare. Regeringen främjar målmedvetet jämställdheten mellan kvinnor och män. Medvetenheten om jämställdhetsfrågorna ökas i skolorna och man arbetar för att jämna ut den starka segregationen inom utbildningen. Detta bidrar till att minska arbetsmarknadens segregation efter kön. Det är viktigt såväl med tanke på konkurrenskraften och välfärden att kvinnor har lika möjligheter som män att göra karriär. Åtgärder behövs både inom den privata och offentliga sektorn. Insatserna för en bättre balans mellan arbete och familj är också ägnade att ge lika möjligheter för kvinnor som för män. Man vill bli av med löneskillnaderna mellan könen. Detta främjas av regeringens likalönsprogram. Ett viktigt mål är också att minska våldet mot kvinnor.



Med integrering av ett jämställdhetsperspektiv avses att jämställdhetsvinkeln beaktas i all beredning och i allt beslutsfattande genom hela förvaltningen.

Under perioden 2008–2011 sammanställs och koordineras regeringens jämställdhetspolitik av ett jämställdhetsprogram. Samtliga förvaltningsgrenar deltar i det praktiska genomförandet. Programmet presenterar spetsprojekten som grundar sig på de viktigaste jämställdhetspolitiska punkterna i regeringsprogrammet. Dessa är ökad jämställdhetsmedvetenhet i grundskolorna, minskad segregation, bättre möjligheter att kombinera arbete och familj, minskning av löne-skillnaderna mellan kvinnor och män, främjande av kvinnors karriärutveckling, minskat våld mot kvinnor samt integrering av ett jämställdhetsperspektiv i allt beslutsfattande. Det är en strategi enligt vilken samtliga åtgärder och beslut bör utvärderas med tanke på vilka effekter de har på män och kvinnor.

Figur 19. Kvinnors inkomster av mäns inkomster, %



Källa: Statistikcentralen



Lönejämsställdheten är separat inskriven i Finlands grundlag och jämställdhetslagen. Kvinnors löner är fortfarande lägre i genomsnitt än männens motsvarande löner. Den främsta orsaken till löneskillnaderna är att kvinnodominerade yrken har lägre status än mansdominerade. Regeringen eftersträvar framsteg i lönejämsställdheten genom ett likalönsprogram som genomförs tillsammans med arbetsmarknadsparterna. Samtidigt utreds hur jämställdhetsplanerna och lönekartläggningarna i dem har genomförts i praktiken.

Kvinnornas delaktighet i det politiska beslutsfattandet har ökat både på lokal- och riksnivå. Den positiva utvecklingen är också i framtiden beroende av att mer kvinnor ställer upp som kandidater. Jämställdhetslagen förutsätter att kommunstyrelserna har lika många kvinnor som män. År 2001 var 45,4 procent av kommunstyrelsernas ledamöter kvinnor, medan motsvarande andel år 1993 var endast 24,5 procent. Det är märkbart att kvinnornas andel av statens högsta ledning trots allt är låg i Finland i ett europeiskt perspektiv. Utvecklingen är inte heller automatiskt positiv inom det ekonomiska beslutsfattandet; det är bland annat fortfarande svårt för kvinnor att komma in i börsbolagens styrelser.

Med blicken mot framtiden

Betydande utmaningar för den sociala tryggheten inom de närmaste åren är befolkningens åldrande, tryggheten av tillgången till social- och hälsovårdstjänster av hög kvalitet, den internationella ekonomiska utvecklingen, Europeiska gemenskapens allt livligare samarbete inom den sociala tryggheten, den nya teknologins effekter samt den regionala utvecklingen i landet.

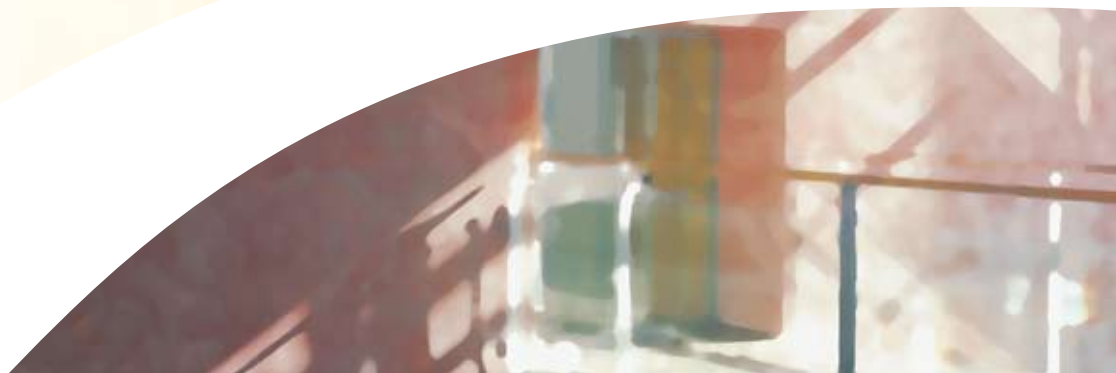
Politikprogrammet för hälsofrämjande genomförs under perioden 2007–2011. SHM deltar aktivt i regeringens två andra politikprogram som syftar till att stärka ställningen för arbete och företagsamhet, arbetshälsan samt förbättra välfärden för barn, unga och familjer. Totalreformen av den sociala tryggheten genomförs under perioden 2008–2011. Servicestrukturen genomgår en omfattande totalrevidering. Denna revidering omfattar stora lagstiftningsprojekt, till exempel beredningen och verkställandet av den nya hälso- och sjukvårdslagen. Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården KASTE anger ramarna för utvecklandet av arbetets innehåll inom servicesektorn. Som en del av programmet genomförs ett innovationsprojekt inom social- och hälsovården. MASTO-projektet för förebyggande av depression syftar till att på bred bas påverka förtidspensioneringen på grund av depression. Regeringen fortsätter också med jämställdhetsprogrammet för att uppnå större jämställdhet mellan könen.

Pensionsforum och Forum för arbetshälsa inleder sin verksamhet år 2008. Reformen av den sociala tryggheten fortsätter också efter regeringsperioden.

Utvecklingen av Europeiska unionens inre marknad samt Lissabonavtalet kommer att medföra nya utmaningar för den nationella socialpolitiken. Även debatten om den offentliga sektorns ställning, uppgifter och styrningsroll samt debatten om samarbetsformerna mellan den offentliga och privata sektorn fortsätter.

Hela förvaltningsområdet genomgår en reform. Ämbetsverkens och inrättningarnas arbete omorganiseras. Även social- och hälsovårdsministeriets organisation utvecklas.

Med blicken MOT FRAMTIDEN



Social- och hälsopolitiska utmaningar

- Globaliseringen
- Europeiska integrationen
- Demografiska ändringar
- Den teknologiska utvecklingen
- Förändringar i arbetslivet och arbetsmiljön
- Sysselsättningen
- Fattigdom och utslagning
- Folkhälsans utveckling och livsmiljön
- Den offentliga ekonomins utveckling
- Den regionala utvecklingen, urbaniseringen
- Förändrade värderingar

Verksamhetens tyngdpunkter

- Att stärka ett verksamhetssätt som förebygger problem och sjukdomar
- Att främja befolkningens arbets- och funktionsförmåga
- Att minska hälsoskillnaderna
- Att minska övervikten
- Att minska skadorna av missbruk

- Att sporra till att fortsätta i arbetslivet
- Att minska sjukfrånvaron
- Att höja arbetshälsan
- Att förebygga depression
- Att starta reformen av den sociala tryggheten
- Att följa verkställigheten av pensionsreformen

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

- Att verkställa Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården
- Totalreformen av servicelagstiftningen
- Verkställigheten av servicestrukturen
- Att säkerställa tillräcklig personalstyrka inom social- och hälsovården

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

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

Det finns ett stort kunnande inom SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS förvaltningsområde.

Förvaltningen omorganiseras från början av år 2009 för att verksamheten ska ha största möjliga genomslagskraft och produktivitet.

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

arbetar för att främja befolkningens välfärd och hälsa samt social- och hälsovårdstjänsterna, producerar forskningskunskap och statistik. www.stakes.fi

Folkhälsoinstitutet (FHI) forskar i och följer befolkningens hälsa och tillhandahåller information om den. www.ktl.fi

Forskningen och utvecklingen vid dessa inrättningar omorganiseras och de ombildas till en helt ny organisation som inleder sin verksamhet 1.1.2009.

Rättsskyddscentralen för hälsovården (TEO)

beviljar yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården rätt att utöva sitt yrke och övervakar deras verksamhet. I fortsättningen övervakar TEO även verksamheten vid verksamhetsenheter för hälso- och sjukvården. www.teo.fi

Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral (STTV) förebygger skador som orsakas av alkoholhaltiga ämnen, tobak och kemikalier samt främjar en sund och trygg livsmiljö. www.sttv.fi

Ämbetsverkens funktioner omorganiseras och de ombildas till en helt ny organisation som inleder sin verksamhet 1.1.2009.

Läkemedelsverket (LL)

säkerställer att läkemedelspreparaten på marknaden i Finland är effektiva, trygga och högklassiga för användarna. www.nam.fi

I anslutning till Läkemedelsverket finns **Utvecklingscentralen för läkemedelsbehandling ROHTO**. Den sammanställer och förmedlar information för att främja en rationell läkemedelsbehandling.

Avsikten är att Rohto införlivas med den nya forsknings- och utvecklingscentralen. www.rohto.fi

Det finns flera självständiga inrättningar och ämbetsverk inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde. De tar fram forskningskunskap för ministeriet: för beredningen av lagstiftningen, för de social- och hälso-politiska riktlinjerna och till grund för beslutsfattandet. En del av ämbetsverken är tillstånds- och tillsynsmyndigheter. Mer än 4 000 personer arbetar vid ämbetsverken och inrättningarna inom förvaltningsområdet.

Försäkringsinspektionen (VVV)

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

Försäkringsinspektionen införlivas med Finansinspektionen från början av år 2009. Det nya ämbetsverket fungerar under tillsyn av Finlands bank.

Besvärnämnden för social trygghet (SOMLA)

är en besvärinstans av nämndtyp som fungerar inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde och som kan jämställas med en specialdomstol för socialförsäkringsfrågor.

Besvärnämnden för utkomstskyddsärenden (TTLK)

är en besvärinstans av nämndtyp inom socialförsäkringen i ärenden som gäller arbetslöshetsskydd.

www.stm.fi > kontaktuppgifter > nämnder och delegationer

Strålsäkerhetscentralen (STUK)

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

Arbetshälsoinstitutet (TTL)

är en tvärvetenskaplig forsknings- och sakkunniginrättning som verkar för att främja arbets- och funktionsförmågan, den fysiska och psykiska hälsan samt livskvaliteten hos landets befolkning i arbetsför ålder. www.ttl.fi

Penningautomatföreningen (RAY)

samlar genom sin penningspelverksamhet in medel för att stödja finländska social- och hälsoorganisationer. www.ray.fi

■ SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET
PB 33, 00023 STATSRÅDET

Tfn +358 9 160 01
Fax +358 9 160 74126
Internet: www.stm.fi
kirjaamo.stm@stm.fi

Publikationer 2008:19

ISSN 1236-2050
ISBN 978-952-00-2633-2 (inh.)
ISBN 978-952-00-2634-9 (PDF)

