


Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:65

Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja
taloussuunnitelma vuosille 2009-2012





*Kaikille
mahdollisuus
terveelliseen ja
turvalliseen
elämään.*

KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö	Julkaisun päivämäärä 31.12.2007		
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja sihteeri) Puheenjohtaja: Mikko Staff Sihteerit: Tiina Palotie-Heino, Arto Salmela	Julkaisun laji Suunnitelma		
	Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö		
	Toimielimen asettamispäivä		
Julkaisun nimi Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan toiminta- ja taloussuunnitelma 2009–2012			
Julkaisun osat			
Tiivistelmä Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan toiminta- ja taloussuunnitelmassa pyritään liittämään hallitusohjelmassa asetetut tavoitteet ja ministeriön omat strategiset linjaukset talousarvioprosessia tukevaksi kokonaisuudeksi. Suunnittelulla pyritään varmistamaan hallituksen antamien linjausten ja ministeriön omien strategioiden kytkentä saumattomasti myös virastojen ja laitosten ohjaukseen.			
Avainsanat: (asiasanat) toiminta- ja taloussuunnitelma, kehysesitys			
Muut tiedot www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:65		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2493-2 (nid.) 978-952-00-2494-9 (PDF)
Kokonaissivumäärä 50	Kieli Suomi	Hinta 10,80 €	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Tätä julkaisua myy ja välittää: Yliopistopainon kirjamyynti PL 4 (Vuorikatu 3 A) 00014 HELSINGIN YLIOPISTO Puhelin (09) 7010 2363, Fax (09) 7010 2374 books@yliopistopaino.fi www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet	Utgivningsdatum 31.12.2007		
Författare Ordförande: Mikko Staff Sekreterare: Tiina Palotie-Heino, Arto Salmela	Typ av publikation		
	Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet		
	Datum för tillsättandet av organet		
Publikation Social- och hälsovårdsministeriets verksamhets- och ekonomiplan för förvaltningsområdet 2009–2012			
Referat Social- och hälsovårdsministeriets verksamhets- och ekonomiplan för förvaltningsområdet har som mål att förena de i regeringsprogrammet uppställda målen och ministeriets egna strategiska riktlinjer till en helhet som stöder budgetprocessen. Genom planeringen strävar ministeriet att säkerställa en oavbruten koppling av regeringens riktlinjer och ministeriets egna strategier också till styrningen av ämbetsverk och inrättningar.			
Nyckelord verksamhets- och ekonomiplan, ramförslag			
Övriga uppgifter www.stm.fi			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2007:65		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2493-2 (inh.) 978-952-00-2494-9 (PDF)
Sidoantal 50	Språk Finska	Pris 10,80 €	Sekretessgrad Offentlig
Distribution och försäljning: Helsingfors Universitetsförlag, PB 4 (Berggatan 3 A) FI-00014 HELSINGFORS UNIVERSITET Fax (09) 7010 2374, Tfn (09) 7010 2363 books@yliopistopaino.fi www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

Sisällysluettelo

1. SUUNNITELMAKAUDEN 2009–2012 LÄHTÖKOHDAT	9
2. SOSIAALITURVAN KESTÄVÄN KEHITYKSEN HAASTEET.....	11
2.1. TYÖLLISYYS JA TYÖVOIMA.....	11
2.2. IKÄÄNTYMINEN.....	12
2.3. KÖYHYYS JA SYRJÄYTYNEISYYS	15
2.4. ALUEELLINEN KEHITYS JA ALUEELLISTAMINEN	18
2.5. TIETOTEKNOLOGIAN HYÖDYNTÄMINEN	22
3. SOSIAALITURVAN MENOT JA KÄYTTÖ	24
3.1. SOSIAALIMENOJEN KEHITYS.....	24
3.2. SOSIAALITURVAN MENOT JA TARVE	24
3.3. SOSIAALIMENOJEN RAHOITUS	27
4. STM:N HALLINNONALAN TAVOITTEET JA TOIMINTALINJAUKSET	30
4.1. EDISTETÄÄN TERVEYTTÄ JA TOIMINTAKYKYÄ	30
4.2. LISÄTÄÄN TYÖELÄMÄN VETOVOIMAA	32
4.3. VÄHENNETÄÄN KÖYHYTTÄ JA SYRJÄYTYMISTÄ	34
4.4. VARMISTETAAN TOIMIVAT PALVELUT JA KOHTUULLINEN TOIMEENTULOTURVA	36
4.5. EDISTETÄÄN NAISTEN JA MIESTEN VÄLISTÄ TASA-ARVOA.....	40
5. TUOTTAVUUSOHJELMA.....	41
6. TAVOITTEET, TOIMENPITEET JA RESURSSIT VUOSILLE 2009–2012	43
6.1. VALTIONTALouden KEHYKSET VUOSILLE 2008–2011	43
6.2. SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN HALLINNONALAN KEHYSEHDOTUS 2009–2012	44

1. Suunnitelmakauden 2009–2012 lähtökohdat

Keskeiset linjaukset suunnitelmakaudelle

Päätavoitteena on kehittää hyvinvointiyhteiskuntaa parantamalla työllisyyttä ja vähentämällä työttömyyttä, vahvistamalla peruspalveluja ja toimeentuloturva, uudistamalla sosiaaliturvaa sekä tasapainottamalla alueellista kehitystä. Tavoitteena on nostaa selkeästi työllisyysastetta vuoteen 2012 mennessä. Työllisyystavoitteen toteutuminen on myös keskeinen keino estää syrjäytymistä ja torjua köyhyyttä. Väestön terveyden edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä yksilön elämänhallinnan, työ- ja toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukeminen ovat keskeisiä sosiaali- ja terveystavoitteita.

Eläkepolitiikan kestävyysperustana ja tavoitteina ovat talouden kasvu, yleinen luottamus järjestelmän kestävyteen ja nykyistä pidempi jaksaminen työelämässä. Eri hallinnonalojen toimin valmistaudutaan ikääntyvän väestön määrän kasvuun.

Sosiaaliturvan lähivuosien merkittäviä haasteita ovat väestön ikääntyminen, laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden turvaaminen, kansainvälinen talouskehitys, Euroopan yhteisön tiivistyvä yhteistyö sosiaaliturvan alalla, uuden teknologian vaikutukset sekä maan alueellinen kehitys. Suunnitelmakauden keskeisenä tavoitteena on sosiaaliturvan uudistaminen kattavaksi, tasoltaan riittäväksi, kannustavaksi ja oikeudenmukaiseksi. Tämän lisäksi sosiaaliturvan on oltava rahoitukseltaan hallittavissa ja kestävällä pohjalla.

Sosiaaliturvan talouden avainkysymyksenä on hidastaa ennenaikaista poistumista työelämästä sekä turvata ikääntyvän väestön työ- ja toimintakyky. Tämä asettaa merkittäviä haasteita sekä toimeentuloturva- että palvelujärjestelmille ja edellyttää uusien toimintatapojen edelleen kehittämistä. Palvelusektorin kehittämisen kannalta ratkaisevaa on vuonna 2005 käynnistetyn kunta- ja palvelurakennemuutoshankkeen linjaukset, erityisesti kunta- ja palvelurakennemuutosta linjaava puitelaki ja sen edellyttämien tavoitteiden ja toimenpiteiden toteuttaminen.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2006 julkistamassaan ”Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015” -asiakirjassa sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen strategiset linjaukset. Varsinainen strategia tiivistettiin neljään osastrategiaan. Nämä neljä linjausta muodostavat päätavoitteet:

- Edistetään terveyttä ja toimintakykyä
- Lisätään työelämän vetovoimaa
- Vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä
- Varmistetaan toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva.

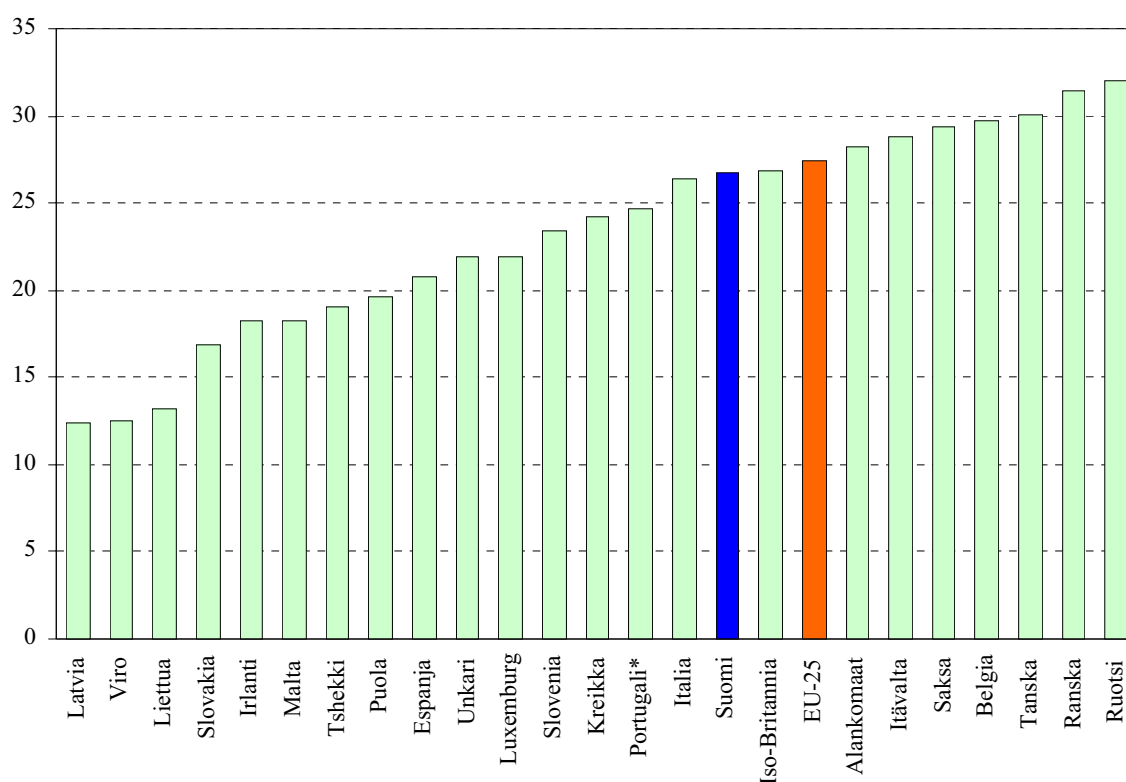
Talouden kehitysnäkymät

Koko vuoden 2007 bruttokansantuotteen kasvun arvioidaan olevan noin 4,5 prosenttia, vuonna 2008 kasvun arvioidaan vielä yltävän 3,5 prosenttiin ja laskevan suunnitelmakauden loppua kohden noin 2 prosenttiin. Inflaatio jää edelleen alhaiseksi muihin euromaihin verrattuna. Koheneva työllisyys lisää ostovoimaa, vaikka kotitalouksien kulutushalukkuus ja investointihalukkuus selvästi laskevat. Työllisyysaste nousee 70 prosenttiin vuonna 2007. Työvoiman tarjonta lisääntyy yhä, kun ikääntyneet työntekijät pysyvät työmarkkinoilla entistä pitempään ja työpaikkojen aiempaa runsaampi tarjonta vetää ihmisiä työmarkkinoille. Työttömyysaste painuu lähelle 6,7 prosenttia ja alenee edelleen vuonna 2008 arviolta 6,3 prosenttiin. Pitkäaikaistyöttömyys säilyy kuitenkin korkeana.

Valtion rahoitustilanne pysyy tyydyttävänä, alijäämä on 0,9 prosenttia suhteessa kokonaistuotantoon. Kuntatalouden alijäämäisyys jatkuu, mutta toimintamenojen kasvun odotetaan taittuvan ja kuntatalouden yleisesti paranevan. Keskeisesti kuntatalouden kehitykseen vaikuttavaa on kuntien ja palvelurakenteen uudelleen organisointi sekä se, miten varmallalla pohjalla kuntien menojen aleneva kehitys jatkuu. Sosiaaliturvarahastojen ylijäämien turvin koko julkinen talous pysyy 3 prosenttia ylijäämäisenä suhteessa kansantuotteeseen.

Sosiaali- ja terveystalouden kysynnän kasvusta sekä väestön ikääntymisestä huolimatta sosiaalimenojen kehitys on maltillista. Sosiaalimenojen bruttokansantuotteeseen suhteutettu osuus sekä henkeä kohden lasketut ostovoimakorjatut sosiaalimenot ovat Suomessa EU-maiden keskitasoa (Kuvio 1). Lähivuosina Suomen sosiaalimenot kasvavat jokseenkin samaa vauhtia bruttokansantuotteen kanssa ja sosiaalimenojen bkt-suhde pysyttelee noin 25 prosentissa. Sosiaalimenojen maltillisen kehityksen mahdollistavat työllisyyden koheneminen, eläkeuudistus, palvelujärjestelmän uudistamisen ja uuden tietoteknologian onnistunut soveltaminen.

Kuvio 1. Sosiaalimenot suhteessa bruttokansantuotteeseen EU-maissa vuonna 2005, %



* 2004

Lähde: Eurostat

2. Sosiaaliturvan kestävä kehityksen haasteet

2.1. Työllisyys ja työvoima

Työllisyys on kehittynyt viime vuosina myönteisesti Vuonna 2006 työllisyysaste kohosi 68,9 prosenttiin ja sen ennakoitaan kohentuvan edelleen, joskin hieman hidastuen. Erityisesti 55–59-vuotiaiden työllisyysasteet ovat nousseet. Jatkossa arvioidaan eläkeuudistuksen vaikuttavan 60–64-vuotiaiden työllisyyden nousemiseen merkittävästi. Myös osa-aikaeläkkeen yleistyminen on vähentänyt koko-aikaista poistumista työelämästä. Työvoiman kokonaistarjonta kuitenkin supistuu, sillä työmarkkinoilta poistuu enemmän väkeä kuin sinne tulee.

Työikäisen väestön osuuden supistumisella on huomattava vaikutus talouskasvuun. Mikäli ikäryhmittäiset työllisyysasteet pysyvät nykyisellä tasolla, työikäisen väestön ikärakenteen muutos pienentää talouskasvua. Tuotannon kasvu hidastuisi tällöin 0,5 prosentilla ajanjaksoilla 2004–2007 ja 0,7 prosentilla ajanjaksolla 2007–2011. Tuottavuuden kasvusta huolimatta jäisi talouskasvu vaatimattomaksi. Mikäli työllisyysastetta onnistutaan kohottamaan, väestön ikääntyminen ei enää samalla tavoin hidasta taloudellista kasvua. Tällä olisi tuntuva vaikutus yhteiskunnan kykyyn tuottaa hyvinvointipalveluja kansalaisille.

Suomen työllisyyden nostamisen keskeiset haasteet ovat:

- 55-vuotta täyttäneiden pitäminen työelämässä mukana. Tämän ikäluokan miesten työllisyysasteet ovat EU-maiden alhaisimpia. Vastaavan ikäisten naisten työhön osallistuminen on korkeaa eurooppalaista tasoa, mutta alhainen pohjoismaisessa vertailussa.
- Työkyvyttömyyden ehkäiseminen ja kuntoutus
- Nuorten työelämään tulon aikaistaminen ja 20–30-vuotiaiden työelämään kiinnittymisen vahvistaminen.

Edellä mainitut ryhmät muodostavat työvoimareservit, jotka näkyvät nyt varhaisena eläkkeelle siirtymisenä, korkeana työttömyytenä, vammaisten alhaisena työhön osallistuvuutena sekä nuorten myöhäisenä tulona työmarkkinoille. Työttömäksi jäävien ikääntyneiden työntekijöiden on edelleen hyvin vaikea löytää uutta työpaikkaa. Vähäinen koulutus lisää riskiä joutua työttömäksi ja jäädä kokonaan työelämän ulkopuolelle.

Sekä miesten että naisten työllisyysasteet ikäluokissa 15–24-vuotiaat ovat alhaiset pidentyneiden koulutusajkojen vuoksi. Osaltaan tähän vaikuttaa opiskelun keskeyttämiset ja opintosuuntien vaihdot. Nuorten, 25–29-vuotiaiden naisten kiinnittyminen työmarkkinoille on edelleen vaikeampaa kuin vastaavan ikäisillä miehillä. Kaikissa ikääntyneitten ikäluokissa työllisyysasteiden tulee kohota. Sen tulee olla voimakkainta ikäluokassa 60–64-vuotiaat, mutta myös ikäluokassa 65–69-vuotiaat voidaan työllisyyttä nostaa merkittävästi. Keskeiset toimet työllisyyden parantamiseksi tulee edelleen suunnata yli 50-vuotiaisiin.

Sosiaali- ja terveysministeriön strategian keskeisenä tavoitteena on työuran pidentyminen 2–3 vuodella sekä väestön työ- ja toimintakyvyn paraneminen. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonala vaikuttaa näiden tavoitteiden saavuttamiseen ehkäisevällä sosiaali- ja terveyspolitiikalla, vähentämällä perinteisiä kansansairauksia, lihavuutta sekä tupakan ja alkoholin käyttöä, lisäämällä työelämän hyvinvointia ja työelämän tasa-arvoa, panostamalla työikäisten varhaiskuntoutukseen sekä huolehtimalla toimeentuloturvan ja eläkejärjestelmän kannustavuudesta

tukemalla työllistymistä ja työssä pysymistä sekä ehkäisemällä syrjäytymistä. Vuoden 2005 alusta voimaan tullut laaja eläkeuudistus tukee osaltaan näiden tavoitteiden saavuttamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa uuden työvoiman tarve kasvaa jo lähivuosina, sillä alan nykyisten työntekijöiden keski-ikä on korkeampi kuin useilla muilla aloilla. Uutta henkilöstöä tarvitaan sekä eläkkeelle jäävien tilalle että hoidon tarpeen kasvaessa. Vuoteen 2011 mennessä sosiaali- ja terveydenhuollon nykyhenkilöstöstä noin neljännes eli 55 000 henkilöä jää eläkkeelle.

Osaavan ja motivoituneen työvoiman saatavuuden turvaaminen julkiselle sektorille on palvelujen turvaamisen kannalta avainkysymys, kun toimialojen välinen kilpailu vähenevästä työvoimasta kiihtyy. Tämä voidaan turvata kehittämällä alan koulutusta, työssä jatkamista, parantamalla työoloja, mitoittamalla henkilöstön määrä tarvetta vastaavaksi ja tukemalla henkilöstöryhmien joustavaa työnjakoa. Haasteeseen pyritään vastaamaan myös lisäämällä tuottavuutta.

Tuottavuusohjelman toimeenpano STM:n hallinnonalalla merkitsee tämänhetkisen arvion mukaan 340 henkilötyövuoden vähennystä vuoteen 2011 mennessä. Tämä luku on vahvistettu viimeksi uuden hallituksen kehyspäättöksen yhteydessä toukokuussa 2007. STM:n osuus luvusta on noin 40 htv:ta. Siirrot palvelukeskuksiin merkitsevät lisäksi noin viittä henkilötyövuotta vastaavaa vähennystä. Näin ollen tuottavuusohjelman toteuttaminen tarkoittaa yhteensä noin 45 henkilötyövuotta vastaavaa vähennystarvetta vuoteen 2011 mennessä. Tuottavuusohjelman edellyttämä vähennystarve merkitsee sitä, että vain noin puolet vapautuvista viroista täytetään.

Tuottavuusohjelman edellyttämää vähennystavoitetta ei ole vielä täysin kohdennettu hallinnonalan virastoille ja laitoksille. Kehyspäättöksen yhteydessä hallitus päätti jatkaa tuottavuusohjelman mukaisia henkilöstösäästöjä myös vuodesta 2011 eteenpäin. Vähennysten kohdentamisesta päätetään viimeistään vuonna 2008.

2.2. Ikääntyminen

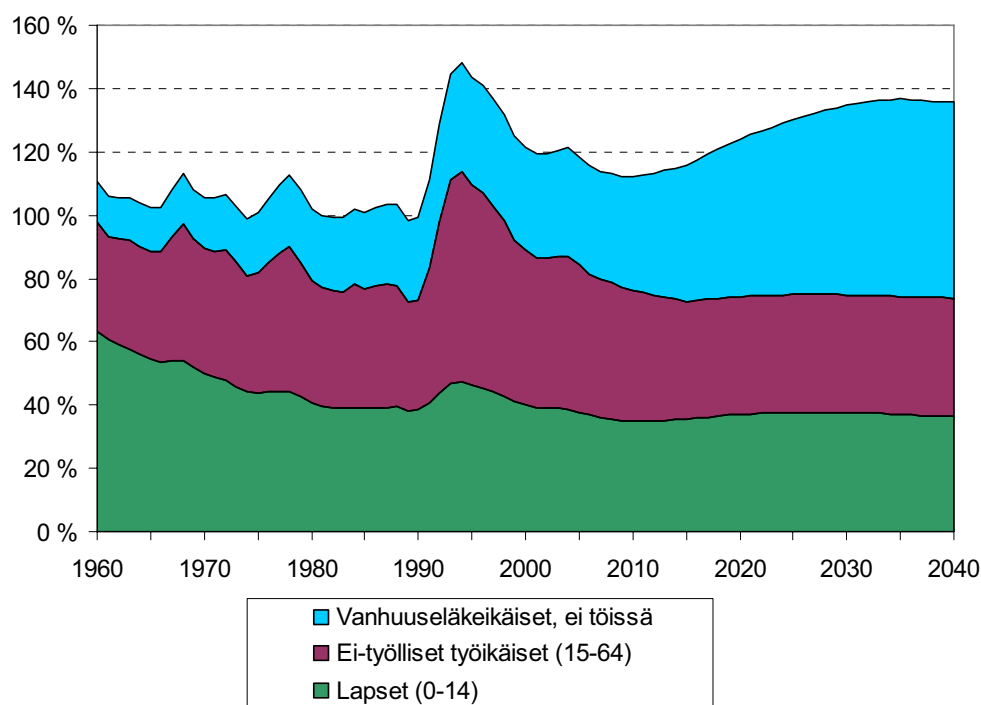
Väestö ikääntyy Suomessa nopeammin kuin useimmissa muissa maissa. Lasten ja nuorten määrä ja osuus vähenee. Työikäisten lukumäärä alkaa supistua ensi vuosikymmenen vaihteissa. Samaan aikaan vanhushuoltosuhde lähes kaksinkertaistuu vuoteen 2030 mennessä ja jää sen jälkeen korkealle tasolle. Vuonna 2026 joka neljäs suomalainen on 65 vuotta tai vanhempi. Erityisesti kasvaa hyvin iäkkäiden määrä. 75 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu vuoteen 2030 mennessä. Yhä useampi saavuttaa yli 85 vuoden iän.

Eliniän pidentyminen on merkittävä yhteiskuntapoliittinen saavutus. 1960-luvulta lähtien 65-vuotiaiden odotettavissa oleva elinikä on pidentynyt runsaalla vuodella vuosikymmentä kohti ja arvioiden mukaan piteneminen jatkuu edelleen. Merkittävää on myös se, että viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana elinajan odotteeseen saavutetut lisävuodet ovat olleet toimintakykyisiä elinvuosia. Elinajan odote on kasvanut kaikissa ikäryhmissä, mutta sosiaaliryhmien välinen ero elinajan odotteen pituudessa on silti merkittävä eikä ero ole kaventunut viime aikoina. Naisten eliniän odote on ollut selvästi korkeampi kuin miesten, mutta tämä ero on kaventumassa vähitellen.

Elatussuhde kuvaa sitä, miten monta työvoiman ulkopuolella olevaa ja työtöntä henkilöä kansantaloudessa on työllistä kohti (kuvio 2). Elatussuhde alkaa heikentyä vuoden 2010 taitteessa ja muuttuu sosiaaliturvan rahoituksen kannalta pysyvästi vaativammaksi. Työttömyysasteen

lasku ja pidentyneet työurat ovat nostaneet työllisten määrää viime vuosina, mutta väestön vanheneminen johtaa työllisten määrän laskuun ensi vuosikymmeneltä alkaen. Nykyistä pienemmän työikäisen väestön on tulevana vuosina kannettava vastuu työelämän ulkopuolella olevien kasvavasta joukosta ja sen toimeentulosta.

Kuvio 2. Elatussuhteen kehitys 1960–2040



Elatussuhteen heikkeneminen on merkittävä haaste hyvinvoinnin rahoituksen kestävyydelle. Työeläkemenojen kasvu alkaa kiihtyä 2010-luvun taitteessa ja 2020- ja 2030-luvuilla lisääntyvät myös sosiaali- ja terveystalouden palvelumenot, kun hyvin iäkkäiden ihmisten määrä kasvaa. Työvoiman väheneminen ja vanheneminen heikentävät talouden kasvuedellytyksiä ja sen myötä hyvinvoinnin rahoitus pohjaa jo lähivuosina, joten näihin haasteisiin on vastattava jo nyt. Mikäli työvoiman tarjonnan supistumista ei kyetä kompensoimaan työllisyysastetta nostamalla ja tuottavuutta lisäämällä, vaarantuu julkisen talouden tasapaino.

Elatussuhte kehittyvät eri tavalla maan eri osissa. Alueellisissa väestörakenteissa on jo nyt eroavaisuuksia ja maan sisäinen muuttoliike kasvattaa niitä entisestään. Väestön ikärakenteen alueittaisen eriytymisen myötä hyvinvointipalvelujen kysyntä, sosiaaliset rakenteet, kuntatalous, työvoiman kysyntä ja saatavuus sekä kulutuskysyntä ja elinkeinotoiminta kehittyvät eri tavoin maan eri osissa.

Haasteena koko maan tasolla on tasapainoinen aluekehitys ja hyvinvointipalveluiden saatavuuden ja laadun turvaaminen asuinpaikasta riippumatta. Palvelujen saatavuus vaarantuu erityisesti vanhusvoittoisilla muuttotappioalueilla, joilla tarvitaan paljon hoito- ja hoivapalveluja samaan aikaan, kun kuntien talous heikentyy ja hoitoalan työvoiman saatavuus vaikeutuu aktiivi-ikäisten poismuuton vuoksi. Tosin näillä alueilla vapautuu osittain resursseja lasten ja kouluikäisten palveluista. Etelä- ja Länsi-Suomen kasvukeskuksissa puolestaan on paljon hoidettavia, niin vanhuksia kuin lapsiakin. Koska näillä alueilla on runsaasti myös työssäkäyviä, nousee työikäistä kohti laskettu kustannusrasitus vähemmän kuin muuttotappioalueilla.

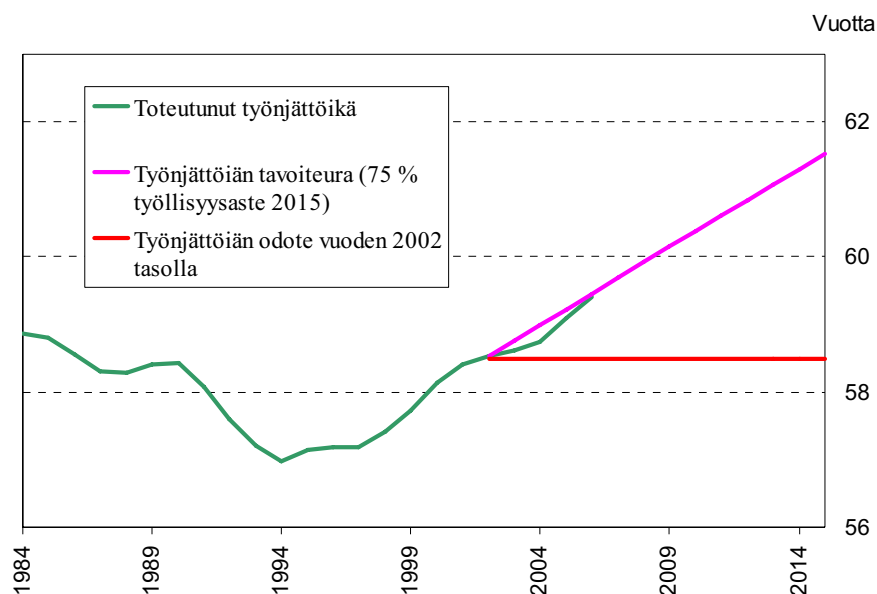
Vanhusten määrän lisääntyminen ei heijastu palvelujen tarpeeseen kuitenkaan suoraviivaisesti. Terveystilan ja toimintakyvyn paranemisen myötä vanhuksat pystyvät selviytymään itsenäisesti entistä pidempään. Tällöin sekä lyhytaikaisen että pitkäaikaisen hoidon tarve siirtyy elinkaarella myöhemmäksi, mikä hillitsee palvelumenojen ja henkilöstön tarpeen kasvua.

Väestön ikääntymisen haasteet on Suomessa tunnistettu ja muutokseen on varauduttu paremmin kuin monessa muussa maassa. Suomessa on rahastoitu merkittävä osa tulevista eläkemennoista, vähennetty julkista velkaantuneisuutta sekä uudistettu sosiaaliturvaa ja verotusta työntekoon kannustavalla tavalla. Toimenpiteitä haasteeseen vastaamiseen on jatkettava edelleen.

Näkökulmana ikääntymisen haasteeseen vastaamisessa on aktiivinen ikääntyminen. Ikääntymisen myötä kasvavien julkisten menojen rahoituspohjan turvaamista tuetaan huolehtimalla terveydestä ja työ- ja toimintakyvystä. Hyvä terveys ja työ- ja toimintakyky luovat perustan työelämässä pidempään jatkamiselle, työllisyysasteen nostamiselle ja tuottavuuden kohoamiselle. Niitä tukevat myös sosiaaliturva- ja eläkeuudistukset, joilla on kannustettu työhön osallistumista. Korkeampi työllisyysaste ja tuottavuus vahvistavat talouskasvua ja sitä kautta hyvinvoinnin rahoituspohjaa.

Suomessa viimeisen kymmenen vuoden aikana tehtyjen eläkeuudistusten tavoitteena on ollut kannustaa ikääntyviä pysymään työelämässä pidempään. Vuoden 2005 alusta voimaan tulleissa eläkeuudistuksissa on useita toimenpiteitä, jotka tekevät työntekijöiden jatkamisen taloudellisesti kannattavammaksi ja hillitsevät eläkemenojen kasvua. Työeläkeuudistus ja monet työelämän kehittämishankkeet näyttävät toimivan toivotulla tavalla, sillä yli 55-vuotiaiden työntekijöiden työllisyysaste on noussut Suomessa nopeammin kuin muissa EU-maissa. Vuosina 1997–2006 se kasvoi noin 16 prosenttiyksikköä. Työeläkeuudistuksen täysimittainen toteutuminen ei silti poista painetta työeläkemaksujen nousuun. Jotta hyvinvoinnin rahoitus voitaisiin turvata ikääntyvässä yhteiskunnassa, työurien tulisi pidentyä edelleen. Taloudellisten kannusteiden, varhaiseläkkeiden ikärajamuutosten ja kuntoutuksen lisäksi se edellyttää myös yleisempiä, työelämän sisältöä muuttavia toimenpiteitä.

Kuvio 3. Työnjättöiän odote 50-vuotiaalle väestölle vuosina 1985–2006 sekä skenaariot vuosille 2002–2015



Sosiaali- ja terveyspalvelumenojen kehitys riippuu keskeisesti kansalaisten terveydentilan kehityksestä ja palvelusektorin tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta. Sen vuoksi sairauksien ennaltaehkäisy, terveyden edistäminen ja terveystietoisuuden lisääminen kaikissa ikä- ja väestöryhmissä on ensiarvoisen tärkeää jatkossakin. Sosiaali- ja terveyspalvelumenojen kasvua voidaan hillitä merkittävästi myös muokkaamalla palvelurakennetta, toimintaa ja tuotantotapoja sekä hyödyntämällä uutta lääketiedettä ja hoitoteknologiaa. Palvelutuotantoa voidaan tehostaa muun muassa lisäämällä alueellista ja seudullista yhteistyötä, karsimalla päällekkäisiä toimintoja ja investointeja ja verkottamalla toimintayksiköitä.

Väestön ikääntymisen myötä itsenäisen arkielämän tukeminen nousee entistä tärkeämmäksi. Kansalaisten omatoimista kotona asumista on tuettava paitsi terveyttä ja toimintakykyä vahvistamalla myös kehittämällä sellaisia asumis-, lähipalvelu- ja liikenneympäristöjä, jotka turvaavat itsenäisen elämän edellytykset toimintakyvyn alentuessakin. Näiden tavoitteiden toteuttaminen edellyttää kaikkien sektoreiden yhteistyötä, sekä eri ministeriöiden kesken että alueellisella ja paikallisella tasolla.

Syntyvyys on Suomessa EU-maiden korkeimpia, mutta sen nykyinen taso ei silti riitä turvaamaan tasapainoista väestökehitystä. Syntyvyyden kohoaminen edellyttää miesten ja naisten tasa-arvosta sekä perhe- ja lapsipolitiikasta huolehtimista, erityisesti työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisen parantamista.

2.3. Köyhyys ja syrjäytyneisyys

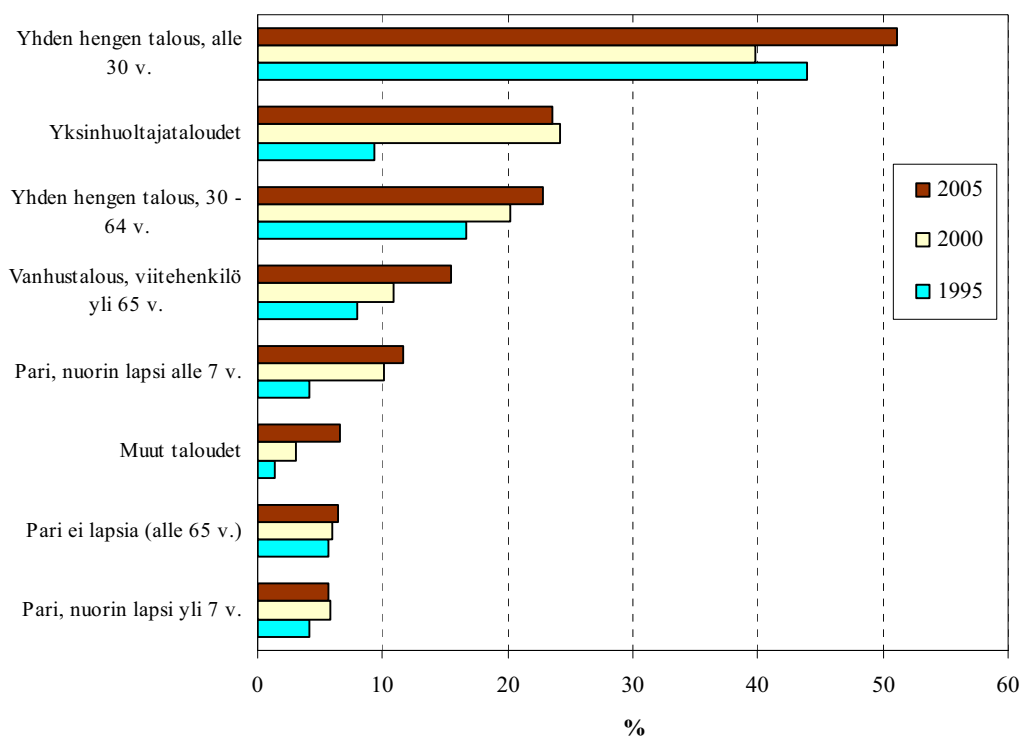
Köyhyys ja syrjäytyminen kytkeytyvät sekä yhteiskunnan kehitykseen että yksilöllisiin tekijöihin. Syrjäytyminen liittyy usein pitkäaikaiseen työttömyyteen, toimeentulo-ongelmiin, päihteiden käyttöön sekä henkisiin ongelmiin. Ne yhdessä muodostavat monimutkaisen vyyhdin, joka johtaa usein terveydentilan huonontumiseen ja työelämän vaatimusten sekä syrjäytyneen työkyvyn välisen kuilun kasvamiseen. Syrjäytymiskierrettä on tällöin entistä vaikeampi katkaista. Se onnistuu vain pitkäjänteisellä sitoutumisella moniongelmaisten tukemiseen. Vahvimmin syrjäytymistä voidaan torjua siten, että syrjäytymisen riskit otetaan huomioon kaikilla politiikan lohkoilla. Tärkeitä alueita tässä suhteessa ovat muun muassa koulutuspolitiikka, asuntopolitiikka ja työpolitiikka.

Köyhyys nähdään yleensä suppeampana käsitteenä kuin syrjäytyminen. Syrjäytymiseen kytkeytyvät tavallisesti vakavat toimeentulo-ongelmat. Sen sijaan köyhyyteen ei välttämättä liity muita syrjäytymiseen yhdistyviä tekijöitä. Niukasta toimeentulosta huolimatta muut elämän laatuun vaikuttavat tekijät kuten terveys, ihmissuhteet ja työkyky voivat olla kunnossa. Vaikka köyhyys käsitetään yleensä hieman laajemmin kuin ainoastaan pienituloisuutena, köyhyyden seurannassa rajaudutaan usein käytännön syistä ainoastaan tulojen tarkasteluun. Tulotarkastelujen pohjalta laadittuihin indikaattoreihin viitataan tästä huolimatta usein köyhyysindikaattoreina. Toinen vaihtoehto on viitata yksiselitteisesti pienituloisuuteen, jolloin tarkastelun rajoitukset tulevat selkeämmin esille.¹

¹ Näkökulman suppeus tulee hyvin ilmi verrattaessa esimerkiksi pienituloista opiskelijaa ja ikääntynyttä, vähimmäisturvan varassa elävää pitkäaikaistyötöntä. Molemmat ovat pienituloisia, mutta heidän elämäntilanteensa ja tulevaisuuden näkymänsä ovat hyvin erilaiset.

Pienituloisen väestön osuus on kasvanut viime vuosina. Pienituloisten osuuden kasvu johtuu osittain yleisen tulotason noususta, jonka seurauksena keskituloihin kiinnitetty pienituloisuusraja on kohonnut. Tulojen kasvu on alimmassa tulokymmenyksessä ollut selvästi hitaampaa kuin kotitalouksilla keskimäärin, jolloin yhä suurempi osa väestöstä on jäänyt pienituloisuusrajan alapuolelle. Yleisintä pienituloisuus on kotitalouksissa, joissa on vain yksi aikuinen (kuvio 4).

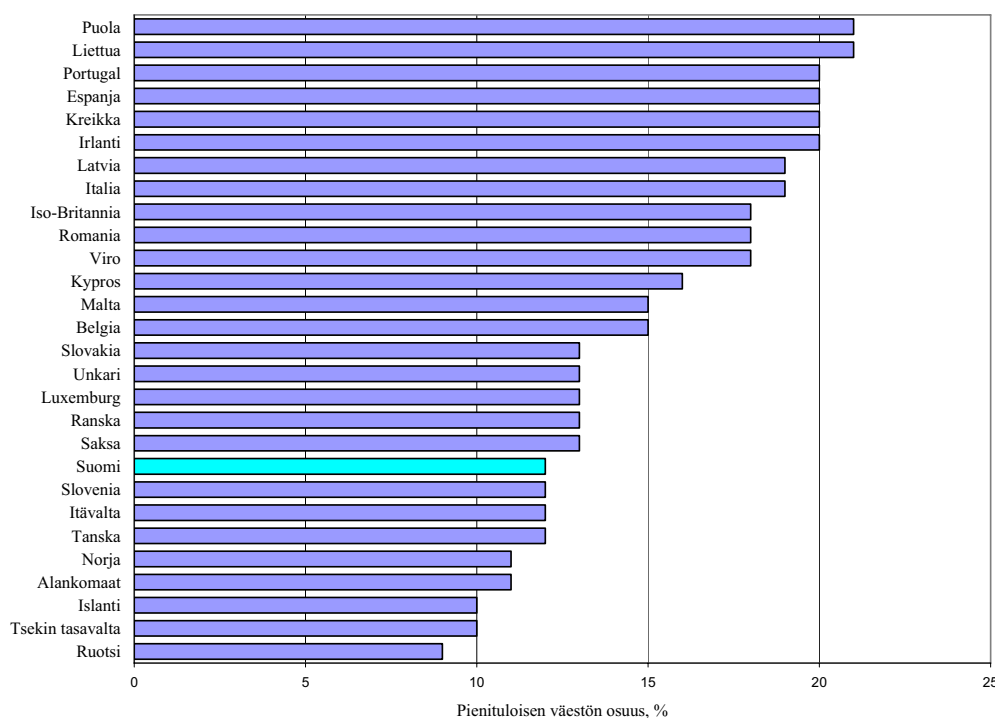
Kuvio 4. Pienituloisen väestön osuus eri perhetyypeissä vuosina 1995, 2000 ja 2005, %. Pienituloisuusraja 60 % ko. vuoden kotitalouksien käytettävissä olevasta mediaanitulosta



Lähde: STM / Tilastokeskus, tulonjakotilaston palvelutiedostot

Kansainvälisesti verrattuna pienituloisen väestön osuus on viimeaikojen kasvusta huolimatta Suomessa edelleen pieni. EU-maista Suomi sijoittuu muiden Pohjoismaiden kanssa ryhmään, jossa pienituloisuus on melko vähäistä (kuvio 5). Pienituloisen väestön osuus määritellään suhteessa kunkin maan omaan tulotasoon. Matalan tulotason maissa myös pienituloisuusraja on alhaisempi kuin korkean tulotason maissa. Tämän takia pienituloisen väestön osuutta ei sellaisenaan voi käyttää pienituloisen väestön tulojen vertailuun eri maiden välillä. Tulojen ostovoimalla mitattuna Suomen pienituloisuusraja on alhaisempi kuin esimerkiksi Iso-Britanniassa, Tanskassa tai Saksassa, mutta huomattavasti korkeampi kuin Baltian maissa tai Tšekin tasavallassa. On huomattava, että eri maiden hintatasojen vertailussa käytettävien ostovoimaparieteettien laskentaan liittyy omat vaikeutensa.

Kuvio 5. Pienituloisen väestön osuus eräissä EU/ETA-maissa vuonna 2004, %. Pienituloisuusrajana 60 % kunkin maan kotitalouksien kulutusyksikköä kohti lasketusta käytettävissä olevasta mediaanitulosta.



Vuosi viittaa tulotietojen ajankohtaan. Eurostat viittaa samoihin tietoihin niiden keruuajankohdan mukaan (2005), vaikka tulot koskevat edellistä vuotta. Lähde: Eurostat

Ripeän talouskasvun aikana ei pienituloisen väestön väliaikainen, hieman yleistä kehitystä heikompi tulokehitys ole välttämättä syrjäytymisen kannalta kovin suuri ongelma. Tärkeämpää on, että työllisyys kohentuu ja myös pienituloisten reaalitulot kasvavat. Pitkään jatkuessa muita heikompi tulokehitys muodostuu vakavammaksi ongelmaksi. Pienituloisten kotitalouksien mahdollisuudet pitää yllä väestön valtaosan kohtuullisena pitämää vähimmäiskulutustasoa eivät toteudu. Ajan myötä pienituloisten arkielämä etäännyy yhä kauemmas muusta väestöstä. Suurin osa pienituloisesta väestöstä elää pääosin erilaisten toimeentuloturvaetuksien varassa. Etuuksien kohtuullisesta tasosta huolehtiminen on siten tärkeä osa syrjäytymisen torjuntaa.

Vähimmäisetuuksia korotetaan pääsääntöisesti hintojen muutosta vastaavasti, jolloin etuusten ostovoima säilyy. Ilman vähimmäisetuuksiin aika ajoin tehtäviä tasokorotuksia etuusten taso kuitenkin erkanee yleisestä tulotasosta. Perhe-etuuksia kuten lapsilisä ja kotihoidon tukea ei ole sidottu indekseihin. Näiden etuuksien korotukset tehdään vain erillisillä päätöksillä. Sekä lapsilisien että kotihoidon tuen reaaliarvo on laskenut viimeisen kymmenen vuoden aikana niihin viime vuosina tehdyistä korotuksista huolimatta.

Hallitus on käynnistänyt sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen, joka toteutetaan vaiheittain ja ensimmäiset esitykset tuodaan eduskuntaan viimeistään syysistuntokaudella 2008. Hallituksen asettamassa komiteassa valmisteltavan sosiaaliturvauudistuksen tavoitteena on työn kannustavuuden parantaminen, köyhyyden vähentäminen sekä riittävän perusturvan tason turvaaminen kaikissa elämäntilanteissa.

Tämän lisäksi hallitusohjelmaan on kirjattu toimeentuloturvan kohennuksia, joista osa toteutetaan jo vuoden 2008 alusta. Kansaneläkkeitä korotetaan 20 eurolla kuukaudessa vuoden 2008 alusta ja samalla kansaneläkkeiden kuntien kalleusluokituksesta luovutaan. Avo- ja laitoshoidon rajanveto poistetaan vuoden 2008 alusta asteittain siten, että kansaneläke maksetaan alentamattomana laitoshoidossa oleville henkilöille. Vuoden 2008 talousarvioesitykseen sisältyy myös eläketulon verotuksen keventäminen. Tämän jälkeen eläketulon veroaste on kaikilla tulotasoilla enintään palkansaajan veroasteen suuruinen, kun verrataan yksinäisen eläkkeensaajan ja 53 vuotta täyttäneen palkansaajan veroastetta. Sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen yhteydessä valmistellaan 31.12.2009 mennessä kaikkein pienimpien eläketulojen varassa elävien toimeentulon nykyistä paremmin turvaava malli.

Lapsilisän yksinhuoltajakorotusta nostetaan 10 eurolla kuukaudessa vuoden 2008 alusta lukien. Tämän lisäksi hallitusohjelmaan on kirjattu myös muita lapsiperheiden asemaa kohentavia uudistuksia. Äitiys- isyys- ja vanhempainpäivärahojen sekä sairauspäivärahojen vähimmäistasoja korotetaan työmarkkinatuen tasolle 1.1.2009 alkaen. Yksityisen hoidon tuen tasoa nostetaan 160 euroon kuukaudessa ja lasten kotihoidon tukea nostetaan 20 eurolla kuukaudessa 1.1.2009 alkaen. Lapsilisiä nostetaan kolmannelle lapsesta alkaen 10 eurolla kuukaudessa 1.1.2009 alkaen. Osittaisen hoitorahan tasoa nostetaan 1.1.2010 alkaen 90 euroon, jotta se nykyistä paremmin korvaisi työajan lyhentämisestä johtuvaa palkan menetystä. Samalla laajennetaan osittainen hoitoraha yrittäjille.

Hallitusohjelmassa on lisäksi sovittu tuloverotuksen perusvähennyksen korotuksesta. Perusvähennyksen korotus keventää kaikkein pienituloisimpien tulonsaajien verotusta.

Syrjäytymistä vähennetään ja ehkäistään myös monin sosiaali- ja terveystalouden toimin. Kunnissa panostetaan erityisesti sosiaalityöhön, lasten ja nuorten ongelmien varhaiseen puuttamiseen, maahanmuuttajien kotouttamiseen, päihdepalveluiden riittävyteen sekä terveystalouden saatavuuteen.

2.4. Alueellinen kehitys ja alueellistaminen

Hallituksen alueelliseen tasapainoon tähtäävän politiikan tavoitteena on erojen kaventaminen alueiden kehittämisedellytyksissä, muuttoliikkeen ja väestörakenteen tasapainottaminen sekä palvelurakenteen turvaaminen koko maassa. Kunnallisten peruspalvelujen järjestämisen edellytysten turvaaminen vaatii toimintakykyisestä ja elinvoimaisesta kuntarakenteesta ja palveluiden kestävästä rahoituksesta huolehtimista. Kuntien tulopohjaan välittömästi kohdistuvien muutosten lisäksi väestön ikääntyminen, alueellinen kehitys, muuttoliike sekä kunnallisen henkilöstön voimistuva eläkkeelle siirtyminen vaikuttavat kunnallisten palvelujen kysyntään ja tarjontaan. Muutokset kohdistuvat eri tavoin eri kuntiin ja niiden huomioon ottaminen asettaa omat vaatimuksensa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmän uudistamiselle.

Hallitus antoi 29.9.2006 eduskunnalle esityksen laiksi kunta- ja palvelurakennemuutoksesta sekä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtolain muuttamisesta. Kunta- ja palvelurakennemuutos toteutetaan vahvistamalla kuntarakennetta kuntia yhdistämällä ja liittämällä osia kunnista toisiin kuntiin. Kuntajakolain säännökset kuntien yhdistämisen taloudellisesta tuesta ehdotetaan muutettavaksi siten, että ne kannustavat asukasmääriltään nykyistä olennaisesti suurempiin useita kuntia koskeviin kuntaliitoksiin. Palvelurakenteita pyritään vahvistamaan kokoamalla kuntaa laajempaa väestöpohjaa edellyttäviä palveluja ja lisäämällä yhteistoimintaa. Uudistus on merkittävä erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta. Kunnilta

ja kuntayhtymiltä edellytetään kuntien yhteistoimintarakenteiden, palvelurakenteiden ja toimintakäytäntöjen läpikäymistä ja uudistamista.

Esityksen mukaan kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen liittyvästä sosiaalitoimen tehtävistä, olisi oltava vähintään noin 20 000 asukasta. Ammatillisen peruskoulutuksen järjestämiseen edellytettäisiin kunnalta tai yhteistoiminta-alueelta 50 000 asukkaan väestöpohjaa. Esitys sisältää myös säännökset valtion kuntapolitiikan ja rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmän uudistamisen periaatteista, eräiden tehtävien siirtämisestä kunnilta valtiolle sekä tietojärjestelmien ja yhteispalvelun kehittämisestä. Myös valtionosuusjärjestelmää on tarkoitus uudistaa vuoden 2010 alusta lukien.

Alueellistaminen

Hallituksen syyskuussa 2007 julkaiseman kannanoton mukaisesti alueellistamista jatketaan kahdella edellisellä vaalikaudella saavutetun kehitysuran mukaisesti. Alueellistamisella turvataan valtion tehtävien tuloksellista hoitamista ja työvoiman saantia valtion tehtäviin, edistään maan tasapainoista alueellista kehitystä ja tuetaan työllisyyttä maan eri osissa. Toimenpiteiden kohdentamisessa otetaan erityisesti huomioon alueiden olemassa olevat ja kehittyvät osaamis- ja toimintokeskittymät.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan alueellistamista koskevan loppuraportin mukaan sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla alueellistettavia tehtäviä löytyi noin 70–90 henkilötövuoden verran. Työterveyslaitoksen organisaatio uudistui 1.1.2006 alkaen. Uudessa Työterveyslaitoksen organisaatiossa on 6 osaamiskeskusta entisen 18 osaston sijaan. Työterveyslaitoksen alueellinen toiminta tuo alan asiantuntijapalvelut ja tutkimuksen koko Suomeen. Työterveyslaitoksessa on 6 aluetoimipistettä: Helsingissä, Kuopiossa, Lappeenrannassa, Oulussa, Tampereella ja Turussa.

Osana tuottavuusohjelmaa hallinnonalan talous- ja henkilöstöpalvelut siirretään sisäasiainministeriön palvelukeskukseen Joensuuhun vuoden 2009 loppuun mennessä ja sen toimen laajentamista jatketaan. Tämä merkitsee arviolta 30 htv vastaavan työmäärän siirtoa pääkaupunkiseudun ulkopuolelle. Virastot ja laitokset siirtyvät palvelukeskuksen asiakkaiksi asteittain vuosina 2008–2009.

Lapsiasiavaltuutetun toimisto perustettiin Jyväskylään 1.9.2005. Stakes on vuonna 2005 perustanut alueyksikön Jyväskylään ja Vaasaan vuoden 2006 toukokuussa. Uusin ratkaisu on alueyksikön perustaminen Tampereelle syksyllä 2006.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmän uudistaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmää uudistetaan kahdessa vaiheessa. Uudistuksen ensimmäisessä vaiheessa toteutetaan tavoite- ja toimintaohjelmaa koskevien säännösten muutokset ja toisessa vaiheessa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaa tukevan valtionavustusjärjestelmän uudistaminen. Hallitus antoi asiaa koskevan hallituksen esityksen eduskunnalle 19.10.2006 (HE 236/2006 vp), jossa esitettiin nykyinen tavoite- ja toimintaohjelma korvattavaksi uudella sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisella kehittämisohjelmalla. Toisessa vaiheessa liitettiin kehittämistoiminnan valtionavustusjärjestelmä kansallisen kehittämisohjelman tavoitteisiin siten, että kehittämistoimintaan osoitetuilla määrärahoilla voitaisiin nykyistä paremmin edistää ja tukea kunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon pysyvää kehittämistoimintaa. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaa tukeva uusi järjestelmä otetaan kokonaisuudessaan käyttöön uuden ohjelmakauden (2008–2011) alusta.

Kuntatalous

Vuonna 2006 kuntatalous koheni selvästi koko maan tasolla. Negatiivisen vuosikatteen kuntien lukumäärä laski edellisvuoden 134 kunnasta 84 kuntaan vuonna 2006. Kuntien yhteenlaskettu vuosikate koheni selvästi ja ylitti nettoinvestointien määrän korkeasta investointitasosta huolimatta. Osaltaan tätä selittää suuret käyttöomaisuuden myynnit. Vuosikate riitti kattamaan myös käyttöomaisuuden poistot.

Huolimatta kuntien talouskehityksen yleisestä paranemisesta heikon talouden kuntia oli edelleen paljon. Kuntien ja kuntayhtymien velkaantuminen jatkui voimakkaana, lainakanta kasvoi noin 700 miljoonalla eurolla vuonna 2006. Verorahoituksen kasvu oli hyvä (6,0 %) ja se ylitti toimintamenojen lisäyksen (4,9 %).

Vuonna 2007 vuosikatteen arvioidaan nousevan 2,6 mrd. euroon ja ylittävän selvästi käyttöomaisuuden poistot. Nettoinvestointien arvioidaan olevan hieman vuosikatetta suuremmat.

Vuonna 2008 kuntien verotulojen kasvu jatkuu ja myös valtionosuudet kasvavat voimakkaasti johtuen mm. kuntien ja valtion välisestä kustannusten jaon tarkistuksesta, hallitusohjelman mukaisista valtionosuuden lisäyksistä sekä täysimääräisistä indeksikorotuksista. Toisaalta myös toimintamenot kasvavat edellisvuotta voimakkaammin ennen kaikkea kunta-alan palkkaratkaisun vuoksi.

Sisäasiainministeriön ennakkointimallin mukaan kuntien vuosikate paranee kaikissa kuntakoryhmissä vuosina 2007-2008. Alle 2 000 asukkaan kuntaryhmässä kasvu on kuitenkin vähäistä. Kuntakoon kasvaessa vuosikate vahvistuu. Myös maakunnittain tarkasteltuna vuosikate paranee kaikissa maakunnissa vuosina 2007-2008.

Väestön ikärakenteen muutoksesta johtuva palvelujen kysynnän kasvu lisää kuntien menoja. Myös muuttoliike lisää menoja kasvukunnissa ja vaikeuttaa palvelurakenteen ylläpitoa muutotappiokunnissa.

Kuntien menojen hallinta on suurien haasteiden edessä. Peruspalvelujen turvaaminen edellyttää valtion toimenpiteiden ohella myös kunnilta toimintatapojen ja palvelurakenteiden jatkuvaa arviointia sekä valmiutta sellaisiin rakenteellisiin uudistuksiin, joilla on mahdollista lisätä taloudellisuutta ja tehokkuutta. Kunnallisten peruspalvelujen saatavuuden ja laadun turvaaminen kohtuullisella vero- ja maksurasitteella edellyttää panostusta toimintakykyiseen ja elinvoimaiseen kuntarakenteeseen.

Peruspalveluohjelman mukaan arvioidaan kuntien toimintamenojen kasvavan vuosina 2008-2011 keskimäärin 5,1 prosenttia vuodessa. Vastaavan aikana verotulojen arvioidaan kasvavan 4,3 prosenttia vuodessa. Kuntatalouden arvioitu tasapainottuminen riippuu ensisijaisesti toimintamenojen ja verotulojen kasvusta. Eriytymiskehitys jatkuu myös lähivuosina. Talouden tasapainotusongelmat keskittyvät niihin kuntiin, jotka eivät omilla päätöksillään pysty riittävästi vaikuttamaan toimintamenojensa kehitykseen. Kunta- ja palvelurakenneuudistukseen liittyvien rakenteellisten uudistusten tarve korostuu entisestään, kun hyvän tulorahoituksen aikana tulisi tehdä rakenteellisia muutoksia jotka mahdollistavat varautumisen tulevaisuuden uhkatekijöihin.

Taulukko 1. Kuntien ja kuntayhtymien talouden tunnuslukuja, miljardia euroa

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toimintakate	18,0	-18,7	-19,6	-20,7	-21,8	-22,9	24,0
Verotulot	14,3	15,2	16,3	17,3	18,3	19,2	19,9
Käyttötalouden valtionosuudet ¹⁾	5,1	5,5	5,8	6,6	6,8	7,1	7,4
- josta STM:n osuus	3,7	4,0	4,3	5,1	5,1	5,4	5,6
Satunnaiset erät, netto	0,3	0,8	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Vuosikate	1,5	2,1	2,5	3,3	3,6	3,6	3,5
Investoinnit, netto	2,1	1,8	2,7	2,9	2,8	2,7	2,7
Lainakanta	7,7	8,4	8,8	8,9	8,9	8,8	8,8
Kassavarat	3,2	4,1	4,1	4,1	4,1	4,2	4,2
Nettovelka (lainakanta – kassavarat)	4,5	4,3	4,7	4,8	4,7	5,6	4,6

Taulukon luvut perustuvat vuodesta 2007 lähtien ennakkotietoihin tai ennusteisiin

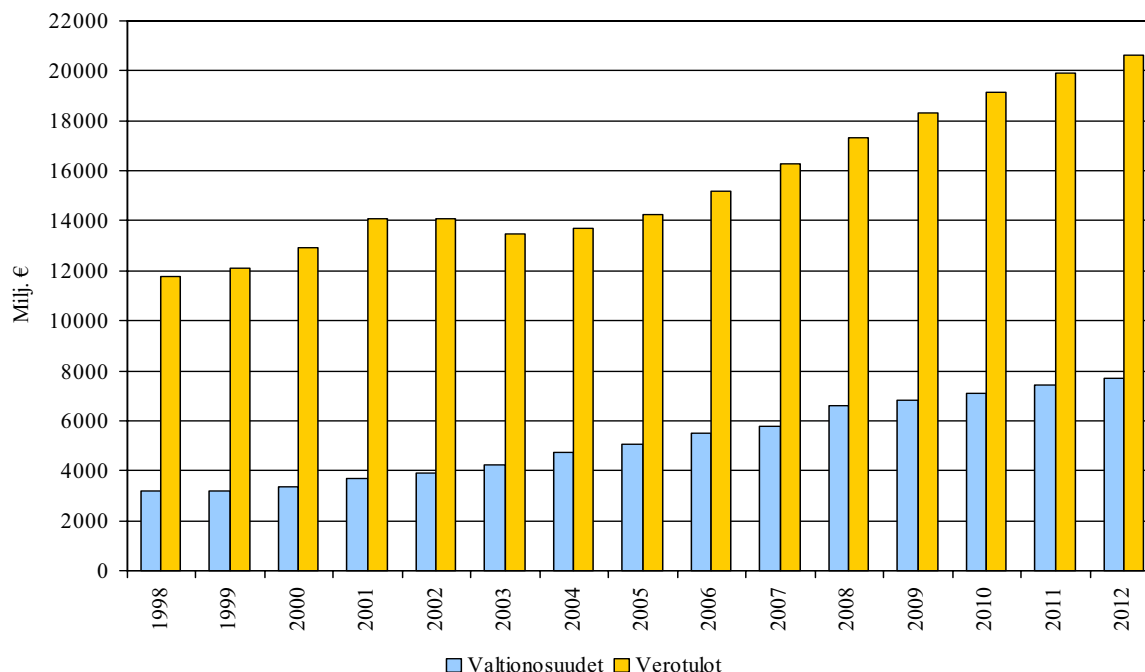
1) Kuntien kirjanpidon mukaan

Lähde: Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta, 2007 5.11.2007

Valtion toimenpiteet ovat vähentäneet kuntien eriytymiskehitystä, silti kaikkein heikoimmin menestyvät kunnat ovat edelleen asukasluvultaan pieniä. Niissä on talouden tasapainottamisongelmia ja joissakin kunnissa on useilta peräkkäisiltä vuosilta kertyneitä alijäämiä. Kaikkiaan kumulatiivista alijäämää oli vuoden 2005 lopussa 177 kunnalla. Yhteensä kertynyttä alijäämää oli 433 milj. euroa ja 80 prosenttia siitä kohdistui alle 10 000 asukkaan kuntiin.

Maaseutumaisissa ja alle 6 000 asukkaan kunnissa valtionosuudet muodostavat keskimäärin noin 40 prosenttia kuntien tuloista. Yli 100 000 asukkaan kunnissa valtionosuuksien osuus tulomuodostuksesta on pieni. Kuntatalouden kannalta ongelmallisin kuntaryhmä on sellainen, jonka kuntien vuosikatteet ovat olleet useampana peräkkäisenä vuotena negatiivisia ja joiden tulo-rahoitus ei riitä menojen kattamiseen. Näille kunnille on tunnusomaista pieni asukasluvu, muuttotappiot, maaseutumainen kuntarakente, korkea veroprosentti ja rahoitusaseman heikkous. Näissä kunnissa ovat palvelujen järjestämisen kustannukset reilusti koko maan keskiarvon yläpuolella.

Kuntien tehtävien ja velvoitteiden rahoituksen tasapainoa parannetaan valtion ja kuntien välisellä peruspäalveluohjelmalla ja siihen liittyvällä vuosittaisella peruspäalvelubudjetilla. Peruspäalvelubudjetilla ajoitetaan ja täsmennetään peruspäalveluohjelman mukaisten toimenpiteiden vuosittainen toteutus, kustannukset ja rahoitus. Valtionosuusuudistuksen ensimmäinen vaihe toteutettiin vuoden 2006 alusta lukien. Uudistuksessa valtion ja kuntien välinen kustannusten-jako ei kokonaistasolla muuttunut. (Kuvio 9)

Kuvio 6. Kuntien käyttötalouden valtionavut sekä verotulot vuosina 1998–2012

2.5. Tietoteknologian hyödyntäminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon ohjausta on vahvistettu. Ohjausvastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä, joka vastaa mm. tietojärjestelmäarkkitehtuuriin liittyvästä, eri osapuolten järjestelmätoteutuksia ohjaavasta määrittelytyöstä. Ministeriön yhteydessä toimii keskeisistä sidosryhmistä koostuva sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen tietohallinnon neuvottelukunta. Neuvottelukunnan tehtävänä on ohjata valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden toteutusta, hyväksyä valtakunnallisesti vaadittavat määrätykset ja standardit sekä ohjata ja koordinoita tietoteknologian alueellista toimeenpanoa. Suunnitelmakaudella korostuu lisäksi sekä poikkihallinnollisen yhteistyön että EU-tason yhteistyön tarve.

Terveydenhuoltoon rakennetaan suunnitelmakaudella sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen valtakunnallinen tietojärjestelmäarkkitehtuuri, joka tukee palveluiden laadukasta ja kustannustehokasta tuottamista sekä kansalaisen toimintamahdollisuuksia. Keskeisen osan tietojärjestelmäarkkitehtuuria muodostavat valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut, jotka mahdollistavat tietojen reaaliaikaisen, tietoturvallisen saatavuuden hoitotilanteessa sekä asiakirjojen sähköisen arkistoinnin.

Valtakunnallisen tietoarkkitehtuurin toimeenpanon perustana on laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä sekä laki sähköisestä lääkemääräyksestä. Potilasdokumenttien jakelusta ja säilytyksestä vastaavan valtakunnallisen sähköisen arkistopalvelun sekä reseptitietokannan toteuttajana on Kela ja terveydenhuollon ammattivarmennepalvelujen toteuttajana TEO. Stakes vastaa tietojärjestelmissä vaadittavien koodistojen ja luokitus-ten ylläpidosta.

Terveydenhuollon toimijat veloitetaan siirtymäajan kuluessa liittymään sähköisen asiakastietojärjestelmän valtakunnallisiin palveluihin. Siirtymäkaudelle varataan valtion rahoitusta, tämän jälkeen järjestelmät rahoitetaan käyttäjämaksuin. Valtakunnalliseen arkkitehtuuriin liittyminen edellyttää, että potilastietojärjestelmät tulee uudistaa vastaamaan kansallisia vaatimuksia, ja että toimintayksiköissä on riittävä ja laadukas laitekanta sekä nopeat ja turvalliset verkkoyhteydet. Käyttöönottoja tuetaan kansallisesti viestinnän ja koulutuksen avulla ja käyttöönottojen vaatima asiantuntijatuki ja koordinointi varmistetaan kansallisesti.

Kansalaiselle tarjotaan pääsy omiin tietoihinsa ja kansalaisen mahdollisuuksia ohjata ja valvoa omien tietojensa käyttöä parannetaan. Kansalaisille rakennetaan luotettavaa terveystietoa tarjoava portaali (terveysuomi.fi). Kansalaisen sähköiset palvelut rakennetaan yhteisesti sovitun arkkitehtuuriin ja valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin tukeutuen. Suunnitelma kansalaisten sähköisten palveluiden toteutuksesta ja vaadittavista kansallisista toimenpiteistä valmistellaan osana sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen tietohallinnon neuvottelukunnan työtä.

Valtakunnallinen tietojärjestelmäarkkitehtuuri mahdollistaa tiedon paremman jatkohyödyntämisen. Tilastoinnissa sekä eri organisaatioiden välisessä tiedonvälityksessä hyödynnetään strukturoitua sähköistä tiedonkeruuta sekä valtakunnallista viestinvälitysratkaisua. Arkistoon ja reseptikeskukseen kertyvän tiedon hyödyntämistä tutkimuksessa, tilastoinnissa ja päätöksenteon tukena valmistellaan osana sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen tietohallinnon neuvottelukunnan työtä.

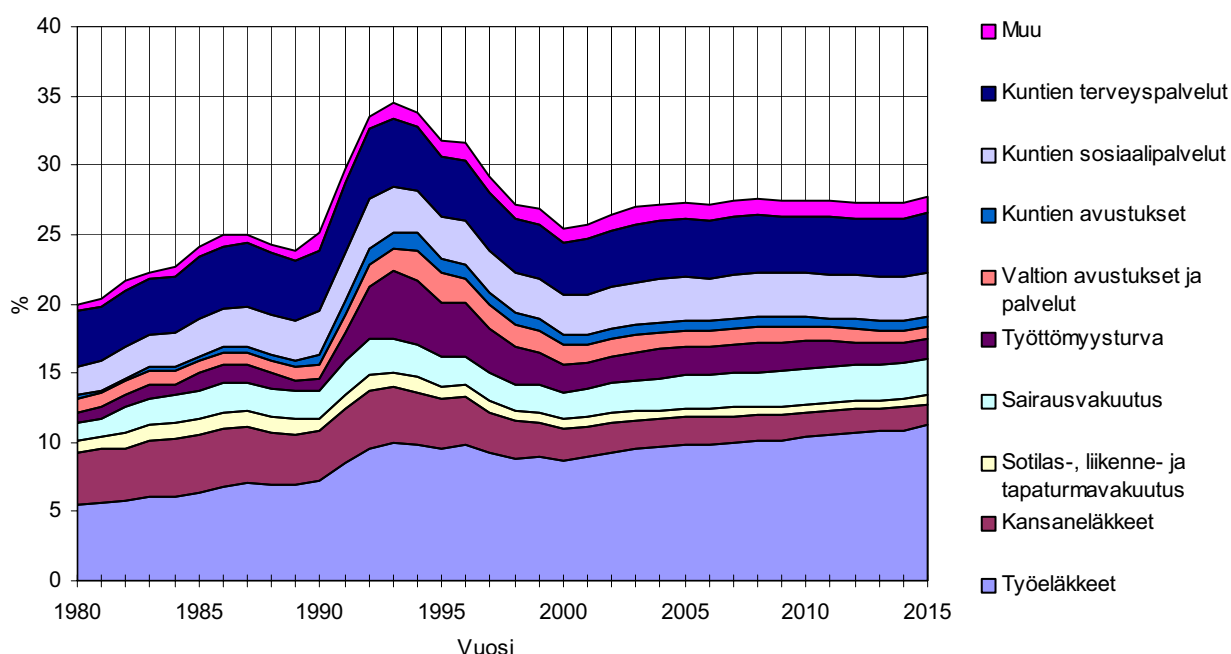
Sosiaalihuollossa hyödynnetään yhteistä arkkitehtuuria soveltuvin osin. Tietoteknologian käytön edistämistä sosiaalihuollossa on työstyetty osana Sosiaalialan kehittämishanketta. Ensimmäisessä vaiheessa luodaan määrätykset yhtenäiselle, koko maan kattavalle asiakastietojärjestelmälle. Esitykset sosiaalihuollon tietojärjestelmien kansalliseksi arkkitehtuuriksi tehdään vuonna 2008. Tältä pohjalta käynnistetään tarvittava valmistelu ml. mahdollinen lainsäädäntötyö.

3. Sosiaaliturvan menot ja käyttö

Valtion talousarvion kautta rahoitetaan kaikista sosiaalimenoista noin kolmannes. Sosiaali- ja terveysministeriön pääluokan osuus sosiaalimenoista on lähes neljännes, koska sosiaalimenoihin kuuluvia eriä rahoitetaan myös muiden pääluokkien kautta. Pääosa sosiaalimenoista rahoitetaan budjetin ulkopuolisin tuloerin.

3.1. Sosiaalimenojen kehitys

Kuvio 7. Sosiaalimenot/bkt kehitysarvio vuosille 1980–2015, %



Viime vuosina Suomen sosiaalimenot suhteessa bruttokansantuotteeseen ovat olleet hieman alle EU-maiden keskiarvon. Vuonna 2006 Suomen sosiaalimenojen bkt-suhte laski 26,2 prosenttiin. Tämä johtui pitkälti vahvasta talouskasvusta. Vuosina 2007–2012 sosiaalimenojen bkt-suhteen ennakoitaan pysyttelevän 25 ja 26 prosentin välillä. Sosiaalimenot kasvavat samaa tahtia talouskasvun kanssa. Lähivuosina sosiaalimenoja kasvattavat erityisesti eläke- ja terveydenhuoltomenot.

3.2. Sosiaaliturvan menot ja tarve

Eläkemenoja nostaa eläkeläisten määrän selvä kasvu, uusien työeläkkeiden yhä korkeampi taso sekä vanhoihin eläkkeisiin vuosittain tehtävät indeksitarkistukset. Työeläkemenojen arvioidaan kasvavan vuosittain noin 5 prosenttia. Kansaneläkemenot laskevat kansaneläkettä saavien lukumäärän vähetessä, tosin vuoden 2008 alussa tehtävä tasokorotus nostaa menoja väliaikaisesti. Jatkossa entistä useampi eläkeläinen saa vain työeläkettä. Vanhuuseläkeläisten määrä nousee väestön ikääntyessä. Vuonna 2005 voimaan tullut eläkeuudistus kannustaa jatkamaan työelämässä aiempaa pidempään. Samalla vanhuuseläkkeen ikäraja muuttui joustavaksi. Tämä vaikeuttaa tulevien eläkkeiden määrän ennustamista, mutta alustavat tiedot uu-

distuksen vaikutuksista ovat myönteiset. Asennetutkimusten mukaan työntekijät ovat valmiita jatkamaan työelämässä nykyistä kauemmin, mikä hillitsee jatkossa eläkemenojen kasvua. Työttömyyseläkkeiden määrä vähenee tulevina vuosina tämän eläkelajin poistuessa tällä suunnittelujaksolla. Muutos lisää hieman työttömyyspäivärahojen sekä työkyvyttömyyseläkkeen saajien määrää. Vuodesta 2010 elinaikakerroin alkaa alentaa tulevien eläkkeiden tasoa, mikäli elinajanodote nousee eikä eläkkeelle siirtyminen myöhenny samassa suhteessa. Myös rintamaveteraanien määrä laskee ja eri rintamaetuuksia maksetaan aiempaa vähemmän.

Sairauspäivärahojen määrä kasvaa edelleen työllisyyden ja työllisten määrän kasvaessa. Myös työikäisen väestön ikääntyminen tulee nostamaan sairauspäivärahojen määrää. Äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahoihin vuonna 2007 tehtävät uudistukset ja korotukset nostavat osaltaan sairausvakuutusmenoja. Syntyvien lasten lukumäärä on viime vuosina pysytellyt noin 58 000:ssa. Syntyvien lasten vuosittaisen lukumäärän odotetaan kuitenkin nousevan tulevan vuosikymmenen aikana lähelle 61 000:a, jonka jälkeen määrä kääntyy laskuun. Työllisyysasteen kohotessa ja syntyvien lasten määrän hiukan noustessa lisääntyy päivähoidon tarve edelleen. Sen sijaan lapsilisää saavien määrä laskee, sillä vuosina 1992–1995 syntyi vuosittain 64 000–67 000 lasta ja he täyttävät tällä suunnittelukaudella 17 vuotta. Lastensuojelun tarve on lisääntynyt edelleen ja tämä on nostanut lastensuojelun kustannuksia. Tavoitteena on saada lasten huostaanotot vähentymään.

Sairauteen ja terveyteen kohdistuvat sosiaalimenot ovat kasvaneet viime vuosina reaalisesti lähes 4 prosentin vauhtia. Eniten ovat nousseet lääkkeiden ja hammashuollon menot. Hammashuollon menojen kasvu johtuu hammashuollon kattavuuden asteittaisesta laajentumisesta. Ajanjaksona 2007–2012 sairauteen ja terveyteen liittyvät menot kasvavat reaalisesti keskimäärin 3,5 prosenttia vuosittain. Väestön ikääntyminen ja lääkkeiden käytön lisääntyminen lisäävät lääkemenoja. Ne kasvavat edelleen muita terveydenhuollon menoja nopeammin. Selvistä kasvusta huolimatta lääkkeiden hintatarkistukset ja lääkevaihto hintakilpailuineen hidastavat korvausmenojen nousua. Hoidon tehostumisen seurauksena erikoissairaanhoidon hoitajaksot lyhenevät myös jatkossa. Kehittynyt lääkehoito mahdollistaa osaltaan potilaiden aiempaa nopeamman kotiuttamisen ja kotihoidon. Vuonna 2005 voimaan tullut terveydenhuollon ns. hoitotakuu on lyhentänyt hoitajaksot. Perusterveydenhuoltoon tehtävien käyntien määrän laski vuonna 2006, mutta niiden ennakoidaan jatkossa kasvavan väestön ikääntymisen sekä osittain hoitoon pääsyn turvaamislain vuoksi. Tavoitteena on myös äitiys-, lastenneuvola- ja kouluterveydenhuollon käyntien lisääminen. Erikoissairaanhoidon hoitajaksot kasvavat vain hieman, sillä päiväkirurgisesti toteutettujen toimenpiteiden osuus kasvaa edelleen.

Taulukko 2. Sosiaalimenojen lähivuosien kehitysarvio ja suhde BKT:seen vuosina 2006–2012

	2006*	2007**	2008**	2009**	2010**	2011**	2012**
Sosiaalimenot yhteensä, mrd. €, käypiin hintoihin	43,7	45,1	47,3	49,9	52,1	54,2	56,5
Sosiaalimenojen jakauma, %							
Työeläkkeet	36	37	37	38	38	39	39
Kansaneläkkeet	7	6	6	6	6	6	6
Sotilas-, tapaturma- ja liikennevakuutus	3	3	3	3	3	3	3
Sairausvakuutus	10	10	10	10	10	10	10
Työttömyysturva	7	6	6	6	5	5	5
Valtion avustukset	5	5	4	4	4	4	4
Kuntien avustukset	2	2	2	2	2	2	2
Kuntien sosiaalipalvelut	12	12	12	12	12	12	12
Kuntien terveystulot	16	16	16	16	16	16	16
Muut	4	4	4	4	4	4	4
Sosiaalimenot/BKT, %	26,2	25,2	24,9	25,1	25,3	25,3	25,4

* ennakkotieto

** ennuste

Työttömyysaste on laskenut voimakkaasti viime vuosina, mikä vähentää työttömyysturvan tarvetta. Vuonna 2006 työttömyysmenot pienenivät, ja laskun ennakoidaan jatkuvan. Toimeentulotukeen ja työmarkkinatukeen vuonna 2006 tehty rahoitusuudistus näyttää vähentävän nopeasti työmarkkinatukea pitkäaikaisesti saavien määrää. Työllisyyden kohentuminen sekä joihinkin minimietuuksiin viime vuosina tehdyt korotukset heijastuvat toimeentulotukiasiakaiden määrän pienentymisenä.

Väestön ikääntyminen lisää terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelutarvetta. Tarve ei kuitenkaan kasva lineaarisesti väestön ikääntymisen kanssa, sillä ikääntyneiden toimintakyky kohoaa samalla ja siirtää hoitotarvetta nykyistä myöhempään vuosiin. Hoivan tarve kohoaa selvästi vasta 75 ikävuodesta lähtien. Vanhuspalvelumenot ovat kasvaneet viime vuosina reaalisesti noin 5 prosentin vuosivauhtia väestön ikääntyessä ja palvelutarjonnan lisääntyessä. Vanhuspalvelumenojen kohoamista pyritään hillitsemään lisäämällä tukipalveluja, kotipalveluja ja omaishoidon tukea, panostamalla palvelutarpeen kartoittamiseen hyvissä ajoin sekä ylläpitämällä vanhusten toimintakykyä hyvänä. Kuntien sosiaalipalvelumenoja on kasvattanut myös vammaispalvelujen lisääntyneet kysyntä.

Taulukko 3. Keskeisten sosiaaliturvaetuuksien saajien lukumäärät vuosina 2006–2012
(1 000 henkilöä)

	2006	2007*	2008**	2009**	2010**	2011**	2012**
Vanhuuseläke 31.12.	964	987	1 010	1 030	1 050	1 070	1 090
Työkyvyttömyyseläke 31.12.	267	264	261	260	259	258	257
Työttömyyseläke 31.12.	48	46	43	38	31	25	0
Työttömyys, ansiopäiväraha 31.12.	115	100	97	90	87	87	85
Peruspäiväraha 31.12.	18	16	15	14	13	13	13
Työmarkkinatuki 31.12.	115	102	97	90	88	88	86
Sairauspäiväraha, vuoden aikana	349	352	355	358	361	364	367
Vanhempainraha 31.12.	54	54	54	54	53	53	53
Lapsilisälapsia 31.12.	1 031	1 026	1 020	1 015	1 010	1 010	1 011
Pienten lasten hoidon tuki (lapset) 31.12.	128	128	127	127	126	126	125
Kunnallisessa päivähoidossa olevat lapset 31.12.	189	190	190	191	193	194	195
Perusterveydenhuolto, terveyden- ja sairaanhoidon käynnit (milj.)	24,9	25,1	25,2	25,4	25,6	25,8	26,0
Erikoissairaanhoito, hoitajakset	1 024	1 027	1 030	1 033	1 035	1 037	1 039
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa 75v. täyttäneet 31.12.	25	24	23	22	21	20	20
Palveluasunnoissa 75v. täyttäneet 31.12.	23	24	26	27	29	31	32
Kodinhuoltoapu, kotitaloudet	116	117	118	119	120	121	122
Yleinen asumistuki	150	148	145	137	134	133	132
Toimeentulotuki	360	360	360	350	335	315	310

* arvio

** ennuste

3.3. Sosiaalimenojen rahoitus

Suomalainen sosiaaliturva rahoitetaan työnantajilta ja vakuutetuilta kerättävin maksuin, vero-rahoituksella sekä asiakasmaksuilla. Sosiaalimenojen suurin rahoittaja on työnantajat, jotka osallistuvat eläkkeiden, työttömyysturvan sekä sairausvakuutuksen rahoittamiseen vakuutusmaksuin. Myös vakuutetut maksavat eläke-, työttömyys- ja sairausvakuutusmaksua. Valtio rahoittaa pääosin perusturvan, kuten työttömien perusturvan, lapsilisät, asumistuet sekä mak-saa kunnille valtionosuutta sosiaali- ja terveystalvelujen rahoittamiseen. Kunnilla on päävas-tuu sosiaali- ja terveystalvelujen rahoittamisesta. Lisäksi sosiaalimenoja rahoitetaan sosiaali-turvarahastoista saatavilla korko- ja osinkotuotoilla.

Vuonna 2006 työnantajien ja vakuutettujen osuus sosiaalimenojen kokonaisrahoituksesta laski hieman, sillä heidän työeläkemaksuja alennettiin tilapäisesti 0,6 prosenttiyksiköllä. Työllisten määrän arvioidaan kasvan koko tarkastelujakson ajan. Tämä sekä vuosille 2008–2012 enna-koidut pienet korotukset työnantajien ja työntekijöiden työeläkemaksuihin kasvattavat jatkos-sa työnantajien ja työntekijöiden rahoitusosuuksia sosiaalimenoista. Samaan suuntaan vaikut-taa hieman vuonna 2006 toteutettu sairausvakuutusuudistus.

Taulukko 4. Sosiaaliturvan kokonaisrahoitus Suomessa vuosina 2006–2012, rahoitusosuudet prosentteina

Rahoittajat	Osuus sosiaalimenojen rahoituksesta, %						
	2006*	2007**	2008**	2009**	2010**	2011**	2012**
Valtio	25,1	24,6	24,2	23,7	23,2	22,5	22,2
Kunnat	18,8	18,8	18,9	19,1	19,3	19,5	19,7
Työnantajat	38,3	38,5	38,5	38,6	38,7	38,8	38,8
Vakuutetut	11,8	11,9	12,0	12,1	12,2	12,3	12,4
Rahastojen tuotot	6,0	6,2	6,4	6,5	6,6	6,9	7,0
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* ennakkotieto

** ennuste

Sairausvakuutuksen rahoitus uudistettiin vuodesta 2006 jakamalla se kahteen osaan: työtulo- vakuutukseen ja sairaanhoitovakuutukseen. Työtulovakuutuksen rahoittavat työnantajat, palkansaajat, yrittäjät sekä valtio. Valtion maksamia etuuksia ovat vanhempain- ja sairauspäivärahat sekä työterveyshuolto. Valtio rahoittaa kaikki vähimmäispäivärahat. Sairaanhoitovakuutuksen rahoittavat vakuutetut sekä valtio. Tämä vakuutus maksaa sairaanhoitokorvaukset lääkkeitä ja yksityisten lääkkeiden palkkiot sekä tutkimukset ja kuntoutusmenot. Valtio rahoittaa noin puolet sairaanhoitovakuutuksesta. Sairausvakuutuksen uudistus selkeyttää Kelan rahoitusta. Se lisää vakuutusmaksutuloja, mutta myös valtion suora osuus Kelan menoista kasvaa. Toisaalta uudistus vähentää valtion takuusuorituksen tarvetta.

Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelumenot kasvavat tulevina vuosina, sillä väestön ikääntymisen lisää hoivapalvelujen tarvetta. Tämä näkyy myös henkilöstötarpeen kasvuna. Päivähoito- henkilökunnan tarve laskee kuitenkin hieman. Kunnat ovat viime vuosina lisänneet henkilöstönsä määrää selvästi. Lisääntynyt palvelutarve nostaa kuntien rahoitusosuutta sosiaalimenojen kokonaisrahoituksesta.

Valtio on nostanut valtionosuuttaan kuntien sosiaali- ja terveystenonjen rahoitukseen merkittävästi. Tämä on hidastanut kuntien oman maksuosuuden kasvua. Kansalliseen terveydenhuollon hankkeeseen ja Sosiaalialan kehittämishankkeeseen liittyen kuntien valtionosuuksia korotettiin vuosina 2005–2007 yhteensä 258 milj. euroa. Lisäksi vuosina 2005–2006 vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankerahasta on varattu 30 milj. euroa ja vuonna 2007 noin 12,6 milj. euroa terveydenhuollon kehittämishankkeisiin sekä noin 25 milj. euroa sosiaalialan kehittämishankkeisiin ja alkoholiohjelman mukaisiin hankkeisiin vuosittain. Vuonna 2008 valtionosuus kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin on 5 075 milj. euroa jossa on lisäystä edellisvuoden tasosta lähes 766 milj. euroa. Valtion rahoittamaa osuutta sosiaalimenojen rahoituksesta pienentää työttömyyden alentuminen, lapsilisien sekä muun perusturvan tarpeen vähentyminen.

Taulukko 5. Sosiaali- ja terveystalouden valtionosuusprosentti 2002–2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Valtionosuusprosentti	25,36	28,06	31,82	32,99	33,32	33,88	32,74

Valtionosuusprosentin alentuminen vuonna 2008 johtuu lähinnä valtion ja kuntien välisen la-
kisääteisen kustannustenjaon tarkistuksen yhteydessä tehdystä laskennallisten kustannusten
oikaisusta vastaamaan todellista kustannuskehitystä. Koska ennen vuotta 2008 tehtyjä indek-
sitarkistusten leikkauksia ei ole tarkoitus hyvittää kunnille täytyy valtionosuusprosenttia las-
kea laskennallisten kustannusten nousua vastaavasti. Vuodesta 2008 lähtien valtionosuuksien
indeksikorotukset maksetaan täysimääräisinä.

Sosiaaliturvarahastojen tuottojen osuus sosiaalimenojen kokonaisrahoituksesta on pieni. Kor-
kotason sekä eläkerahastojen kasvaessa rahastotuottojen osuuden ennakoidaan nousevan hie-
man.

4. STM:n hallinnonalan tavoitteet ja toimintalinjaukset

TTS -kauden tavoitteet pohjaavat sosiaali- ja terveysministeriön Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 –linjausasiakirjaan, hallitusohjelmaan sekä HSA 2007 asiakirjaan. Vaikuttavuustavoitteina on käytetty STM:n hallinnonalan tulosohjauksen tavoitteita.

4.1. Edistetään terveyttä ja toimintakykyä

Vaikuttavuustavoitteet

- Väestöryhmien väliset terveyserot supistuvat
- Nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee
- Alkoholin kansanterveydelliset haitat vähenevät
- Huumausaineiden käytöstä koituvat haitat vähenevät
- Työikäisten työ- ja toimintakyky kohenee
- Yli 75-vuotiaiden toimintakyky paranee
- Vanhusten kotona asuminen ja selviytyminen paranee
- Talousvesistä ja elintarvikkeiden käsittelystä aiheutuvia epidemioita vähennetään

Tavoitteena on saada koko yhteiskuntapolitiikka tukemaan terveyttä ja hyvinvointia. Pohja luodaan jo lapsuus- ja nuoruusiässä. Yhtä tärkeää on parantaa työikäisten toimintakykyä, haakea uusia toimintamalleja tukemaan kasvavan vanhusväestön itsenäistä suoriutumista sekä vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. Terveellisen elinympäristön merkitys kansanterveydelle korostuu.

Keskeisenä hankkeena on Terveyden edistämisen politiikkaohjelma, joka toteutetaan vuosina 2007 - 2011. Muita hankkeita ovat Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä (MASTO) hanke sekä Alkoholiohjelma.

Toimenpidelinjaukset

Yhteiskuntapolitiikka tukemaan toimintakykyä ja hyvinvointia

Terveys otetaan valintoja ohjaavaksi periaatteeksi yhteiskuntapolitiikan eri tasoilla: kansainvälisessä yhteistyössä, kansallisesti, alueellisesti ja paikallisesti. Päätöksenteossa arvioidaan ennakolta vaikutuksia ihmisten terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin sekä arvioidaan sukupuolivaikutukset. Ihmisten omatoimisuutta terveytensä ja hyvinvointinsa ylläpitäjinä ja edistäjinä tuetaan huolehtimalla, että ympäristö ja olosuhteet tukevat terveellisiä valintoja.

Kavennetaan väestöryhmien välisiä terveyseroja

Tavoitteena on, että yleinen terveydentila kohenee. Samalla terveyden eriarvoisuus vähenee, kun heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien suhteellinen asema paranee. Terveyseroja kavennetaan vaikuttamalla ryhmiin, joissa on eniten terveysriskejä, kuten tupakointia, alkoholin käyttöä ja ylipainoisuutta. Lisätään palvelujärjestelmän tasa-arvoisuutta ja vahvistetaan kunnissa tapahtuvaa terveyserojen kaventamistyötä.

Terveydelle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille pohja lapsuus- ja nuoruusiässä

Ensisijaista on tukea oikea-aikaisesti lasten ja nuorten tervettä ja turvallista kehitystä sekä perheiden hyvinvointia. Tavoitteena on edistää terveellistä, vastuullista ja päihteetöntä elämäntapaa sekä vahvistaa nuorten osallistumista. Tärkeää on tehostaa varhaista puuttumista lasten fyysisen ja sosioemotionaalisen kehityksen häiriintymiseen, oppimisvaikeuksiin, terveyttä vaarantaviin elämäolosuhteisiin ja sairauksiin. Ongelmiin on puututtava riittävän ajoissa.

Parannetaan työikäisten terveyttä ja toimintakykyä

Työikäistä väestöä koskeva päätavoite on työ- ja toimintakyvyn ylläpito, jotta työelämässä voidaan jatkaa 2–3 vuotta kauemmin. Vanhemmissa työikäisissä ikäryhmissä sovitetaan yhteen työelämän vaatimukset työntekijöiden fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn kanssa. Työpaikkatason toiminta, sen osana johtaminen ja yhteistyö, ovat avain työkykyongelmiin, työssä jaksamiseen ja jatkamiseen.

Uusia toimintamalleja vanhusten toimintakyvyn parantamiseen

Ikääntyneiden toimintakyvyn parantamiseksi lisätään riittävän varhaista ja monipuolista ehkäisevää ja kuntouttavaa toimintaa. Lisätään omaehtoista liikuntaa, liikuntapainotteista kuntoutusta ja terveellisen ravitsemuksen opastusta sekä vahvistetaan sosiaalisia verkostoja. Tavoitteena on vanhusten toimintakyvyn koheneminen. Kodin ja lähiympäristön esteettömyys, toimivuus ja turvallisuus tukevat vanhusten omatoimisuutta toimintakyvyn heikentyessä.

Tuetaan vammaisten henkilöiden aktiivista osallistumista yhteiskuntaan

Vammaisille henkilöille turvataan itsenäisen elämän edellytykset ja täysivaltainen oikeus osallistua yhteiskuntaelämään omien voimavarojensa mukaan. Vammaisten itsenäistä suoriutumista tuetaan toimivilla ja turvallisilla asunnoilla ja yhdenvertaisen osallistumisen mahdollistavilla, esteettömillä ja helposti saavutettavilla lähi- ja työympäristöillä. Vammaispolitiikan asemaa vahvistetaan yhteiskuntapolitiikan eri aloilla. Vammaisten henkilöiden ja vammaisjärjestöjen asiantuntemusta hyödynnetään suunnittelussa, päätöksenteossa ja kehittämistoiminnassa.

Selkeät painotukset ympäristöterveyteen

Ympäristöterveydenhuollon tavoitteena on ehkäistä ja poistaa ympäristöstä aiheutuvia terveyshaittoja kansallisin ja kansainvälisin toimin. Ympäristöterveydenhuollon kehittämisessä otetaan huomioon Suomen erityisolosuhteet. Ympäristöterveydenhuollon tärkeimpiä tavoitteita on edistää maankäytön ja rakentamisen suunnittelua, jotta saadaan aikaan turvallinen ja terveellinen ympäristö ja esimerkiksi meluhaittoja ja liikenteen päästöjä voidaan vähentää.

4.2. Lisätään työelämän vetovoimaa

Vaikuttavuustavoitteet

- Työelämässä pysytään 2–3 vuotta nykyistä kauemmin
- Sairauksien ja ammattitautien aiheuttamat poissaolot kääntyvät laskuun ja vähenevät 15 %
- Työtapaturmien taajuus ja ammattitautien syntyminen vähenevät 40 % ja niiden vakavuusaste vähenee
- Työkäisten tupakointi ja alkoholin kulutus kääntyvät selvään laskuun
- Työelämään tulo aikaistuu
- Helpotetaan työ- ja perhe-elämän yhteensovittamista
- Työterveydenhuollon saatavuus ja laatu paranevat ja yhteistyö kuntoutuksen kanssa tehostuu
- Toimeentuloturva- ja eläkejärjestelmien kannustavuus paranee sekä työssä pysyminen ja työhön paluu lisääntyvät

Työelämän vetovoimaa vahvistetaan parantamalla työssäviihtymistä, lisäämällä työelämän tasa-arvoa sekä sovittamalla paremmin yhteen työ- ja perhe-elämä. Rahoituksellisesti kestävä, työhön kannustava ja kohtuullisen toimeentulon turvaava sosiaalivakuutusjärjestelmä lujittaa työn merkitystä sosiaaliturvan rahoitusperustan vakauttajana.

Keskeisenä hankkeena on Sosiaaliturvan uudistamiskomitea, jonka työn yhteydessä käsitellään perusturvan ja ansioturvan kehittämistä sekä sosiaaliturvan kannustavuutta ja etuuksien hallinnointia ja prosesseja. Työelämän kehittämisen ja työhyvinvoinnin tavoitteita sisältyy Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelmaan.

Toimenpidelinjaukset

Työelämän hyvinvointi painopisteeksi

Hyvät työolot parantavat tuottavuutta ja muodostavat tärkeän kilpailutekijän. Tavoitteena on edelleen vähentää työtapaturmia ja ammattitauteja sekä ehkäistä sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyttä. Työn houkuttelevuutta ja mahdollisuutta saada työtä parannetaan, jotta työnteko olisi ensisijainen vaihtoehto. Päävastuu työolojen kehittamisestä on työpaikoilla. Työsuojelu, työterveyshuolto ja muut asiantuntijapalvelut tukevat työpaikkojen toimintaa. Työsuojeluvallannon tavoitteena on varmistaa, että työpaikat omaksuvat ja ottavat käyttöön järjestelmällisen turvallisuusjohtamisen. Työmarkkinajärjestöillä on merkittävä rooli työelämän kehittämisessä. Työpaikkatasolla tämä on ensi sijassa tiedon, tahdon ja osaamisen kysymys.

Vahvistetaan työelämän tasa-arvoa ja samapalkkaisuutta

Sukupuolten eriarvoisuus työelämässä näkyy naisten alempana palkkatasona, hitaampana etenemisenä työuralla sekä määräaikaisten työsuhteiden yleisyytenä. Samapalkkaisuuden edistäminen on tasa-arvopolitiikan keskeisiä haasteita. Tavoitteena on palkkaeron selvä kaventaminen vuoteen 2015 mennessä. Tämä edellyttää palkkausjärjestelmien kehittämistä ja yhtenäistämistä, segregaaation vähentämistä, naisten urakehityksen parantamista, palkka- ja sopimuspolitiikan tasa-arvoaikutusten arviointia, tasa-arvosuunnitelmien toimeenpanoa sekä perhe- ja työelämän yhteensovittamisen tukea.

Sovitetaan työ- ja perhe-elämä paremmin yhteen

Työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen on haaste työelämän kehittämisessä. Muokataan asenteita sellaiseksi, että työyhteisöt hyväksyvät työntekijöiden perhevelvoitteet. Perhevapaa-lainsäädäntöä uudistamalla tuetaan työntekijöitä heidän huolehtiessaan työelämän ulkopuolista huolenpitovastuistaan. Tähän liittyviä työaikajoustoja voidaan lisätä. Lisätään pysyviä työsuhteita etenkin julkisen sektorin naisvaltaisilla aloilla, jotta määräaikaisten työsuhteiden käyttö vähenee. Kannustetaan isiä perhevapaiden käyttöön ja kantamaan vastuuta lasten ja perheiden hyvinvoinnista.

Vahvistetaan sosiaalivakuutuksen kannustavuutta

Vanhuuseläkkeet

Vanhuuseläkkeet ja työkyvyttömyyseläkkeet ovat työeläkejärjestelmän ydin. Varhaiseläkkeistä kuten työttömyyseläkkeistä luovutaan asteittain vuoden 2005 eläkeuudistuksen myötä. Työttömyyseläkkeiden sijaan tarjotaan aktiivisia työllistämiskeinoja. Vanhuuseläkkeelle jäämistä on edelleen myöhennettävä, jotta osa pitenevästä elinajasta käytettäisiin työelämässä.

Leskeneläkkeen rooli on naisten työssäkäynnin takia muuttunut ja sen asema sosiaalivakuutusjärjestelmässä tulisi arvioida.

Työkyvyttömyyseläkkeet

Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus väestöstä on Suomessa suuri muihin EU-maihin verrattuna. Yksilöllisestä varhaiseläkkeestä erillisenä eläkemuotona on luovuttu ja työttömyyseläkkeestä luovutaan lähivuosina asteittain. Lähivuosina hakeutuminen työkyvyttömyyseläkkeelle uhkaa nousta varhaiseläkkeiden lakkauttamisen vuoksi.

Elinaikainen työura ei voi pidentyä, jollei työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvien määrää kyetä vähentämään. Myös ikääntyneiden työttömyys vaikuttaa työuran pituuteen. Muut kuin lääketieteelliset syyt ovat monimutkaisia ja varhaisen työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen ja työttömyyden syihin on kyettävä puuttumaan.

Sairausvakuutus

Sairausvakuutuksen ja sen rahoituksen uudistaminen korosti vakuutusperiaatteen mukaista maksun ja etuuksien välistä yhteyttä. Ansioperusteiset sairauspäivärahat ja äitiys-, isyys- ja vanhempainrahat sekä työterveyshuolto muodostavat työtulovakuutuksen, jonka rahoittavat työnantajat ja työntekijät. Valtio rahoittaa vähimmäisetuudet. Uudistus kannustaa maksaja-osapuolia kiinnittämään huomiota sairastumisen ja työkyvyttömyyden syihin.

Työttömyysturva

Työttömyysturvan merkitys on olennainen työllisyysasteen kohottamisessa. Työttömyysturva on tarkoitettu ensisijaisesti lyhytaikaiseksi turvaksi, joka tukee aktiivista työnhakua ja edistää työmarkkinoiden joustavuutta. Koulutus, työkyvyn ylläpito ja kuntoutus ovat ensisijaisia työttömyysturvaan ja varhaiseläkkeisiin nähden. Työttömän työmarkkina-asema heikkenee nopeasti työttömyyden pitkittyessä. Aktiivinen työllistämispolitiikka, nk. välityömarkkinat pitkäaikaistyöttömille, koulutus, kestoltaan rajattu työttömyysturva ja luopuminen työttömyysturvan lisäpäivistä lyhentävät työttömyyden kestoa. Työttömyysturvaa kehitetään ja nykyaikais-

tetaan osana sosiaalivakuutusta. Siitä tehdään kannustavampi: työnteon on oltava aina ensisijaista ja kannattavaa. Työttömyysturvajärjestelmää on syytä yksinkertaistaa, selkiyttää ja sen tulee olla kansalaisen kannalta ymmärrettävä ja läpinäkyvä.

Vahvistetaan sosiaalivakuutuksen kestävä ja kannustavaa rahoitusta

Suomen sosiaalivakuutuksen rahoitus on tällä hetkellä vankalla ja kestävällä pohjalla. Sosiaalivakuutuksen rahoituksessa on varauduttava menojen kasvuun pitkällä aikavälillä, eikä alennettava lyhytnäköisesti eläkemaksuja lähivuosina, vaikka talouskehitys sen sallisikin.

Eläkelaitosten sijoituspolitiikassa tavoitellaan nykyistä korkeampia sijoitustuottoja kuitenkin niin, että varmistetaan eläkevarojen riittävä turvaavuus. Tämä edellyttää, että riskipitoisten sijoitusten osuutta lisätään maltillisesti. Kotimaiset työpaikat ovat sosiaaliturvan rahoituksen kannalta elintärkeitä. Siksi on syytä edelleen selvittää, miten eläkejärjestelmällä voidaan säilyttää kotimaisia työpaikkoja ja luoda uusia. Tehokas vakuutusvalvonta varmistaa, että vakuutus- ja eläkejärjestelmän riskit eivät kasva ja vakuutettujen edut turvataan.

4.3. Vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä

Vaikuttavuustavoitteet

- Pitkäaikaistyöttömyys ja rakennetyöttömyys alenevat
- Toimeentulotuen pitkäaikainen tarve vähenee
- Lapsiperheiden köyhyys alenee
- Tuetaan vanhemmuutta ja perheiden yhtenäisyyttä
- Lasten ja nuorten ennaltaehkäiseviä terveyspalveluja lisätään
- Vahvistetaan lasten turvallisia kasvu- ja kehitysympäristöjä
- Lisätään päihdehuollon, mielenterveyden ja lastensuojelun palveluita
- Huumehoitopalvelujen saatavuus paranee
- Hallinnonalojen yhteistyötä syrjäytymisen torjunnassa tiivistetään
- Asunnottomien määrä vähenee

Köyhyyttä ja syrjäytymistä vähennetään ottamalla ehkäisevä näkökulma ensisijaiseksi toimintamalliksi. Lasten, nuorten ja perheiden ongelmiin paneudutaan uudella otteella, pitkäaikaisyöttömyyden kierre katkaistaan ja suurimmassa köyhyysriskissä olevien toimeentulo turvataan. Vaikeutuvaan päihdeilanteeseen puututaan tehokkaasti. Maahanmuuttajien ja etnisten ryhmien osallisuutta yhteiskuntaan vahvistetaan. Kansalaisjärjestöjen toimintaedellytyksiä vahvistetaan, jotta ne voivat tukea syrjäytymisriskin alaisia ryhmiä.

Keskeisiä hankkeita ovat vähimmäis- ja perhe-etuuksien korotukset, alkoholiohjelma sekä Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma.

Toimenpidelinjaukset

Ehkäisevä näkökulma ensisijaiseksi

Ehkäisevän politiikan lähtökohtana ovat sosiaalisten näkökohtien ja vastuun huomioon ottaminen kaikilla politiikan sektoreilla sekä ongelmien varhainen tunnistaminen. Vakiinnutetaan ongelmien ennaltaehkäisy toiminnan normaaliksi osaksi. Lisätään päätösten sosiaalisten ja

terveydellisten vaikutusten arviointia kaikilla yhteiskuntapolitiikan lohkoilla. Kiinnitetään huomiota lasten ja nuorten kasvuympäristöihin niin, että ne tukevat heidän tasapainoista kehitystään. Mielenveysongelmia ehkäistään koko väestöön ja tunnistettuihin riskiryhmiin kohdistuvin toimin. Työelämän mielenveysriskeihin etsitään tehostetusti ratkaisuja. Väkivallan tunnistamista ja varhaista puuttumista sen syihin parannetaan.

Puututaan lasten, nuorten ja perheiden ongelmiin

Lapsia, lapsiperheitä ja nuoria voidaan tukea ja ongelmia ratkaista tehokkaasti vain lisäämällä tietoa ja osaamista, muuttamalla rakenteita ja ottamalla käyttöön aktiivisia toimintatapoja. Jo alkaneeseen syrjäytymiseen puututaan aktiivisesti ja se katkaistaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Tuetaan vaikeasti työllistettäviä

Koulutuksen ja kuntoutuksen tiivis yhteistyö, ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien työllistymisen esteenä olevien terveysongelmien joustava selvittäminen ja kuntoutus työelämään sekä vammaisten työllistymisedellytysten parantaminen auttavat työllistymistä. Työttömyyden ongelmia lievitetään kehittämällä ja kokeilemalla sosiaalisen työllistämisen ja välityömarkkinoiden malleja.

Verotusta, tulonsiirtoja ja ansiotuloja sovitetaan yhteen rakenteellisen työttömyyden vähentämiseksi, jotta työllistetyn työvoiman osaamiseen ja työkykyyn kohdistuvat vaatimukset lievenevät. Sosiaalihuollon ja työvoimahallinnon yhteistyöllä tartutaan tehokkaimmin pitkäaikaistyöttömyyden syihin ja työllistymisen esteiden poistamiseen.

Taataan heikoimmassa asemassa olevien toimeentulo

Suuri osa toimeentuloturvasta on ansioperusteisia etuuksia. Pitkäaikainen työttömyys tai muusta syystä johtuva pitkään jatkunut poissaolo työelämästä merkitsee jäämistä vähimmäisetuuksien tai viimesijaisen toimeentuloturvan eli toimeentulotuen varaan. Myös vanhimmat eläkkeellä olevat naiset elävät usein pelkän kansaneläkkeen tai kansaneläkkeen ja pienen ansioeläkkeen varassa. Vähimmäisetuuksien ja viimesijaisten etuuksien taso säilytetään jatkossakin sellaisena, että se takaa ihmisarvoisen elämän.

Tuetaan maahanmuuttajien ja etnisten ryhmien osallisuutta

Yhteiskuntapolitiikan yleisenä tavoitteena on ehkäistä tehokkaasti kulttuuristen konfliktien kärjistymistä ja edistää etnisten ryhmien osallisuutta. Sijoittuminen työelämään sekä syrjimättömyys työssä ja koulutuksessa on tärkeää etnisten ryhmien osallisuuden ja maahanmuuttajien kotoutumisen kannalta. Omakielisten palveluiden ja tulkkipalveluiden saatavuutta parannetaan. Hyvä kotoutuminen mahdollistaa, että maahanmuuttajataustaiset työntekijät voivat olla mukana tuottamassa palveluja, joissa otetaan huomioon maahanmuuttajien erityispiirteet ja sopeutuminen valtakulttuuriin.

Vahvistetaan päihdehaittojen ehkäisyä ja palveluja

Tavoitteena on vähentää aikuisten alkoholin riskikäyttöä ja huumausaineiden käyttöä sekä ehkäistä päihdeiden käytöstä aiheutuvia haittoja. Lasten ja nuorten alkoholin ja huumausaineiden kokeilun ja käytön ehkäisyä tehostetaan. Tavoitteena on, että 16–18-vuotiaista enintään 15

prosenttia tupakoi ja että nuorten alkoholin ja huumeiden käyttö on korkeintaan 1990-luvun alun tasolla. Vähittäismyyntimonopoli säilytetään, jotta alkoholin saatavuutta voidaan hallita.

Vahvistetaan kansalaisjärjestöjen toimintamahdollisuuksia

Kolmas sektori on tärkeä toimija ongelmien ennaltaehkäisyssä ja uusien toimintamallien soveltamisessa kuntatasolla. Kansalaisjärjestöjen pitkäjänteinen rahoitus varmistaa niiden toiminnan. Jotta kansallinen rahoitusmalli voidaan säilyttää, rahapelijärjestelmän yksinoikeuttamisperusteita on vahvistettava. Raha-automaattivaroista osoitetaan pitkäjänteisesti voimavaroja yleishyödyllisille yhteisöille terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen. Avustuksilla turvataan myös järjestöjen keskeiset toimintaedellytykset.

4.4. Varmistetaan toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva

Vaikuttavuustavoitteet

- Parannetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta ja laatua
- Turvataan sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus suomeksi, ruotsiksi ja saameksi
- Turvataan henkilöstön riittävyys
- Uudistetaan palvelujen järjestämisen rakenteita
- Vahvistetaan seudullista yhteistyötä
- Varmistetaan palvelujen kestävä rahoitusta
- Edistetään vammaisten mahdollisuutta toimia yhteiskunnassa
- Taataan riittävä vähimmäisturva ja kohtuullinen ansioturva
- Tasataan lapsista aiheutuvia kustannuksia
- Turvataan sosiaalivakuutuksen kestävä rahoitus
- Turvataan palvelujen saatavuus kohtuullisin käsittelyajoin
- Parannetaan valvontaa ja sen laatua

Toimivan palvelujärjestelmän ja sen laadun varmistavat asiakaslähtöisyys, hyvät ja monipuoliset palvelut, riittävät vanhusväestön palvelut sekä riittävä ja osaava työvoima. Kansalaisten alueellisen tasa-arvon turvaaminen edellyttää hyvin toimivaa ohjausmallia ja alueiden välistä yhteistyötä. Apuna on uuden tieto- ja viestintäteknologian laaja hyväksikäyttö. Kohtuullinen toimeentulo turvataan riittävillä vähimmäisetuksilla.

Keskeisiä hankkeita ovat kunta- ja palvelurakennemuutos (PARAS –hanke), Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, sosiaali- ja terveydenhuollon innovaatiohanke, perusterveydenhuollon kehittämisshanke, terveydenhuoltolain valmistelu, sosiaali- ja terveydenhuollon maksu-uudistus, valtionosuusuudistus, vanhustenhuollon kehittäminen, sosiaaliturvan uudistamiskomitean työ sekä valvonnan kehittäminen.

Toimenpidelinjaukset

Turvataan asiakkaan asema, palvelujen laatu ja saatavuus

Sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ja laatu turvataan koko maassa vahvistamalla asiakkaiden asemaa ja täsmentämällä kuntien palvelujen järjestämisvelvollisuutta. Asianmukainen palvelu, hoito ja hoitoon pääsy kohtuullisessa ajassa varmistetaan noudattamalla palveluja ja hoitoa koskevia säännöksiä ja suosituksia. Laatutyö saatetaan osaksi palveluorganisaatioiden

toimintaa. Siihen kuuluu myös potilasturvallisuuden edistäminen. Palvelujen saatavuutta koskevat tiedot tarjotaan kansalaisten käyttöön.

Palvelujen ja niiden yhteensovittamisen tarve selvitetään monipuolisella palvelutarpeen arvioinnilla ja asiakkaan kanssa laadittavilla yksilöllisillä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmillä. Arvioinnin yhteydessä sovitaan palveluntuottajien työnjaosta. Varmistetaan asiakkaiden ja omaisten mahdollisuus osallistua hoidon ja hoitojärjestelyjen suunnitteluun. Suunnitelmien sitovuutta korostetaan. Vahvistetaan ihmisten omatoimisuutta ja itsehoitomahdollisuuksia.

Avaimena monipuoliset palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen perustan muodostavat kuntien järjestämät verorahoitteiset palvelut, jotka ovat kaikkien saatavilla sosiaalisesta ja taloudellisesta asemasta riippumatta. Terveyskeskukset ovat osa peruspalveluja ja ne muodostavat terveydenhuollon perustan. Yksityiset sosiaali- ja terveystalot täydentävät kunnallisia palveluja ja tarjoavat niille vaihtoehtoja. Tilaaja-tuottajamalleja voidaan ottaa käyttöön palveluissa, joissa on toimivat markkinat ja joissa tuotteistaminen on mahdollista ja järkevää ja joissa se on asiakkaiden edun mukaista. Julkisen sektorin rahoituskanavia kehitetään niin, etteivät ne aiheuta epätarkoituksenmukaista palvelujen tarjontaa tai kysyntää eivätkä mahdollista epätarkoituksenmukaista hoito- ja kustannusvastuun siirtoa toiselle rahoituskanavalle. Sosiaali- ja terveystalojen rahoitusta kehitetään verorahoitteisuuden pohjalta niin, että asiakasmaksujärjestelmä tukee sosiaali- ja terveydenhuollolle asetettujen yhteiskuntapoliittisten tavoitteiden toteutumista.

Turvataan lasten palvelut

Neuvolat, pienten lasten hoidon tukeminen ja koulu muodostavat peruspalvelujärjestelmän, jolla tuetaan lasten hyvinvointia ja kasvua. Peruspalveluilla voidaan kohdentaa tehostettua tukea perheiden erityistilanteissa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Palvelujen toimivuus ja laatu edellyttävät riittäviä toiminta- ja henkilöstövoimavaroja sekä toiminnan laadullista kehittämistä. Palvelut säilytetään lähipalveluina. Perheiden roolia palveluja käyttävinä asiakaina ja oman lapsensa kasvun asiantuntijoina vahvistetaan ja käytetään hyödyksi. Lapsiperheiden tarvitsemien erityispalvelujen toiminta-alue voi olla paikallinen, seudullinen tai maakunnallinen.

Parannetaan vanhustalvelujen saatavuutta ja laatua

Vanhustalvelujen saatavuus ja laatu varmistetaan lisäämällä palveluihin käytettäviä voimavaroja. Painopiste on kotona ja lähiympäristössä annettavissa palveluissa. Hoito- ja kuntoutustalvelujen on oltava riittäviä, oikea-aikaisia ja tarkoituksenmukaisia. Vanhusten yhdenvertaisuutta parannetaan kehittämällä palvelutarpeen arviointia laaja-alaisemmaksi ja yhdenmukaisemmaksi. Palveluissa otetaan käyttöön ehkäisevä ja kuntouttava työote. Hoitokäytäntöjä uudistetaan asiakaskeskeisiksi, aktivoiviksi ja moniammatillisiksi. Perus- ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalihuollon saumatonta palveluketjua parannetaan. Laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon avo- ja intervallihoidon palvelut mahdollistavat dementoituville vanhuksille elämisen omassa kodissaan. Kunnat tukevat yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa omaisten panosta ja jaksamista. Koti- ja hoivatalvelujen järjestämiseen ja rahoitukseen luodaan vaihtoehtoja.

Tuetaan palveluilla vammaisten henkilöiden itsenäistä elämää

Yleiset palvelut vastaavat mahdollisimman pitkälle vammaisten ihmisten tarpeita. Erityispalveluilla turvataan vammaisten henkilöiden yhdenvertaisuus. Kuntia ja kuntayhtymiä aktivoidaan, ohjataan ja tuetaan sellaisten asumis- ja palveluratkaisujen kehittämisessä, jotka ovat yksilöllisempiä ja korvaavat laitosasumisen. Vammaisille soveltuvia asuntoja ja asumisyksiköiden henkilöstöä tarvitaan lisää, jotta siirtyminen laitoshoidosta yksilöllisempään asumisratkaisuun lähiyhteisössä on mahdollista. Vammaispalvelujen kehittämisen painopiste on henkilökohtaisen avun ja tulkkipalvelujen laajentamisessa. Otetaan huomioon vammaisten yksilöllisyys ja eri vammaisryhmien erityistarpeet. Palveluohjauksella helpotetaan vammaisen henkilön asiointia ja kootaan tukitoimet ja palvelut yksilöllisiä tarpeita vastaavaksi kokonaisuudeksi. Varmistetaan vammaispalvelujen järjestämisen kannalta riittävä väestöpohja.

Varmistetaan työvoiman riittävyys ja osaaminen

Henkilöstön määrä mitoitetaan riittäväksi suhteessa asiakkaiden ja potilaiden toimintakykyyn ja avuntarpeeseen. Hyvä ja tehokas palvelu edellyttää henkilöstöltä kattavaa yleis- ja erityisosaamista. Varmistetaan, että kunnilla on käytettävissään riittävä sosiaali- ja terveysalan johtamisen asiantuntemus. Asiakkaiden ja potilaiden vaatimat yksilölliset palvelut, muuttuvat ongelmat ja uuden teknologian hyväksikäyttö vaativat uudenlaista osaamista, toimintamalleja ja työkäytäntöjä. Työntekijöiden osaamisen päivittämistä ja oman työn kehittämistä tuetaan säännöllisellä, lakisääteisellä täydennyskoulutuksella. Työntekijöiden ja työyhteisöjen valmiuksia työskennellä monikulttuurisessa ympäristössä parannetaan ja ulkomaisten työntekijöiden integroitumista sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöihin helpotetaan.

Palveluihin toimivat ohjausmallit

Valtion ohjauksen läpinäkyvyyttä ja hallittavuutta parannetaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma ohjaa hallitusohjelmassa määriteltyjen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten toimeenpanoa. Kehittämishankkeiden rahoitus on osa ohjelmaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan painotukset sisällytetään ohjelmaan.

Sosiaali- ja terveystalouden laadun valvonnassa painotetaan etukäteisvalvontaa ja palveluntuottajille annettavaa neuvontaa, ohjausta ja seurantatietoja. Lääninhallituksen ja kuntien velvollisuuksia ja työnjakoa valvonnassa selkeytetään, valvontamenettelyjä yhtenäistetään ja tarkennetaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön rakennetta uudistetaan korostamalla väestön terveyden ja toimintakyvyn edistämistä sekä riittävien palvelujen turvaamista.

Uudistetaan palvelurakenteita

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimivilla rakenteilla luodaan edellytykset turvata väestölle yhdenvertaiset ja riittävät palvelut ja muu sosiaali- ja terveydenhuolto. Laajaa väestöpohjaa edellyttävien sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämiseksi tarvitaan alueelliset rakenteet. Niissä otetaan huomioon sekä palvelujen järjestäminen että terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen. Alueellisissa yhteistyörakenteissa kootaan yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä varmistaen, että perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta muodostetaan toiminnallinen kokonaisuus. Aluerakenne ja sen rahoitusjärjestelmä tukevat kunnan rahoitusvastuun ja sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisvelvoitteiden tasapainotusta. Rakenteellisten muutosten yhteydessä painotetaan toiminnallisia uudistuksia.

Tieto- ja viestintäteknologia tukemaan sosiaali- ja terveystaloutta

Tieto- ja viestintäteknologia mahdollistaa asiakastietojen tehokkaan hallinnan sekä prosessien ohjauksen reaaliaikaisen tiedon pohjalta. Jotta tietoteknologiaa voidaan hyödyntää suunnitelmallisesti ja hallitusti, sitä on ohjattava kansallisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tulee voida tukeutua tietoteknologian käyttöönotossa ajan tasalla olevaan lainsäädäntöön, valtakunnallisiin ohjeisiin sekä valtakunnan tason tietojärjestelmäpalveluihin. Tietoteknologia tukee palvelujärjestelmän tuottavuutta parhaiten, kun noudatetaan yhteisiä standardeja ja valtakunnallisesti yhteen sopivia ratkaisuja. Tavoitteiden saavuttaminen vuoteen 2015 mennessä edellyttää viranomaisohjauksen tehostamista sekä valtakunnallisen, tietosuojan ja tietoturvan vaatimuksia noudattavaa tietojärjestelmäarkkitehtuuria.

Parannetaan lääkehuollon kustannustehokkuutta

Lääkehoidot ovat olennainen osa nykyaikaista terveydenhuoltoa ja lääkehoitojen merkitys kasvaa edelleen. Tavoitteena on rajoittaa lääkekustannusten vuosittaista kasvua enintään viiteen prosenttiin vuosina 2008–2011. Lääkehoitojen kustannustehokkuutta voidaan parantaa edistämällä rationaalista lääkkeiden määräämistä ja käyttöä sekä lisäämällä lääkevalmistajien välistä hintakilpailua. Lääkekorvausten perusteena olevissa hinnoissa otetaan huomioon lääkevalmisteen hoidollinen arvo.

Apteekkimaksulla ja lääketaksalla toteutettu pienten apteekkien tukijärjestelmä uudistetaan sellaiseksi, että se ei korota lääkkeiden vähittäismyyntihintoja. Uudistetaan apteekkijärjestelmää siten, että samalla turvataan maan kattava lääkejakelu ja apteekkien jakama lääkeinformaatio. Lääkehoitojen ja lääkejakelun kustannustehokkuutta lisätään. Selvitetään nykyiseen lääkehoitojen kaksikanavaiseen rahoitukseen liittyvät ongelmat niin, että kunnallisen terveydenhuollon vastuut suhteessa sairausvakuutuksen rahoittamaan lääkehoitoon ovat mahdollisimman yksiselitteiset. Avo- että laitoshoidossa oleville potilaille turvataan asianmukainen lääkehoito.

Varmistetaan kohtuullinen toimeentuloturva

Ansioturvan tarkoituksena on turvata kohtuullinen toimeentulo työssä oleville sairauden, työkyvyttömyyden, työttömyyden, tapaturman, vanhuuden, puolison kuoleman ja lapsen syntymisen aiheuttaman tulon menetyksen tai suurten kulujen varalta. Vähimmäisturvaetuudet turvaavat kohtuullisen toimeentulon, kun henkilöllä ei ole ansiotuloa. Kohtuullisella vähimmäisturvalla torjutaan pitkäaikaisen köyhyyden uhka. Toimeentulotuki toimii viimesijaisena tukimuotona. Lapsista aiheutuneita kustannuksia tasataan perhepoliittisilla tulonsiirroilla lapsiperheiden ja lapsettomien kotitalouksien välillä. Samalla tuetaan vanhempien mahdollisuutta valita perheen elämäntilanteeseen sopiva hoitoratkaisu.

4.5. Edistetään naisten ja miesten välistä tasa-arvoa

Vaikuttavuustavoitteet

- Valmistellaan ja toimeenpannaan hallituksen tasa-arvo-ohjelma
- Hallituksen selonteko naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta valmistuu
- Kavennetaan naisten ja miesten palkkaeroja
- Sisällytetään vanhempainvapaajärjestelmän arviointiin tasa-arvonäkökulma
- Lisätään naisten osuutta päätöksenteossa ja taloudessa
- Vähennetään naisiin kohdistuvaa väkivaltaa
- Sukupuolivaikutusten arviointi hallituksen esityksissä yleistyy
- Ministeriöiden talousarvioesitysten pääluokkaperusteluissa on sukupuolinäkökulma
- Ministeriöihin perustetaan toiminnallinen tasa-arvotyöryhmä valtavirtaistamisen edistämiseksi

Keskeisiä hankkeita ovat hallituksen tasa-arvo-ohjelma, työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisen parantaminen, tasa-arvoa koskevan selonteon antaminen eduskunnalle ja kolmikantaisen samapalkkaisuusohjelman jatkaminen. Hallituksen tasa-arvo-ohjelmaan sisältyy kuusi kärkihanketta: sukupuolinäkökulman valtavirtaistaminen, sukupuolten palkkaerojen kaventaminen, naisten urakehityksen edistäminen, tasa-arvotietoisuuden lisääminen kouluissa ja segregation lieventäminen, työn ja perheen yhteensovittamisen parantaminen sekä naisiin kohdistuvan väkivallan vähentäminen.

Toimenpidelinjaukset

Naisten ja miesten samapalkkaisuustavoitteen toteuttaminen on edelleen suuri haaste. Naisten ja miesten palkkaero on säilynyt noin 20 prosentissa, laskettuna säännöllisen työajan keski-kuukausiansioiden perusteella. Samanarvoisesta työstä tulee maksaa samaa palkkaa. Sama-palkkaisuuden toteuttaminen tukee myös pätevän työvoiman saatavuutta hoito- ja palvelu-aloilla. Tavoitteena on kolmikantaisesti kaventaa samapalkkaisuusohjelman avulla sukupuolten välinen palkkaero 15 prosenttiin vuoteen 2015 mennessä.

Tasa-arvolakiuudistus tuli voimaan 2005. Uudistuksen ja erityisesti tasa-arvosuunnitelmien toimivuus arvioidaan ja siitä annetaan selvitys eduskunnalle vuoden 2009 loppuun mennessä. Tasa-arvosuunnittelun onnistuminen edellyttää eri tahojen yhteistyötä. Työpaikkojen tasa-arvotyötä tulee tukea edistämällä verkottumista, tutkimusta ja hyviä käytäntöjä.

Naisten osuuden lisääminen taloudellisessa päätöksenteossa on keskeisiä tavoitteita. Samoin naisten urakehitystä erityisesti ylimpään johtoon, mutta myös johtopaikoille edistetään.

Valtavirtaistaminen on hallinnollinen keino edistää sukupuolten välistä tasa-arvoa ja sillä on toteutuessaan merkittäviä tasa-arvoa edistäviä vaikutuksia. Sukupuolinäkökulma valtavirtaistetaan lainvalmistelussa, talousarvioprosessissa ja muissa merkittävässä hankkeissa jo toiminnan alkuvaiheissa koko valtioneuvostossa. Tähän ovat sitoutuneet kaikki ministeriöt. Jokaiseen ministeriöön perustetaan toiminnallinen tasa-arvotyöryhmä, jonka tehtävänä on tukea ja seurata sukupuolinäkökulman valtavirtaistamista ministeriön toimintoihin.

Naisiin kohdistuvan ja lähisuhdeväkivallan vähentämisen erityistarpeisiin tulee kiinnittää huomiota eri hallinnonalojen välisessä väkivallan vastaisessa yhteistyössä. Väkivallan ehkäisyyn ja varhaisen puuttumisen kannalta on tärkeää, että työntekijöiden koulutus antaa valmiudet tunnistaa väkivallan seuraukset ja puuttua väkivallan jatkumiseen.

5. Tuottavuusohjelma

Tuottavuusohjelma

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla laadittu tuottavuusohjelma on kaksijakoinen: osa koskee tuottavuuden edistämistä hallinnonalan sisällä ja osa sosiaali- ja terveystalouden tuottavuuskysymyksiä. Hallinnonalan sisällä käsitellään henkilöstöstrategioita sekä taloushallinnon, tilastoinnin ja tutkimustoiminnan kehittämistä. Sosiaali- ja terveystalouden tuottavuuden edistämisen kannalta erityisessä asemassa olivat Kansallinen terveydenhuollon hanke sekä Sosiaalialan kehittämishanke. Ohjelmassa käsitellään näihin kansallisiin hankkeisiin kuuluvien osahankkeiden lisäksi muitakin tuottavuuden edistämishankkeita. Lisäksi ohjelmaan kuuluu tuottavuuskäsitteiden selkeyttäminen.

Ohjelmassa tarkastellaan toimintojen taloudellisuutta ja tuloksellisuutta laajemmista näkökulmista eikä vain rajoitaututa panosten ja suoritteiden suhteisiin perustuviin tuottavuustarkasteluihin. Ohjelmalla tähdätään noin 10 vuoden aikana vaikuttaviin toimenpiteisiin.

Tuottavuusohjelmatyö hallinnonalan sisällä

Hallituksen maaliskuussa 2006 ja toukokuussa 2007 tekemiin vuosia 2007–2011 koskeviin kehyspäätöksiin sisältyy hallituksen tuottavuusohjelmaan kuuluva päätös kehittää valtionhallinnon tuottavuutta toimenpiteillä, josta sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan osuus on 340 henkilötyövuotta.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla on työssä runsaat 4 000 henkilöä. Heistä 1 500 on nettobudjetoidun toiminnan piirissä ja 1 100 henkilöä työskentelee valtion mielisairaaloissa ja koulukodeissa. Kuntien sosiaali- ja terveystaloudetoimessa työskentelee noin 250 000 henkilöä. Luvuissa eivät ole mukana Kansaneläkelaitos, vakuutussektori, järjestöt eikä yksityinen sosiaali- ja terveydenhuolto.

Kehyspäätös edellyttää 340 htv:n kokonaisvähennystä. Vuoden 2007 talousarviossa sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt tuottavuusohjelmansa toimeenpanemisen ja jatkanut sen toteutusta määrätietoisesti vuoden 2008 talousarviossa. Vuosien 2007-2008 talousarvioihin sisältyy 40 htv:n vähennys, josta 20 henkilöä koskee bruttobudjetoitua toimintaa ja 20 henkilöä koskee maksullista ja yhteisrahoitteista toimintaa. Tuottavuusvähennykset on jaksotettu suunnitelmakaudelle eläköitymiskehityksen mukaisesti hieman takapainotteisesti siten, että 340 htv:n vähennys toteutuu vuoden 2011 loppuun mennessä.

Hallinnonalan tuottavuushankkeet voidaan ryhmitellä seuraavasti:

1. Tutkimuslaitokset

Tutkimuslaitosten (Stakes, KTL, TTL, STUK) kehittämistyötä selvittänyt työryhmä on toimeksiantonsa mukaisesti kartoittanut liikelaitostamisen eri vaihtoehtoja sekä muita yhteisjärjestelyjä. Työryhmä antoi välimietintönsä joulukuussa 2006. Tavoitteena on, että muutokset toteutetaan vuoden 2008 aikana. Täytäntöönpano tapahtuu suunnitelmakauden kuluessa.

2. Valvonta- ja lupavirastot

Hallinnonalan valvonta- ja lupavirastojen työ perustuu paljolti EU-direktiivien velvoitteisiin, jolloin henkilöstön vähentäminen ko. tehtävistä lisää kehittämistyön haasteellisuutta näissä virastoissa. Selvityshenkilön työn pohjalta tavoitteena on selvittää työtömyysturvan muutoksenhakulautakunnan ja sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnan yhdistämistä viimeistään vuonna 2009.

3. Talous- ja henkilöstöasiain palvelukeskushanke

Palvelukeskustyöryhmän esityksen mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö valitsi talous- ja henkilöstöasiain palvelukeskukseksi sisäasiainministeriön palvelukeskuksen Joensuuun. Pääsopimus palvelukeskuksen kanssa allekirjoitettiin joulukuussa 2006. Toimintojen siirtäminen palvelukeskukseen tapahtuu vuosina 2008–2009. Stakesin osalta siirtyminen aloitettiin vuonna 2007 ja sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2008.

Työterveyslaitos jää taloushallintotehtävien osalta valtion palvelukeskuksen ulkopuolelle, koska se on yksityisoikeudellinen yhteisö ja sillä on yksityissektorin kirjanpitojärjestelmä.

4. Sosiaali- ja terveysministeriön rooli

Selvityshenkilö on laatinut selvityksen ja ehdotuksen sosiaali- ja terveysministeriön roolista, tehtävistä ja koosta vuonna 2007. Ministeriötä koskevat muutokset käynnistettiin vuonna 2008 ja toteutetaan vuoteen 2011 mennessä.

5. Nettobudjetoitujen laitosten toiminnan tehostaminen

Hallinnonalan nettobudjetoitujen laitosten toiminnan tehostamiseksi selvitetään mm. koulukotien ja mielisairaaloitten aseman osana tuottavuusohjelmaa.

6. Muut toimenpiteet

Sosiaali- ja terveysministeriö selvittää myös muilla alueilla tuottavuuden tehostamismahdollisuuksia, mukaan lukien tuottavuuden mittausta ja tulosohjauksen terävöittämistä.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteuttaa Tilastokeskuksen kanssa ministeriön hallinnonalan tuottavuuden mittaamisen hankkeen. Hankkeen tavoitteena on tehdä tuottavuuden koelaskelmat useamman vuoden aikasarjalla kaikkiin hallinnonalan virastoihin ja laitoksiin 28.5.2008 mennessä ja todentaa ne osa-alueet, joissa tuottavuuden kehittäminen on järkevintä.

6. Tavoitteet, toimenpiteet ja resurssit vuosille 2009–2012

6.1. Valtiontalouden kehukset vuosille 2008–2011

Valtiontalouden kehyspäätöksessä vuosille 2008–2011 asetettiin vaalikauden kehys tavoitteena varmistaa vastuullinen ja pitkäjänteinen menopolitiikka. Samalla kehysjärjestelmää uudistettiin hieman ja sen joustavuutta lisättiin. Hallitus sitoutui siihen, että kehysten piiriin kuuluvat valtion menot ovat vuonna 2011 enintään 1,3 mrd. euroa suuremmat kuin 8.32007 päätetyssä valtiontalouden kehyksessä.

Edellisellä vaalikaudella sovellettuun kehysjärjestelmään tehtiin joitakin muutoksia kehysten ulkopuolelle jäävien menojen osalta. Kehysten ulkopuolelle siirrettiin palkkaturvamenot, valtionosuus toimeentulotukimenoista, arvonlisäveromenoihin osoitetut määrärahat sekä teknisesti välitetyjä suorituksia ja ulkopuolisten rahoitusosuuksia vastaavat menot. Kehysten ulkopuolelta kehysten piiriin siirrettiin valtionosuus Kansaneläkelaitokselle sairausvakuutuksesta johtuvista menoista ja valtionosuus vuorottelukorvauksesta.

Kehysten ulkopuolelle kuuluvia menoja ovat:

- työttömyysturvamenot, Valtionosuus Kansaneläkelaitokselle kansaneläkelaista johtuvista menoista, valtionosuus toimeentulotukimenoista, palkkaturva, matalapalkkatuki ja asumistuki. Nämä menot luetaan kuitenkin kehysten piiriin niiden perusteisiin tehtyjen muutosten menovaikutusten osalta
- valtionvelan korkomenot
- valtion päättämien veromuutosten mahdolliset kompensatiot muille veronsaajille
- sosiaaliturvamaksujen muutoksista johtuvat Kansaneläkelaitokselle maksettavien siirtomenojen muutokset
- teknisesti välitetyjä suorituksia ja ulkopuolisilta saatavia rahoitusosuuksia määrältään vastaavat menot
- veikkausvoittovaroja, totopeleistä saatavia tuloja ja Raha-automaattiyhdistyksen tuloutusta vastaavat menot
- finanssisijoitusmenot
- arvonlisäveromenoihin osoitetut määrärahat.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan kehukset (25.5.2007) sekä arvio kehyyksen ulkopuolisista menoista vuosina 2008–2011, milj. euroa vuoden 2008 hintatasossa:

	Kehys	Arvio kehyyksen ulkopuolisista menoista	Yhteensä
2008	9 526	4 374	13 900
2009	9 693	4 238	13 931
2010	9 783	4 175	13 958
2011	9 867	4 126	13 993

Valtiontalouden kehyyksissä oli jakamatonta varausta 60 milj. euroa vuodelle 2008, 75 milj. euroa vuonna 2009, 90 milj. euroa vuonna 2010 ja 101 milj. euroa vuonna 2011.

Keväällä 2004 valmistui ensimmäinen peruspalveluohjelma. Sen jälkeen ohjelmaa on päivitetty vuosittain. Peruspalveluohjelma sisältää yhteenvedon palveluiden saatavuudesta, kehittämisestä ja rahoituksesta. Peruspalveluohjelma liittyy valtiontalouden kehyspäätökseen ja ohjelma tarkistetaan vuosittain kehysmenettelyn yhteydessä. Peruspalvelubudjettitarkastelu käsittää valtionosuusjärjestelmään kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetustoimen ja kirjastopalveluiden rahoituksen edellyttämät määrärahat. Näistä palveluista aiheutuvia velvoitteita ja kustannuksia pyritään arvioimaan suhteessa kuntatalouden kokonaisuuteen. Peruspalvelubudjetilla ajoitetaan ja täsmennetään peruspalveluohjelman mukaisten toimenpiteiden vuosittainen toteutus, kustannukset ja rahoitus.

6.2. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan kehusehdotus 2009–2012

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan kehusehdotuksen peruslaskelma ylittää 25.5.2007 annetun kehyyksen 153,9 milj. eurolla. Tämä aiheutuu lähinnä vuoden 2008 talousarvion yhteydessä tehdyistä päätöksistä sekä indeksien muutoksista.

Sosiaali- ja terveysministeriö sitoutuu sektoritutkimuksen neuvottelukunnan koordinoimien hankkeiden rahoitukseen kehyskaudella momentilta 33.01.01 neuvottelukunnassa sovitun kehyyksen mukaisesti. Rahoitus järjestetään käyttämällä sitomattomia tutkimusmäärärahoja ja sektoritutkimuslaitosten tulosohjausta.

- 2007: 1 Mikael Fogelholm, Olavi Paronen, Mari Miettinen. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveysliikunnan tila ja kehittyminen 2006.
ISBN 978-952-00-2232-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2233-4 (PDF)
- 2 Jussi Huttunen. Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Selvityshenkilön raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2237-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2238-9 (PDF)
- 3 Salme Kallinen-Kräkin, Tero Meltti. Sosiaalipalvelut toimiviksi. Sosiaalialan kehittämishankkeen arviointikierroksen raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2245-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2246-4 (PDF)
- 4 Simo Salminen, Riikka Ruotsala, Jarmo Vorne, Jorma Saari. Työturvallisuuslain toimeenpano työpaikoilla Selvitys uudistetun työturvallisuuslain vaikutuksista työpaikkojen turvallisuus-toimintaan.
ISBN 978-952-00-2247-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2248-8 (PDF)
- 5 Perhepäivähoidon kehittämisen suuntia. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2255-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2139-9 (PDF)
- 6 Varhaiskasvatustutkimus ja varhaiskasvatuksen kansainvälinen kehitys. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2259-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2260-0 (PDF)
- 7 Varhaiskasvatuksen henkilöstön koulutus ja osaaminen. Nykytila ja kehittämistarpeet. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2261-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2262-4 (PDF)
- 8 Markku Lehto. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2263-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2264-8 (PDF)
- 9 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007. Tarkistusvuosi 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2265-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2266-2 (PDF)
- 10 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2267-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2268-6 (PDF)
- 11 Samapalkkaisuusohjelma. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2273-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2274-7 (PDF)

- 12 Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan arvioinnin loppuraportti. Toim. Jaana Kaakinen, Jarmo Nieminen, Jukka Ohtonen.
ISBN 978-952-00-2279-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2280-8 (PDF)
- 13 Varhaiskasvatuksen kehittämisen suuntaviivoja lähivuosille. Väli­raportti varhaiskasvatuk­sen neuvottelukunnan työstä. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2281-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2282-2 (PDF)
- 14 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. Suomen eTerveys -tiekartta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2283-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2284-6 (PDF)
- 15 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. eHealth roadmap - Finland. (Stencil)
ISBN 978-952-00-2285-3 (pb)
ISBN 978-952-00-2286-0 (PDF)
- 16 Opportunities to reconcile family and work. Ed. by Rolf Myhrman, Riitta Säntti.
ISBN 978-952-00-2287-7 (pb)
ISBN 978-952-00-2288-4 (PDF)
- 17 Tomi Hussi, Guy Ahonen. Business-oriented maintenance of work ability. (Stencil)
ISBN 978-952-00-2289-1 (pb)
ISBN 978-952-00-2290-7 (PDF)
- 18 Anita Haataja. Viisikymppisten työllisten työssä jatkamista ennakoivat tekijät.
ISBN 978-952-00-2292-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2293-8 (PDF)
- 19 Sanna Parrila. Perhepäivähoidon ohjauksen kehitysvaihtoehtoja.
ISBN 978-952-00-2294-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2295-2 (PDF)
- 20 Elina Renko. ”Alkoholinkäyttö ei ole yksityisasia”. Alkoholiohjelman ja alkoholipolitiikan liittyvä lehdistökirjoittelu 2004-2006.
ISBN 978-952-00-2296-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2297-6 (PDF)
- 21 Nikotiinivalmisteiden seurantatyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2304-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2305-8 (PDF)
- 22 Leena Tamminen-Peter. Ergonomiaopetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveydenhoitoalan oppilaitoksissa. (Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 978-952-00-2306-5 (PDF)
- 23 Sosiaali- ja terveysministeriön taloussääntö 1.3.2007.
ISBN 978-952-00-2315-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2316-4 (PDF)
- 24 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti. Vuoden 2006 toiminta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2321-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2322-5 (PDF)

- 25 Erityisryhmien asumisturvallisuuden parantaminen. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2327-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2328-7 (PDF)
- 26 Markku Kuisma. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen. Selvityshenkilön raportti.
ISBN 978-952-00-2332-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2333-1 (PDF)
- 27 Koko perhe kierteessä. Lähisuhdeväkivalta ja alkoholi.
ISBN 978-952-00-2342-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2343-0 (PDF)
- 28 Päivi Voutilainen, Eija Kattainen, Reija Heinola. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994-2006.
ISBN 978-952-00-2344-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2345-4 (PDF)
- 29 Terveysalan opettajan ammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2352-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2353-9 (PDF)
- 30 Aila Kumpulainen. Kehitysvammapalvelut vuonna 2004.
ISBN 978-952-00-2356-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2357-7 (PDF)
- 31 Stefan Ehrstedt. Työelämän kehittämishankkeet ja –ohjelmat valituissa OECD-maissa sekä kansainvälisissä järjestöissä. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2362-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2363-8 (PDF)
- 32 Samapalkkaisuusohjelman seurantaryhmän (2006-2007) loppuraportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2370-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2371-3 (PDF)
- 33 Lapsiasiavaltuutetun toimintakertomus vuodelta 2006.
ISBN 978-952-00-2374-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2375-1 (PDF)
- 34 Sairaanhoidovakuutuksen kehittäminen. Sairausvakuutuksen sairaanhoidovakuutuksen kehittämistyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2378-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2379-9 (PDF)
- 35 Palveluksessanne STM.
ISBN 978-952-00-2390-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2391-2 (PDF)
- 36 Mirja Willberg, Hannu Valtonen. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu.
ISBN 978-952-00-2386-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2387-4 (PDF)
- 37 Mirja Willberg, Hannu Valtonen. Jämförelse av finansierings- och servicesystemen inom hälso- och sjukvården.
ISBN 978-952-00-2388-1 (inh.)
ISBN 978-952-00-2389-8 (PDF)

- 38 Raija Volk, Tuula Laukkanen. Palvelusetelin käyttö kunnissa.
ISBN 978-952-00-2390-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2391-1 (PDF)
- 39 Janne Jalava, Tuomas Ketola, Nina von Hertzen, Petri Virtanen. Tasa-arvoa edistävien EU-hankkeiden arviointi.
ISBN 978-952-00-2400-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2401-7 (PDF)
- 40 Anita Haataja, Ossi Korkeamäki, Tomi Kyyrä. Soviteltu työttömyysetuus: kohdentuminen, toimeentulo ja vaikutus työllistymiseen. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2406-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2407-9 (PDF)
- 41 Maahanmuuttajien palvelut ja työllistyminen sosiaalialalle. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2408-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2409-3 (PDF)
- 42 Suomen kansainvälisten lapseksiottamisasioiden lautakunta. Toimintakertomus 2006. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2423-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2424-6 (PDF)
- 43 Nämnden för internationella adoptionsärenden i Finland. Verksamhetsberättelse 2006.
ISBN 978-952-00-2425-3 (inh.)
ISBN 978-952-00-2426-0 (PDF)
- 44 The Finnish Board of Inter-Country Adoption Affairs. Annual Report 2006.
ISBN 978-952-00-2427-7 (pb)
ISBN 978-952-00-2428-4 (PDF)
- 45 Apteekkityöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2429-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2430-7 (PDF)
- 46 Lääkkeiden viitehintajärjestelmää selvittäneen työryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2431-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2432-1 (PDF)
- 47 Hannu Puolijoki, Anja Tuulonen. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen arviointi.
ISBN 978-952-00-2433-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2434-5 (PDF)
- 48 Mikko Wennberg, Olli Oosi, Kaisa Alavuotunki, Sirpa Juutinen, Henrik Pekkala. Sosiaalialan kehittämishankkeen organisoinnin arviointi. Sosiaalialan kehittämishankkeen lopparviointi. Osaraportti 1.
ISBN 978-952-00-2435-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2436-9 (PDF)
- 49 Jaakko Virkkunen, Yrjö Engeström, Reijo Miettinen. Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan tulevaisuus. Projekteista konseptikehittämiseen.
ISBN 978-952-00-2437-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2438-3 (PDF)

- 50 Helena Seppänen. Asiakastietojen käsittely kuntoutusyhteistyössä. Opas kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmille
ISBN 978-952-00-2439-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2440-6 (PDF)
- 51 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti. Kevään 2007 toiminnasta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2441-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2442-0 (PDF)
- 52 Biopankit, yhteinen etu. Ihmisperäisten näytekokoelmien hyödyntämistä selvittäneen työryhmän loppuraportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2448-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2449-9 (PDF)
- 53 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan IT-strategia vuosille 2007-2011. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2450-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2451-2 (PDF)
- 54 Sanna Parrila. Ryhmäperhepäivähoitoselvitys. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2456-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2457-4 (PDF)
- 55 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulosohjauksen kehittämistyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2458-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2459-8 (PDF)
- 56 Vakuutusvalvonnan kehittäminen. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2464-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2465-9 (PDF)
- 57 Kari Niilola. Alkoholijuomien tuotanto ja myynti työllistäjänä. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2466-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2467-3 (PDF)
- 58 Alkoholimainontatyöryhmän muistio 2007. (Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 978-952-00-2468-0 (PDF)
- 59 Jyri Sorvali. Urheilu- ja liikuntajärjestöt alkoholiohjelmakumppaneina 2004-2007. (Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 978-952-00-2469-7 (PDF)
- 60 Jouni Puumalainen. Työterveys ja kuntoutus. Työterveyshuollon, työpaikkojen ja kuntoutuksessa toimivien yhteistyö.
ISBN 978-952-00-2472-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2473-4 (PDF)
- 61 Tom Tarvainen, Ville Pietiläinen, Tapio Kuure. Nuoret eivät odota! Palvelurakenteen muutos nyt.
ISBN 978-952-00-2476-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2477-2 (PDF)
- 62 Maahanmuuttajatyön kehittäminen varhaiskasvatuksessa. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2482-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2483-3 (PDF)

- 63 Arja Rimpelä, Susanna Rainio, Heini Huhtala, Hanna Lavikainen, Lasse Pere, Matti Rimpelä. Nuorten terveystapatutkimus 2007. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1997-2007.
ISBN 978-952-00-2486-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2487-1 (PDF)
- 64 Oikeuslääketieteellisen kuolemansyyn selvittämisen organisointi. (Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 978-952-00-2490-1 (PDF)
- 65 Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2009-2012. (moniste)
ISBN 978-952-00-2493-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2494-9 (PDF)