


Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:78

Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja
taloussuunnitelma vuosille 2008-2011





*Kaikille
mahdollisuus
terveelliseen ja
turvalliseen
elämään.*

**Yliopistopaino
Helsinki**

KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö	Julkaisun päivämäärä 29.12.2006		
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja sihteeri) Puheenjohtaja: Raimo Ikonen Sihteerit: Tiina Palotie-Heino, Arto Salmela	Julkaisun laji Suunnitelma		
	Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö		
	Toimielimen asettamispäivä		
Julkaisun nimi Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan toiminta- ja taloussuunnitelma 2008–2011			
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 kytkeä 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 2006:78		ISSN 1236-2115	ISBN 952-00-2235-X (nid.) 952-00-2236-8 (PDF)
Kokonaissivumäärä 56	Kieli Suomi	Hinta 14,04 €	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisumyynti PL 536, 33101 Tampere, puh. (03) 260 8158 ja (03) 260 8535, fax (03) 2608150, sähköposti: julkaisumyynti@stm.fi		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet	Utgivningsdatum 29.12.2006		
Författare Ordförande: Raimo Ikonen 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 2008–2011			
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 2006:78		ISSN 1236-2115	ISBN 952-00-2235-X (inh.) 952-00-2236-8 (PDF)
Sidoantal 56	Språk Finska	Pris 14,04 €	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 2008–2011 LÄHTÖKOHDAT	9
2. SOSIAALITURVAN KESTÄVÄN KEHITYKSEN HAASTEET.....	11
2.1. TYÖLLISYYS JA TYÖVOIMA	11
2.2. IKÄÄNTYMINEN.....	14
2.3. KÖYHYYS JA SYRJÄYTYNEISYYS	17
2.4. ALUEELLINEN KEHITYS JA ALUEELLISTAMINEN	20
2.5. TIETOTEKNOLOGIAN HYÖDYNTÄMINEN	24
3. SOSIAALITURVAN MENOT JA KÄYTTÖ	25
3.1. SOSIAALIMENOJEN KEHITYS	25
3.2. SOSIAALITURVAN MENOT JA TARVE	26
3.3. SOSIAALIMENOJEN RAHOITUS	28
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	35
4.4. VARMISTETAAN TOIMIVAT PALVELUT JA KOHTUULLINEN TOIMEENTULOTURVA	37
4.5. EDISTETÄÄN NAISTEN JA MIESTEN VÄLISTÄ TASA-ARVOA.....	41
5. TUOTTAVUUSOHJELMA.....	43
6. TAVOITTEET, TOIMENPITEET JA RESURSSIT VUOSILLE 2007–2011	44
6.1. VALTIONTALouden KEHYKSET VUOSILLE 2007–2011	44
6.2. SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN HALLINNONALAN KEHYSEHDOTUS 2008–2011	45
LIITE 1: VALTUUKSIEN KÄYTÖSTÄ AIHEUTUVAT MENOT	49

1. Suunnitelmakauden 2008–2011 lähtökohdat

Keskeiset linjaukset suunnitelmakaudelle

Päätavoitteena on kehittää hyvinvointiyhteiskuntaa parantamalla työllisyyttä ja vähentämällä työttömyyttä, vahvistamalla peruspalveluja ja toimeentuloturva sekä tasapainottamalla alueellista kehitystä. Tavoitteena on nostaa selkeästi työllisyysastetta vuoteen 2011 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 terveyspoliittisia tavoitteita.

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. Myös keskustelu julkisen sektorin asemasta, tehtävistä ja ohjausroolista sekä julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön muodoista jatkuu.

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 palvelurakennemuutustusta linjaava puitelaki ja sen edellyttämien tavoitteiden ja toimenpiteiden toteuttaminen.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2006 julkistamassaan ”Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015” -asiakirjassa sosiaali- ja terveyspolitiikan 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

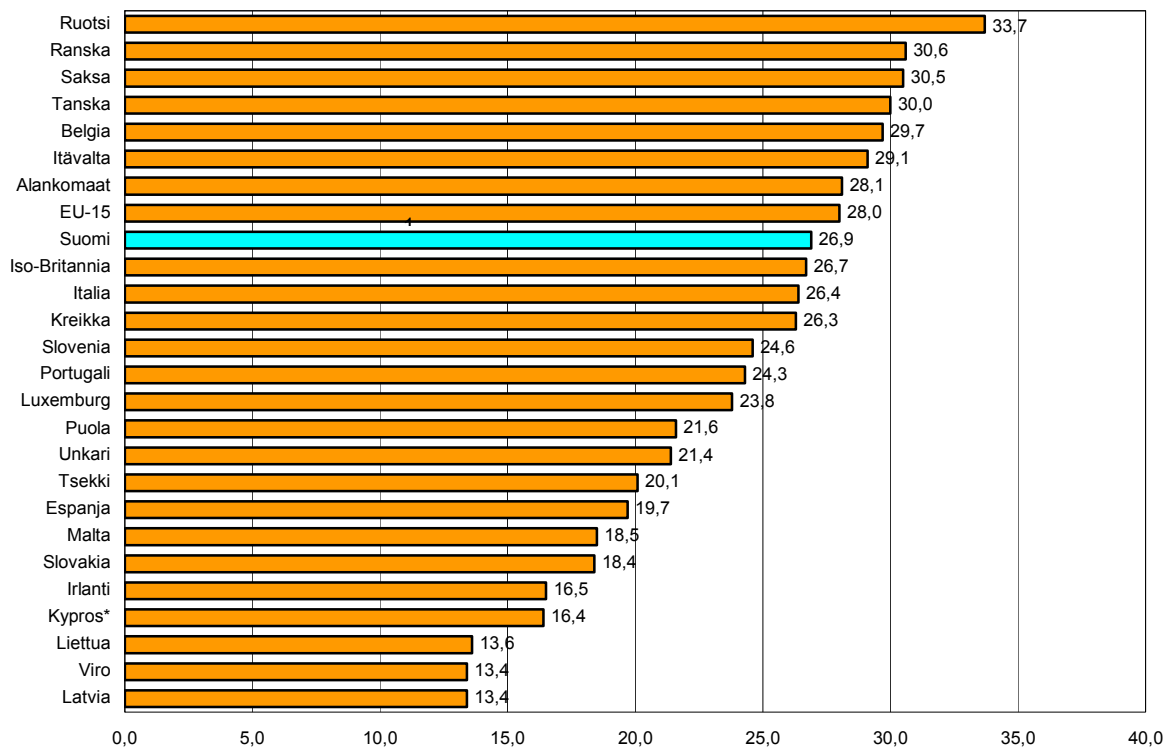
Koko vuoden 2006 bruttokansantuotteen kasvun arvioidaan olevan runsas 4,5 prosenttia, vuonna 2007 3 prosenttia ja laskevan suunnitelmakauden loppuun ollen vuonna 2011 1,8 prosenttia. Inflaatio jää edelleen alhaiseksi muihin euromaihin verrattuna. Koheneva työllisyys lisää ostovoimaa, vaikka kotitalouksien kulutushalukkuus ja investointihalukkuus selvästi laskevat. Työllisyysaste nousee vuonna 2006 68,8 prosenttiin ja sen arvioidaan nousevan hieman seuraavanakin vuotena. Työvoiman tarjonta kääntyy laskuun ja työttömyysaste painuu lähelle 7 prosenttia. Pitkäaikaistyöttömyys säilyy kuitenkin korkeana.

Valtion rahoitustilanne pysyy tyydyttävänä, alijäämä on 1,5 prosenttia suhteessa kokonaistuotantoon. Kuntatalouden alijäämäisyys jatkuu, mutta toimintamenojen kasvun odotetaan taittu-

van 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 sekä eläketurvan kysynnän kasvusta huolimatta sosiaalimenojen kehitys on ollut maltillista. Sosiaalimenojen bruttokansantuotteeseen suhteutettu osuus sekä henkeä kohden lasketut ostovoimakorjatut sosiaalimenot ovat Suomessa alle EU-maiden keskitason (Kuvio 1). Lähivuosina Suomen sosiaalimenot kasvavat jokseenkin samaa vauhtia bruttokansantuotteen kanssa ja sosiaalimenojen bkt-suhde pysyttelee 27 prosentissa. Kehitykseen vaikuttavia tekijöitä ovat työllisyyden kehittyminen, terveydenhuolto- ja eläkemenojen kasvu sekä palvelujärjestelmän uudistamisen ja uuden tietoteknologian onnistunut soveltaminen.

Kuvio 1. Sosiaalimenot suhteessa bruttokansantuotteeseen EU-maissa vuonna 2003



* 2002

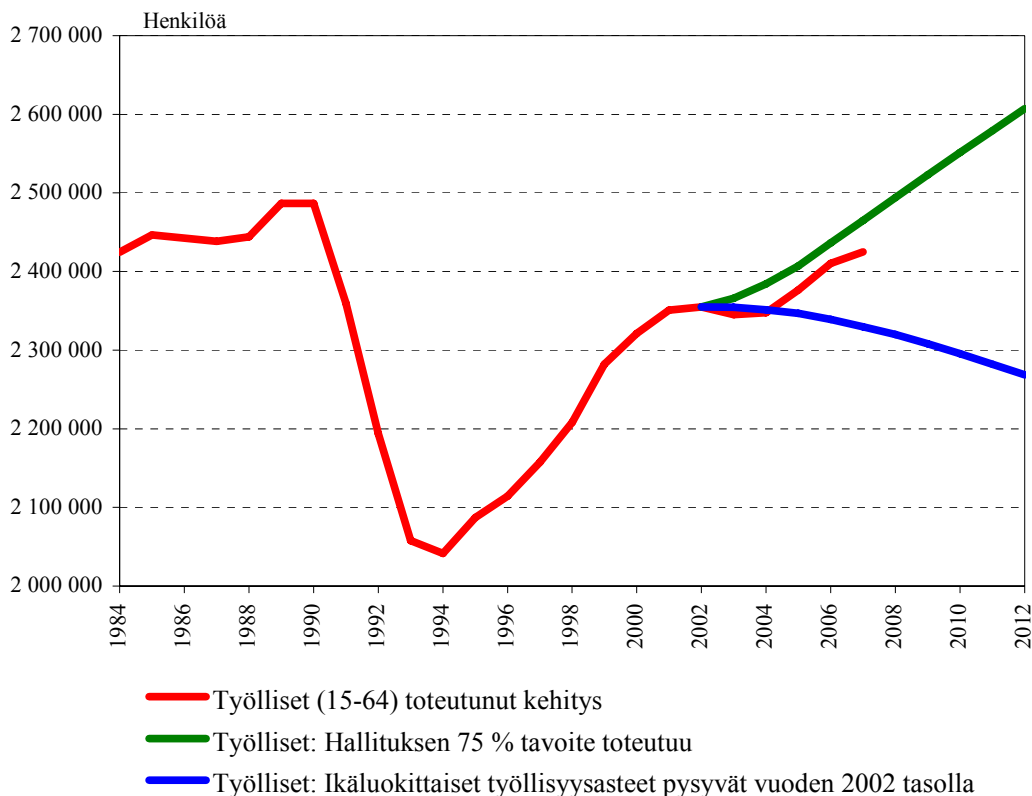
Lähde: Eurostat

2. Sosiaaliturvan kestävän kehityksen haasteet

2.1. Työllisyys ja työvoima

Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen tavoitteena oli lisätä työllisyyttä 100 000 henkilöllä vuoteen 2007 ja nostaa työllisyysaste 75 prosenttiin vuoteen 2011 mennessä. Jos hallituksen työllisyystavoite toteutuu, elatusuhde vahvistuu vuoteen 2011 asti, jonka jälkeen se alkaa hitaasti heiketä. Työllisyys on kehittynyt viime vuosina pääosin myönteisesti ja työllisten määrässä ollaan lähennytty 75 prosentin työllisyysasteen tavoiteuraa (Kuvio 2). Vuonna 2005 työllisyysaste kohosi 68 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 yleistymisen on vähentänyt koko-aikaista poistumista työelämästä. Toisaalta nuorten ja keski-ikäisten työllisyysasteet ovat edelleen alhaisemmat kuin ennen lammavuotia. Viimeisimpien tietojen mukaan alle 25-vuotiaiden työttömyys on vuonna 2006 vähentynyt muuta työttömyyttä nopeammin. Työvoiman kokonaistarjonta kuitenkin supistuu vähitellen.

Kuvio 2. Työlliset vuosina 1984–2005 sekä projektiot eri oletuksilla vuosina 2002–2012



Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien miesten osuudet yli 50-vuotiaiden miesten ikäryhmissä ovat Suomessa kansainvälisesti korkeat. Työkyvyttömyyseläkkeelle tai yksilölliselle varhaiseläkkeelle siirtyy enemmän henkilöitä kuin vanhuuseläkkeelle. Pääosa työkyvyttömyyseläkkeistä myönnetään mielenterveyshäiriöiden sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi.

Suomen työllisyyden nostamisen keskeiset haasteet ovat:

- 55-vuotta täyttäneiden pitäminen työelämässä mukana. Tämän ikäluokan miesten työllisyysasteet ovat OECD-maiden alhaisimpia. Vastaavan ryhmän naisten työhön osallistuminen on korkea eurooppalaista tasoa, mutta alhainen pohjoismaisessa vertailussa.
- Nuorten 20–30-vuotiaiden työelämään kiinnittymisen vahvistaminen.
- 30–50-vuotiaiden työllisyysasteen palauttaminen ennen 1990-luvun alun lamaa edeltäneelle tasolle.

Edellä mainitut ryhmät muodostavat työvoimareservit, jotka näkyvät 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 kokonaan työelämän ulkopuolelle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten 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 jää noin neljännes eli 55 000 henkilöä eläkkeelle. Osaa- 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, työssäjatkamista, parantamalla työoloja, mitoittamalla henkilöstön määrä tarvetta vastaavaksi ja tukemalla henkilöstöryhmien joustavaa työnjakoa. Haasteeseen pyritään vastaamaan myös lisäämällä tuottavuutta.

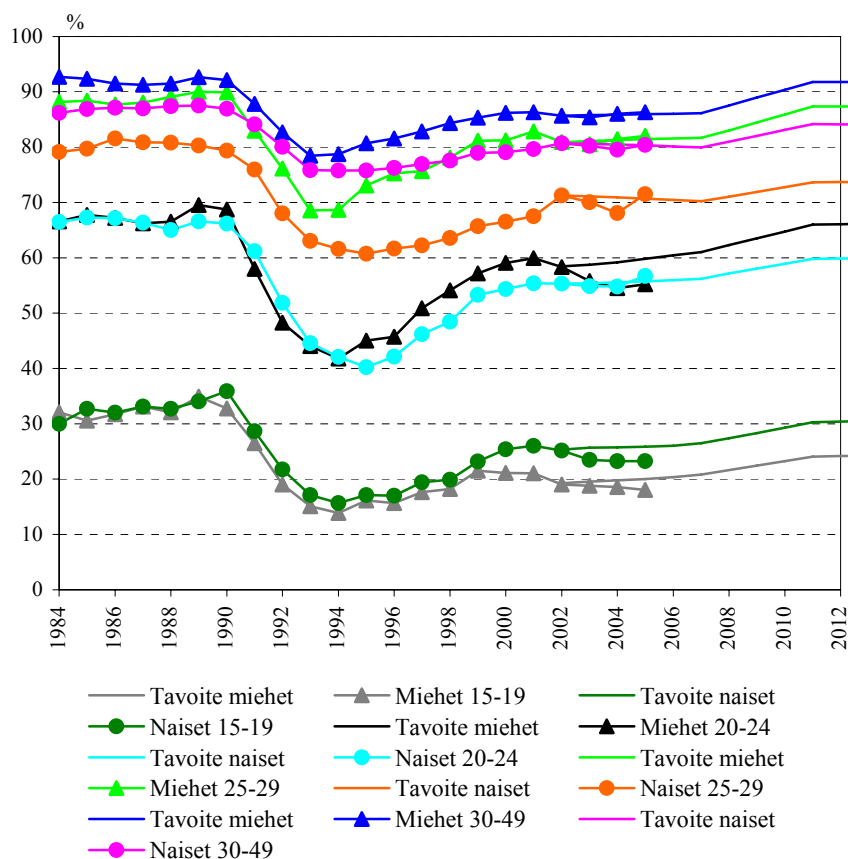
Työikäisen väestön osuuden supistumisella on huomattava vaikutus talouskasvuun. Mikäli ikäryhmittäiset työllisyysasteet pysyvät nykyisellä tasolla, työikäisen väestön ikärakenteen muutos pienentää talouskasvua. Tuotannon kasvu hidastuisi 0,5 prosentilla ajanjaksoilla 2004–2007 ja 0,7 prosentilla ajanjaksolla 2007–2011. Tuottavuuden kasvusta huolimatta jäisi talouskasvu vaatimattomaksi. Hallituksen työllisyystavoitteen toteutuminen muuttaisi tilannetta oleellisesti. Väestön ikääntyminen ei enää samalla tavoin hidastaisi taloudellista kasvua ja sillä olisi tuntuva vaikutus yhteiskunnan kykyyn tuottaa hyvinvointipalveluita kansalaisille.

Jotta 75 prosentin työllisyystavoiteura saavutettaisiin, 25–49-vuotiaiden miesten työllisyysasteiden tulisi palautua lamaa edeltävälle tasolle. Sekä miesten että naisten työllisyysasteet ikäluokissa 15–24-vuotiaat jäisivät hieman alle 1980-luvun lopun tasoa pidentyneiden koulutusaikojen vuoksi. Nuorten 25–29-vuotiaiden naisten kiinnittyminen työmarkkinoille olisi edelleen vaikeampaa ja ero vastaavan ikäisiin miehiin olisi hieman kasvanut 1980-lukuun verrattuna. Kaikissa ikääntyneiden ikäluokissa työllisyysasteiden tulisi kohota korkeammalle tasolle kuin ennen lamaa. Paraneminen tulisi olla voimakkainta ikäluokassa 60–64-vuotiaat. Työllisyysasteiden tulisi kohota merkittävästi myös ikäluokassa 65–69-vuotiaat. Keskeiset toimet työllisyyden parantamiseksi tulisi edelleen suunnata yli 50-vuotiaisiin (Kuviot 3 ja 4).

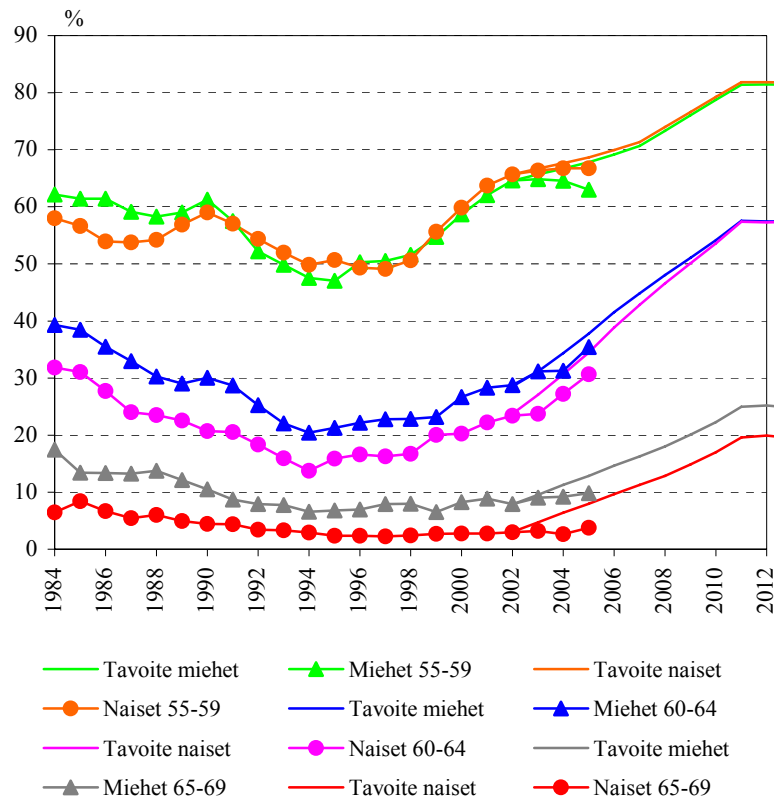
Työllisyystavoitteen saavuttaminen ei ole helppoa. Tavoitteessa onnistuminen edellyttää toimia, jotka koskettavat kaikkia ikäryhmiä. Talous- ja hyvinvointipolitiikan keinovalikoiman tulee olla mahdollisimman kattava.

Sosiaali- ja terveysministeriön strategian keskeisenä tavoitteena on mm. työuran pidentyminen 2–3 vuodella sekä väestön työ- ja toimintakyvyn paraneminen. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonala voi 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. Vuoden 2005 alusta toteutunut laaja eläkeuudistus tukee osaltaan näiden tavoitteiden saavuttamista. Syrjäytymistä ehkäisevillä toimilla estetään työelämästä syrjäytymistä sekä vähennetään pitkäaikaistyöttömyyttä.

Kuvio 3 15–49-vuotiaiden miesten ja naisten työllisyysasteiden kehitys vuosina 1984–2005 sekä 75 %:n työllisyysastetavoiteura vuoteen 2012



Kuvio 4 Ikääntyneiden miesten ja naisten työllisyysasteet vuosina 1985–2005 sekä 75 %:n työllisyysastetavoiteura vuoteen 2012

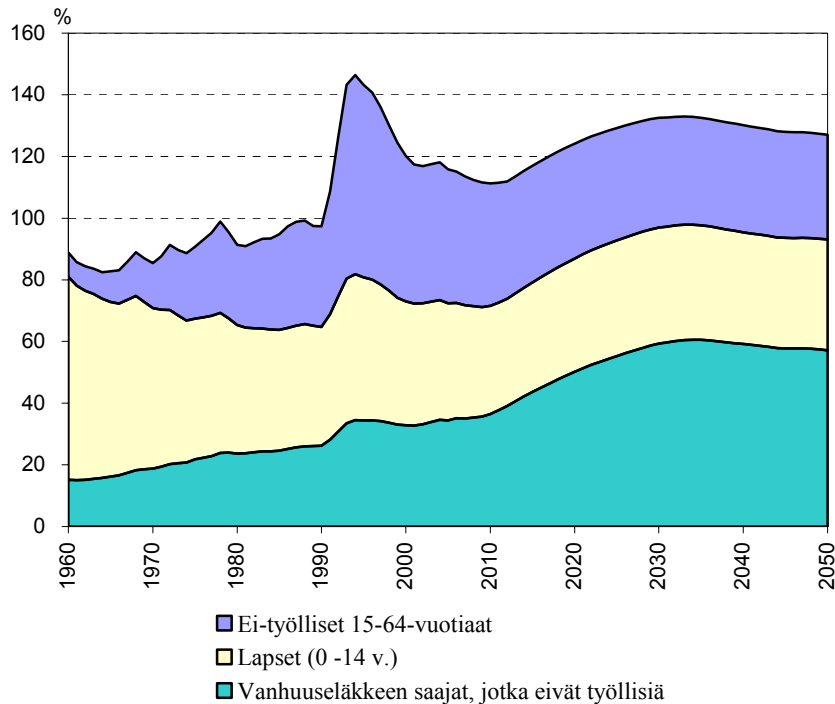


2.2. Ikääntyminen

Väestö ikääntyy Suomessa nopeammin kuin useimmissa muissa maissa. Lasten ja nuorten määrä ja osuus vähenee. Työikäisten lukumäärä alkaa supistua ensi vuosikymmenen vaihteessa. Samaan aikaan vanhushuoltosuhde kaksinkertaistuu vuoteen 2030 mennessä ja jää sen jälkeen korkealle tasolle. Vuonna 2030 joka neljäs suomalainen on 65 vuotta tai vanhempi. Erityisesti kasvaa hyvin iäkkäiden määrä. 75 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu vuoteen 2030 mennessä. Yhä useampi saavuttaa 85–95 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. 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 5). Elatussuhde alkaa heikentyä vuoden 2010 taitteessa ja muuttuu sosiaaliturvan rahoituksen kannalta pysyvästi vaativammaksi. Koska työttömyysaste on pysytellyt korkealla ja työelämästä poistutaan varhain, työvoima on jo tosiasiallisesti alkanut supistua. Nykyistä pienemmän työikäisen väestön on tulevana vuosina kannettava vastuu työelämän ulkopuolella olevien kasvavasta joukosta ja sen toimeentulosta.

Kuvio 5. Elatussuhteen kehitys 1950–2050

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.

Elatussuhde kehittyy eri tavalla maan eri osissa. Alueellisissa väestörakenteissa on jo nyt eroavuuksia ja maan sisäinen muuttoliike kasvattaa niitä entisestään. Väestön ikärakenteen alueittaisen eriytymisen myötä hyvinvointipalvelujen kysyntä, sosiaaliset rakenteet, kuntatalous, työvoiman kysyntä ja saatavuus sekä kulutuskysyntä, elinkeinotoiminta ja yrittäjyys 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 työssä käyviä, nousee työikäistä kohti laskettu kustannusrasitus vähemmän kuin muuttotappioalueilla.

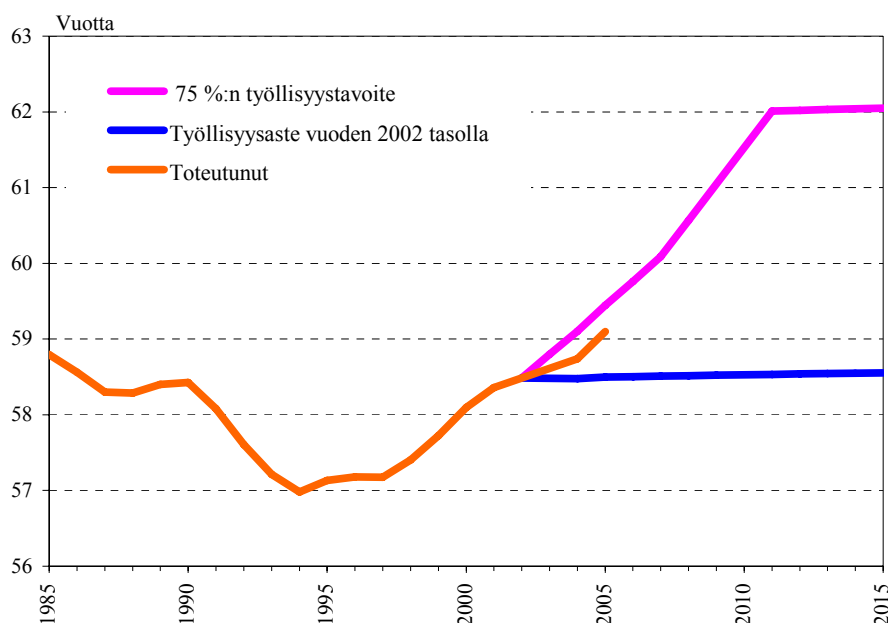
Vanhusten määrän lisääntyminen ei heijastu palvelujen tarpeeseen kuitenkaan suoraviivaisesti. Terveystilan ja toimintakyvyn paranemisen myötä vanhukset pystyvät selviytymään itsenäisesti entistä pidempään. Tällöin sekä lyhytaikaisen että pitkäaikaisen hoidon tarve siirtyy elinkaarella myöhemmäksi, mikä 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 aktiivisena 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 työntekojen 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 1997–2005 se kasvoi noin 14 prosenttiyksikköä. Työeläkeuudistuksen täysimittainen toteutuminen ei silti poista painetta työeläkemaksujen nousuun. Jotta hyvinvoinnin rahoitus voitaisiin turvata ikääntyvässä yhteiskunnassa, työurien tulisi pidentyä vielä edelleen. Taloudellisten kannusteiden, varhaiseläkkeiden ikärajamuutosten ja kuntoutuksen lisäksi se edellyttää myös yleisempiä, työelämän sisältöä muuttavia toimenpiteitä.

Kuvio 6. Työnjättöiän odote 50-vuotiaalle väestölle vuosina 1985–2005



Sosiaali- ja terveyspalvelumenojen kehitys riippuu keskeisesti kansalaisten terveydentilan kehityksestä ja palvelusektorin tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta. Sen vuoksi sairauksien ennalta ehkäiseminen, 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 tuo-

tantotapoja sekä hyödyntämällä uutta lääketiedettä ja hoitoteknologiaa. Palvelutuotantoa voidaan tehostaa muun muassa lisäämällä alueellista ja seudullista yhteistyötä, karsimalla päällekkäisiä toimintoja ja investointeja ja verkottamalla toimintayksiköitä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotannon ja organisoinnin tehostamiseksi on valmisteltu mittavaa kunta- ja palvelurakennemuutosta.

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.

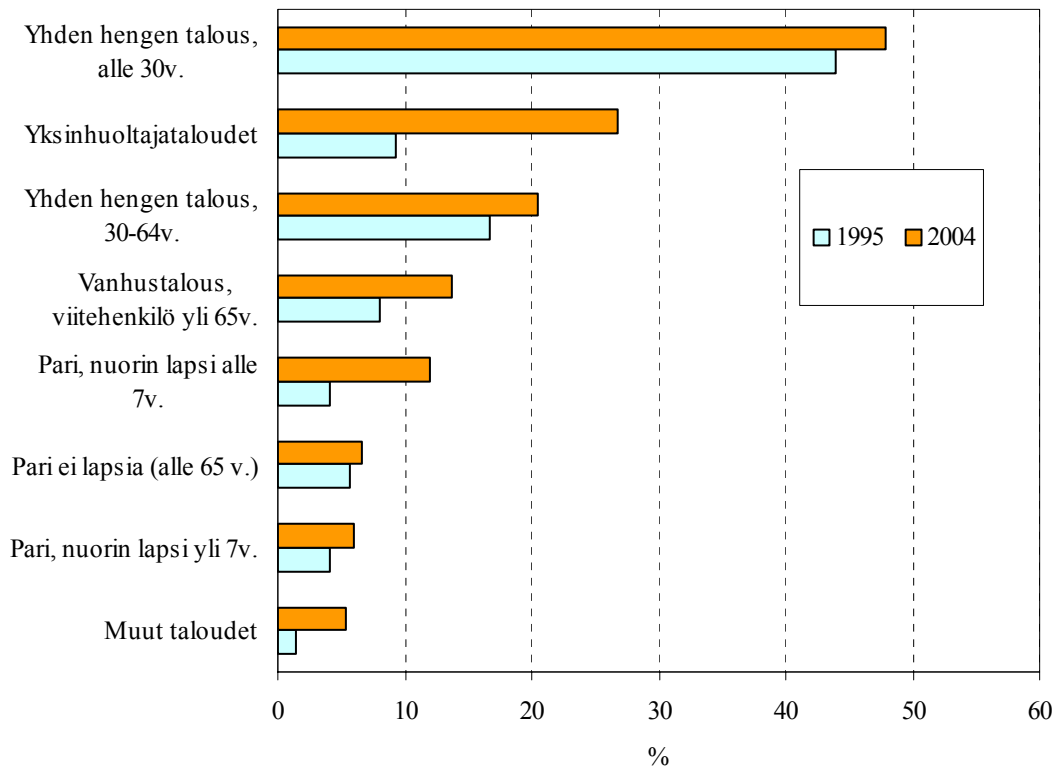
Köyhyys nähdään yleensä suppeampana käsitteenä kuin syrjäytyminen. Syrjäytymiseen kytkeytyvät tavallisesti vakavat toimeentulo-ongelmat. Sen sijaan köyhyyteen ei välttämättä liity muita syrjäytymiseen yhdistyviä tekijöitä. Niukasta toimeentulosta huolimatta muut elämän laatuun vaikuttavat tekijät kuten 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

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.

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.

Viimeaikaisen kehityksen huolestuttavimpia piirteitä on pienituloisten lapsiperheiden ja yksinhuoltajien osuuden kasvu. Pienituloisten osuus on kasvanut erityisesti perheissä, joissa on alle kouluikäisiä lapsia. Yleisintä pienituloisuus on kuitenkin edelleen kotitalouksissa, joissa on vain yksi aikuinen (kuvio 7).

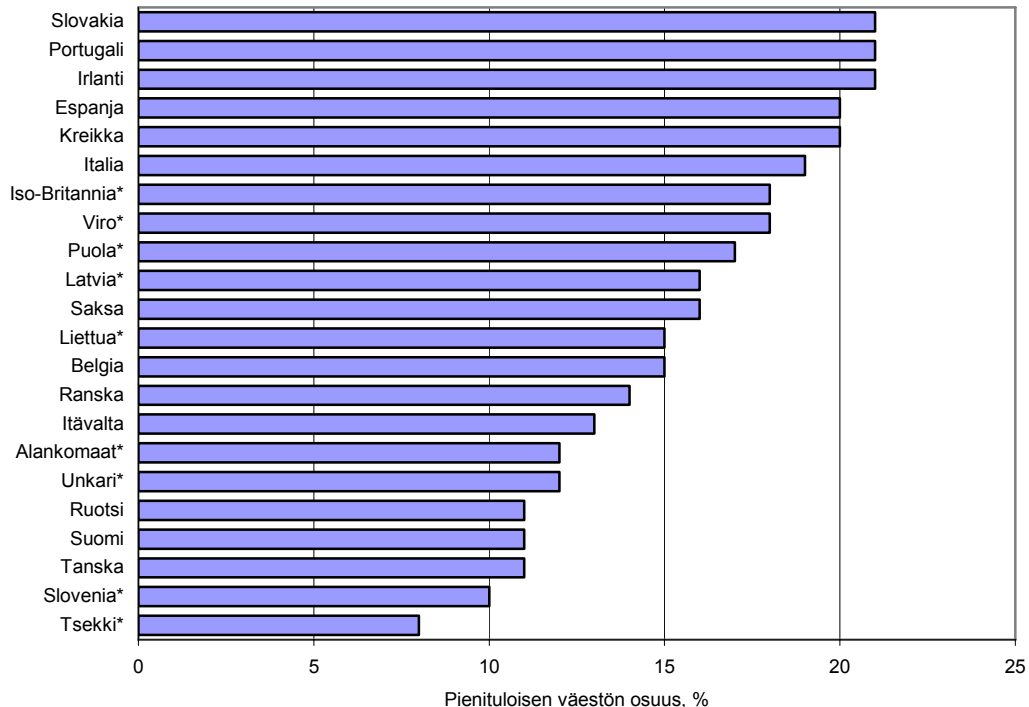
Kuvio 7. Pienituloisen väestön osuus eri perhetyypeissä vuosina 1995 ja 2004, %.
Pienituloisuusraja 60 % ko. vuoden kotitalouksien käytettävissä olevasta mediaanitulosta



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 8). 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. Eri maiden tulotilastojen vertailukelpoisuudessa on myös edelleen kehitettävää. Samoin eri maiden hintatasojen vertailussa käytettävien ostovoimapariteettien laskentaan liittyvät omat vaikeutensa.

Kuvio 8. Pienituloisen väestön osuus eräissä nykyisissä EU-maissa vuonna 2003, %. Pienituloisuusrajana 60 % kunkin maan kotitalouksien kulutusyksikköä kohti lasketusta käytettävissä olevasta mediaanitulosta.



* Tiedot vuodelta 2002. Vuosi viittaa tulotietojen ajankohtaan. Eurostat viittaa samoihin tietoihin niiden keruujajankohdan mukaan (2004/2003), 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 reaalitytulot 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. Etuuskien kohtuullisesta tasosta huolehtiminen on siten tärkeä osa syrjäytymisen torjuntaa.

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

Hallitusohjelman mukaisesti useita toimeentuloturvaetuksia on korotettu hallituskauden aikana. Lapsilisiä korotettiin vuoden 2004 alussa. Samoin lievennettiin työmarkkinatuen tulo-vähenteisyyttä puolisojen tulojen suhteen.

Vuonna 2005 korotettiin kansaneläkkeitä, kotihoidon tukea sekä vähimmäismäärän suuruista sairaus-, äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahaa. Sairausvakuutuslain uudistuksessa vuonna 2005 parannettiin myös lyhytkestoisesti työllistyvien toimeentuloturva- ja vanhempainpäivärahan määrätymisperusteita peräkkäisissä synnytyksissä.

Vuoden 2006 talousarvion valmistelun yhteydessä hallitus sopi toimista kaikkein vähävaraisimpien aseman parantamiseksi. Toimiin sisältyi useita toimeentuloturvan parannuksia. Toimeentulotuen asumismenojen 7 prosentin omavastuu poistui 1.9.2006 lukien. Tämä lisää erityisesti niiden toimeentulotukea saavien talouksien tuloja, joilla on suuret asumismenot. Muutoksen toivotaan ehkäisevän vuokratien kertymistä sekä vuokrasopimusten irtisanomisia. Kansaneläkkeisiin tehtiin tasokorotus syyskuussa 2006. Korotus nosti myös muita kansaneläkkeeseen sidottuja etuuksia, joita ovat yleinen perhe-eläke, luopumistuet ja sukupolvenvaihdoseläkkeet, ylimääräinen rintamalisä, sotilasavustus sekä maahanmuuttajien erityistuki. Pitkäaikaistyöttömien työhön paluuta tuettiin asumistuen muutoksella. Asumistuen maksamista jatketaan kolmen kuukauden aikana entisen suuruisena, kun yli vuoden työmarkkinatukea tai työttömyysturvan peruspäivärahaa saanut henkilö työllistyy.

Vuoden 2007 talousarvioesityksessä jatkettiin täsmätoimia heikoimmassa asemassa olevien aseman parantamiseksi. Lasten erityishoitotukea, erityisvammaistukea ja eläkkeensaajien erityishoitotukea korotetaan vuoden 2007 alusta. Samoin korotetaan lasten elatustukea ja kotihoidon tuen sisäkorotusta. Eläkkeensaajien asumistuen enimmäismääriä korotetaan ja lasten perhe-eläkettä ei enää oteta huomioon tulona yleistä asumistukea määriteltäessä. Yrittäjien perheenjäsenten oikeus työttömyysturvaan alkaa 1.10.2007.

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 palvelurakennemuutuksesta 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 vahvista-

maan 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 2009 alusta lukien.

Alueellistaminen

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan alueellistamista koskevan loppuraportin mukaan sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla alueellistettavia tehtäviä löytyi noin 70–90 henkilötyövuoden 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 30–40 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 toukuussa. 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 on antanut asiaa koskevan hallituksen esityksen eduskunnalle 19.10.2006 (HE 236/2006 vp), jossa esitetään 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 2005 koko maan tasolla kuntatalous pysyi suunnilleen edellisvuoden tasolla. Negatiivisen vuosikatteen kuntien lukumäärä laski muutamalla ollen 134 vuonna 2005. Kuntien ja kuntayhtymien velkaantuminen jatkui voimakkaana, lainakanta kasvoi lähes miljardilla eurola vuonna 2005. Verorahoituksen kasvu oli suhteellisen hyvä (4,9 %), mutta se jäi edelleen toimintamenojen lisäystä pienemmäksi.

Sisäasiainministeriön kuntaosaston ennusteen mukaan kuntien vuosikate paranee vuodesta 2005 vuoteen 2007 kaikissa kuntaryhmissä. Taloudellisen tilanteen paranemisesta huolimatta alle 2 000 asukkaan kuntien vuosikate jää huomattavasti alle poistojen. Erityisesti yli 100 000 asukkaan kuntien vuosikate paranee. Huolimatta kuntien talouskehityksen arvioidusta paranemisesta kuntien velkaantumisen odotetaan edelleen jatkuvan. Velkaantumisen kasvun arvioidaan hidastuvan kuitenkin selvästi kehyskauden lopussa.

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 toimintamenojen kasvun pienenevän vuodesta 2006 alkaen ja verotulojen kasvavan lähes samaa vauhtia kuin vuonna 2005. Eriytymiskehitys jatkuu myös lähivuosina. Talouden tasapainotusongelmat keskittyvät niihin kuntiin, jotka eivät omilla päätöksillään pysty riittävästi vaikuttamaan toimintamenojensa kehitykseen. Kuntatalouden rahoitustasapaino paranee edelleen vuonna 2006, mutta vuosikate jää hieman käyttöomaisuuden poistoja pienemmäksi. Kuntatalouden arvioidaan tasapainottuvan vuosina 2007–2011 siten, että vuosikate riittää kattamaan poistot.

Taulukko 1. Kuntien ja kuntayhtymien talouden tunnuslukuja, miljardia euroa

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toimintakate	-17,1	-18,0	-18,7	-19,3	-20,0	-20,7	21,4	-22,2
Verotulot	13,7	14,3	14,8	15,6	16,2	16,8	17,4	18,0
Käyttötalouden valtionosuudet ¹⁾	4,7	5,1	5,4	5,7	6,0	6,2	6,4	6,6
- josta STM:n osuus	3,4	3,7	4,0	4,3	4,5	4,5	4,5	4,6
Satunnaiset erät, netto	0,1	0,3	0,6	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Vuosikate	1,4	1,5	2,0	2,2	2,3	2,4	2,4	2,4
Investoinnit, netto	2,5	2,1	2,0	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
Lainakanta	6,6	7,7	8,2	8,3	8,5	8,5	8,6	8,6
Kassavarat	3,2	3,2	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
Nettovelka (lainakanta – kassavarat)	3,4	4,5	4,7	4,9	5,0	5,1	5,1	5,2

Taulukon luvut perustuvat vuodesta 2006 lähtien ennakkotietoihin tai ennusteisiin

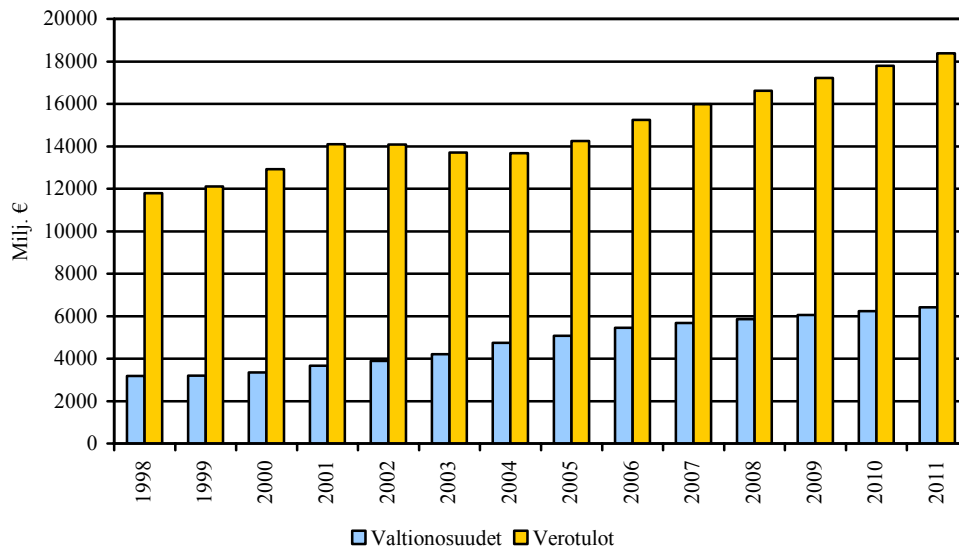
1) Kuntien kirjanpidon mukaan

Lähde: Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta, 2006

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 tulo muodostuksesta on pieni. Kuntatalouden kannalta ongelmallisin kuntaryhmä on sellainen, jonka kuntien vuosikatteen ovat olleet useampana peräkkäisenä vuotena negatiivisia ja joiden tulorahoitus ei riitä menojen kattamiseen. Näille kunnille on tunnusomaista pieni asukasluku, muuttotappiot, maaseutumainen kuntarakente, korkea veroprosentti ja rahoitusaseman heikkous. Näissä kunnissa ovat palvelujen järjestämisen kustannukset reilusti koko maan keskiarvon yläpuolella.

Kuntien tehtävien ja velvoitteiden rahoituksen tasapainoa parannetaan valtion ja kuntien välisellä peruspalveluohjelmalla ja siihen liittyvällä vuosittaisella peruspalvelubudjetilla. Peruspalvelubudjetilla ajoitetaan ja täsmennetään peruspalveluohjelman mukaisten toimenpiteiden vuosittainen toteutus, kustannukset ja rahoitus. Valtionosuusuudistuksen ensimmäinen vaihe toteutettiin vuoden 2006 alusta lukien. Uudistuksessa valtion ja kuntien välinen kustannustenjakoa ei kokonaistasolla muuttunut. (Kuvio 9)

Kuvio 9. Kuntien käyttötalouden valtionavut sekä verotulot vuosina 1998–2011

2.5. Tietoteknologian hyödyntäminen

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

Terveydenhuoltoon rakennetaan suunnitelmakaudella 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 arkkitehtuurin toimeenpanon perustana on hallituksen esitys laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä sekä esitys laiksi 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 luokitusten ylläpidosta.

Terveydenhuollon toimijat veloitetaan siirtymäajan kuluessa liittymään 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.

Kansalaiselle tarjotaan pääsy omiin tietoihinsa ja kansalaisen mahdollisuuksia ohjata ja valvoa omien tietojensa käyttöä parannetaan. Kansalaisille rakennetaan luotettavaa terveystietoa tarjoava portaali (KTL:n terveysuomi.fi). Kansalaisen sähköiset palvelut rakennetaan yhteisesti sovittuun arkkitehtuuriin ja valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin tukeutuen.

Valtakunnallinen tietojärjestelmäarkkitehtuuri mahdollistaa tiedon paremman jatkohyödyntämisen. Tilastoinnissa sekä eri organisaatioiden välisessä tiedonvälityksessä hyödynnetään strukturoitua sähköistä tiedonkeruuta sekä valtakunnallista viestinvälitysratkaisua.

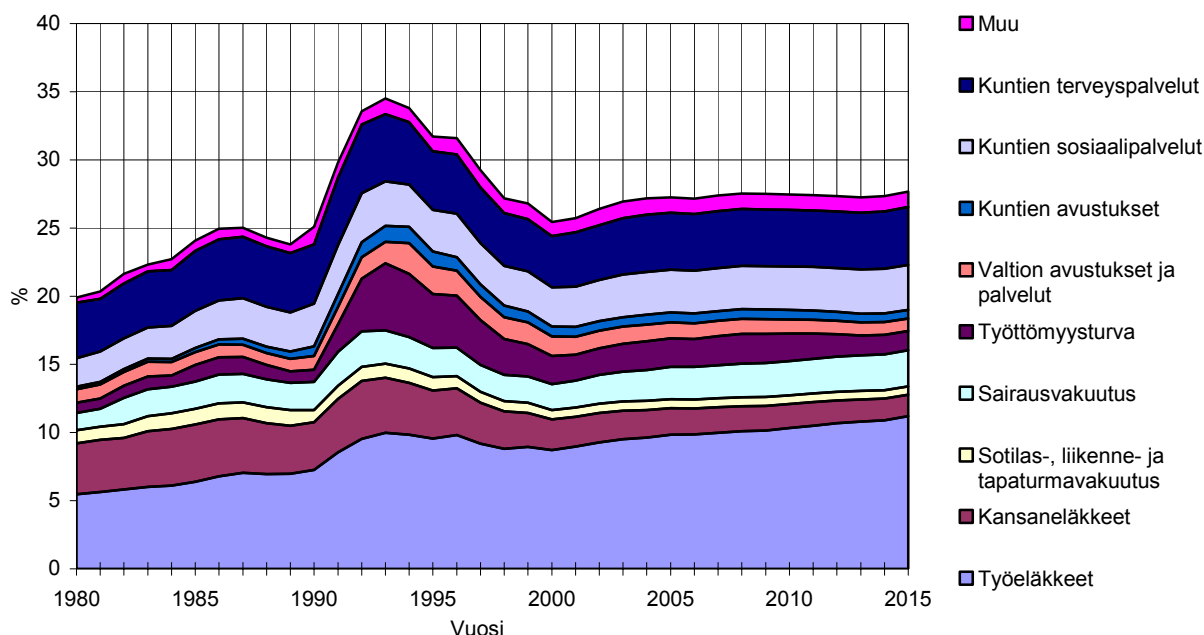
Sosiaalihuollossa hyödynnetään yhteistä arkkitehtuuria soveltuvin osin. Tietoteknologian käytön edistämistä sosiaalihuollossa työstetään osana Sosiaalialan kehittämishanketta. Ensimmäisessä vaiheessa luodaan määrätykset yhtenäiselle, koko maan kattavalle asiakastietojärjestelmälle.

3. Sosiaaliturvan menot ja käyttö

Valtion talousarvion kautta rahoitetaan kaikista sosiaalimenoista noin kolmannes. Sosiaali- ja terveysministeriön pääluokan osuus sosiaalimenoista on vain runsas viidennes. Sosiaalimenoihin kuuluvia eriä rahoitetaan myös muiden pääluokkien kautta. Pääosa sosiaalimenoista rahoitetaan budjetin ulkopuolisin tuloerin.

3.1. Sosiaalimenojen kehitys

Kuvio 10. Sosiaalimenot/bkt kehitysarvio vuosille 1980–2015, %



Viime vuosina Suomen sosiaalimenot suhteessa bruttokansantuotteeseen ovat olleet hieman alle EU-maiden keskiarvon. Vuonna 2005 Suomen sosiaalimenojen bkt-suhte kohosi 26,7 prosenttiin. Tämä johtui pitkälti talouskasvun vähäisyydestä vuoden 2005 alkupuoliskolla. Vuosina 2006–2011 sosiaalimenojen bkt-suhteen ennakoitaan pysyttelevän 26 prosentin tuntumassa. 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. Työeläkemenot arvioidaan kasvavan vuosittain noin 5 prosenttia. Kansaneläkemenot laskevat kansaneläkettä saavien lukumäärän vähetessä. Jatkossa entistä useampi eläkeläinen saa vain työeläkettä. Vanhuuseläkeläisten määrä nousee väestön ikääntyessä. Vuonna 2005 vanhuuseläkeläisten lukumäärä nousi tilapäisesti hieman nopeammin, kun vanhuuseläkkeen ikäraja muuttui joustavaksi. Vuonna 2005 vanhuuseläkkeelle sai kerralla oikeuden kolme uutta ikäluokkaa eli 63–65-vuotiaat. Tätä oikeutta käytti vain neljännes. Asennetutkimusten mukaan työntekijät ovat valmiita jatkamaan työelämässä nykyistä kauemmin, mikä hillitsee jatkossa eläkemenojen kasvua. Työttömyyseläkkeiden määrä vähenee tulevana vuosina tämän eläkelajin poistuessa vähitellen. 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 määrä kasvaessa. Myös työikäisen väestön ikääntyminen tulee nostamaan sairauspäivärahojen määrää arviolta vuoteen 2008 saakka. Äitiys-, isyys- ja vanhempainpäivärahoihin vuonna 2007 tehtävät uudistukset ja korotukset nostavat osaltaan sairausvakuutusmenoja. Syntyvien lasten lukumäärä on viime vuosina pysytellyt 58 000:ssa. Synnytysikäisten ikäluokkien pienetessä vuodesta 2010 lähtien laskee syntyvien lasten määrä, mutta tämä ei näy vielä suunnittelukaudella. Alle kouluikäisten lasten määrä ja päivähoidon tarve pysyvät näin jokseenkin ennallaan. Sen sijaan lapsilisää saavien määrä laskee selvästi, sillä vuosina 1990–1994 syntyi vuosittain noin 65 000 lasta ja he täyttävät tällä suunnittelukaudella 17 vuotta. Lastensuojelun tarve on lisääntynyt selvästi ja tämä nostaa kustannuksia. Jatkossa lasten huostaanotot on saatava 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 2006–2011 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 osaltaan lyhentänyt hoitajajonoja. Perusterveydenhuoltoon tehtävien käyntien määrän ennakoidaan kasvavan edelleen, osittain hoitoon pääsyn turvaamislain vuoksi. Sen sijaan erikoissairaanhoidon hoitajaksot vähentyvät vielä, sillä päiväkirurgisesti toteutettujen toimenpiteiden osuutta voidaan kasvattaa edelleen.

Taulukko 2. Sosiaalimenojen lähivuosien kehitysarvio ja suhde BKT:seen vuosina 2005–2011

	2005*	2006**	2007**	2008**	2009**	2010**	2011**
Sosiaalimenot yhteensä, mrd. €, käypiin hintoihin	42,0	43,3	44,7	46,5	47,9	49,8	51,8
Sosiaalimenojen jakauma, %							
Työeläkkeet	35	36	37	37	38	39	39
Kansaneläkkeet	7	7	6	6	6	5	5
Sotilas-, tapaturma- ja liikennevakuutus	3	3	3	3	3	3	3
Sairausvakuutus	9	10	10	10	10	10	10
Työttömyysturva	7	7	6	6	6	5	5
Valtion avustukset	5	5	5	4	4	4	4
Kuntien avustukset	2	2	2	2	2	2	2
Kuntien sosiaalipalvelut	11	12	12	12	12	12	12
Kuntien terveystalvet	15	16	16	16	16	16	16
Muut	4	4	4	4	4	4	4
Sosiaalimenot/BKT, %	26,7	26,0	25,8	25,8	25,8	25,8	25,7

* ennakkotieto

** ennuste

Työvoiman kysynnän vilkastuminen vähentää työttömyysturvan tarvetta. Rakennetyöttömyys säilyy silti suurena. Tämä näkyy edelleen korkeina työttömyysmenoina. Vuodesta 2006 työttömyysmenot ennakoitaan kääntyvän selvään laskuun. Toimeentulotukeen ja työmarkkinatukeen vuonna 2006 tehty rahoitusuudistus näyttää vähentävän nopeasti työmarkkinatukea pitkäaikaisesti saavien määrää. Työllisyyden kohentuminen sekä joihinkin minimietuuksiin viime vuosina tehdyt korotukset heijastuvat toimeentulotukiasiakkaiden 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 toimintakyky hyvänä. Kuntien sosiaalipalvelumenoja kasvattaa myös vammaispalvelujen lisääntyvä kysyntä.

Taulukko 3. Keskeisten sosiaaliturvaetuuksien saajien lukumäärät vuosina 2005–2011
(1 000 henkilöä)

	2005	2006*	2007**	2008**	2009**	2010**	2011**
Vanhuuseläke 31.12.	940	958	975	1 002	1 030	1 069	1 116
Työkyvyttömyyseläke 31.12.	269	271	275	280	284	288	291
Työttömyyseläke 31.12.	51	48	45	34	28	25	23
Työttömyys, ansiopäiväraha 31.12.	131	121	117	108	96	91	98
Peruspäiväraha 31.12.	21	19	19	18	17	17	16
Työmarkkinatuki 31.12.	152	135	126	121	112	106	103
Sairauspäiväraha 31.12.	345	347	350	353	353	353	353
Vanhempainraha 31.12.	52	52	52	52	52	52	52
Lapsilisälapsia 31.12.	1 034	1 030	1 025	1 018	1 008	1 002	1 000
Pienten lasten hoidon tuki (lapset) 31.12.	129	130	130	130	130	131	131
Kunnallisessa päivähoidossa olevat lapset 31.12.	186	186	186	187	187	187	187
Perusterveydenhuolto, terveyden- ja sairaanhoidon käynnit (milj.)	25,6	25,8	26,0	26,2	26,4	26,6	26,8
Erikoissairaanhoito, hoitajaksot	973	958	944	932	925	920	915
Vanhuksia vanhainkodeissa, palvelu- asunnoissa ja terveyskeskusten vuo- deosastoilla (31.12.)	57	58	58	59	59	60	60
Kodinhuoltoapu, kotitaloudet	117	119	121	122	123	124	125
Toimeentulotuki	380	360	353	346	340	339	330

* 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 vakuutus-maksuin. Myös vakuutetut maksavat eläke-, työttömyys- ja sairausvakuutusmaksua. Valtio rahoittaa pääosin perusturvan, kuten työttömien perusturvan, lapsilisät, asumistuet sekä mak-saa kunnille valtionosuutta sosiaali- ja terveystalouden rahoittamiseen. Kunnilla on päävas-tuu sosiaali- ja terveystalouden 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 2007–2011 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 2005–2011, rahoitusosuudet prosentteina

Rahoittajat	Osuus sosiaalimenojen rahoituksesta, %						
	2005*	2006**	2007**	2008**	2009**	2010**	2011**
Valtio	24,7	24,9	24,4	24,0	23,5	23,0	22,3
Kunnat	19,6	19,6	19,6	19,7	19,9	20,1	20,3
Työnantajat	38,9	38,7	38,9	38,9	39,0	39,1	39,2
Vakuutetut	11,7	11,4	11,5	11,6	11,7	11,8	11,9
Rahastojen tuotot	5,2	5,4	5,6	5,8	5,9	6,0	6,3
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* arvio

** 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 lääkkeistä ja yksityisten lääkäreiden 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 ikääntyminen lisää hoivapalvelujen tarvetta. Päivähoitohenkilökunnan tarve laskee samalla hieman. Kunnat ovat viime vuosina lisänneet henkilöstönsä määrää selvästi. Kunnilla on kuitenkin ollut vaikeuksia saada työvoimaa, mikä lisää jatkossa palkkapaineita. Lisääntynyt palvelutarve nostaa kuntien rahoitusosuutta sosiaalimenojen kokonaisrahoituksesta.

Valtio on nostanut valtionosuuttaan kuntien sosiaali- ja terveysten rahoitukseen merkittävästi. Tämä on hidastanut kuntien oman maksuosuuden kasvua. Kansalliseen terveydenhuollon hankkeeseen ja Sosiaalialan kehittämishankkeeseen liittyen kuntien valtionosuuksia korotetaan 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. Kaikkiaan valtionosuus kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin vuonna 2007 on 4 306 milj. euroa. Vuodesta 2007 lähtien valtion kunnille maksama valtionosuuden ennakoitaan pysyvän nykyisellä tasolla. Valtion rahoittamaa osuutta sosiaalimenojen rahoituksesta pienentää työttömyyden alentuminen, lapsilisien sekä muun perusturvan tarpeen vähentyminen.

Taulukko 5. Sosiaali- ja terveyspalveluiden valtionosuusprosentti 2000–2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Valtionosuusprosentti	24,2	25,36	28,06	31,82	32,99	33,32	33,88

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

4. STM:n hallinnonalan tavoitteet ja toimintalinjaukset

Tässä luvussa esitettävät seuraavan TTS-kauden tavoitteet pohjaavat sosiaali- ja terveysministeriön kesällä 2006 julkaisemaan Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 -linjausasiakirjaan sekä STM:n tulevaisuuskatsaukseen 2006. Vaikuttavuustavoitteina on käytetty hallituksen strategia-asiakirjan (HSA) tavoitteita. Niitä on sovellettu STM:n hallinnonalan tulosohjauksessa.

4.1. Edistetään terveyttä ja toimintakykyä

Terveyden ja toimintakyvyn edistämisen 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
- Vammaisten mahdollisuus osallistua työelämäänsä kohenee

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

Yhteiskuntapolitiikka tukemaan toimintakykyä ja hyvinvointia

Terveyttä edistetään ja kansantauteja riskitekijöineen vähennetään yhteiskuntapolitiikan eri keinoin. 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.

Kansainvälinen toiminta vaikuttaa yhä enemmän ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin sekä elämäntapoihin ja terveystottumuksiin. Terveys- ja hyvinvointinäkökohdat otetaan huomioon EU-tasolla ja osana kansainvälisiä suhteita. Ne ovat osa kestävästä kehityksestä strategiaa.

Kavennetaan väestöryhmien välisiä terveyseroja

Tavoitteena on, että yleinen terveydentila kohenee. Samalla terveyden eriarvoisuus vähenee, kun heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien suhteellinen asema paranee. Eri koulutusryhmien välisiä kuolleisuuseroja halutaan pienentää. Terveyseroja kavennetaan erityisesti vaikuttamalla ryhmiin, joissa on eniten terveysriskejä, kuten tupakointia, alkoholin käyttöä ja ylipainoisuutta. Nämä vahvistavat usein köyhyyttä ja syrjäytymistä. 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. Lasten ja nuorten kykyä huolehtia elämönhallinnastaan tuetaan kodin, koulun, sosiaali- ja terveystalvelujen, liikunta- ja nuorisotoimen, järjestöjen ja median yhteistyönä. 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 elämänolosuhteisiin 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. Tavoitteena on miesten tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden alentaminen EU-maiden keskitasoa paremmaksi. Työpaikkatason toiminta ja sen osana johtaminen ja yhteistyö, ovat avain työkykyongelmiin, työssä jaksamiseen ja jatkamiseen. Yksilön oma vastuu työkykynsä säilyttämisestä ja parantamisesta on tärkeää.

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. Toimintaa tarjotaan ikääntyneiden omassa koti- ja lähiympäristössä. Huomiota kiinnitetään erikseen eri sukupuolten toimintakyvyn parantamiseen. Tavoitteena on vanhusten toimintakyvyn koheneminen. Kodin ja lähiympäristön esteettömyys, toimivuus ja turvallisuus tukevat vanhusten omatoimisuutta toimintakyvyn heikentyessä.

Kuntia kannustetaan lisäämään yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa ja käyttämään hyväksi niiden osaamista, kun kunnat vahvistavat ja vakiinnuttavat ehkäisevää toimintaa, kuntoutusta ja kansalaistoimintaa. Hyväkuntoisten eläkeläisten voimavaroja hyödynnetään aktiivisesti yhteiskuntaelämän eri alueilla vapaaehtoisuuden pohjalta.

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 mahdol-

listavilla, esteettömillä ja helposti saavutettavilla lähi- ja työympäristöillä. Vammaispolitiikan asemaa vahvistetaan yhteiskuntapolitiikan eri aloilla. Vammaisten henkilöiden ja vammaisjärjestöjen asiantuntemusta hyödynnetään suunnittelussa, päätöksenteossa ja kehittämistoiminnassa.

Vammaisten henkilöiden toimintakyvyn parantamiseen liittyviin haasteisiin vastataan uusilla toiminta- ja yhteistyömalleilla sekä kehittämällä kuntoutusta ja sosiaalisesti vastuullista suunnittelua. Apuvälineiden ja tietoteknologian hyväksi käyttö avaa vammaisille uusia mahdollisuuksia opiskelussa, työelämässä ja sosiaalisessa osallistumisessa.

Selkeät painotukset ympäristöterveyteen

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

Kemikaalivalvonnan perustana on EU:n kemikaalilainsäädäntö. Ympäristöterveyden tutkimusta tuetaan, jotta ympäristöön kohdistuvat toimenpiteet voidaan perustella ja niiden vaikutavuutta arvioida. Kuntien suorittamaa valvontaa tehostetaan niin, että valvonnan suunnitelmallisuutta, raportointia ja maksujärjestelmiä kehitetään.

4.2. Lisätään työelämän vetovoimaa

Työelämän vetovoiman lisäämisen vaikuttavuustavoitteet

- Työelämässä pysytään 2–3 vuotta kauemmin kuin vuonna 2002
- Sairauksien aiheuttamat poissaolot vähenevät 15 % aikavälillä 2002–2007
- Työtapaturmien taajuus ja ammattitautien syntyminen vähenevät 40 % ja niiden vakavuusaste vähenee aikavälillä 2002–2010
- Helpotetaan työ- ja perhe-elämän yhteensovitusta
- Tasataan lapsista aiheutuvia kustannuksia

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.

Työelämän hyvinvointi painopisteeksi

Hyvät työolot parantavat tuottavuutta ja muodostavat tärkeän kilpailutekijän. Mielekäs työ, jossa ihmisen fyysinen ja psyykkinen terveys ja turvallisuus on varmistettu, on keskeistä elämän laadulle ja hyvinvoinnille. 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. Työsuojeluvalvonnan 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 muun muassa 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-arvovaikutusten arviointia, tasa-arvosuunnitelmien toimeenpanoa sekä perhe- ja työelämän yhteensovittamisen tukea. Tavoitteena on, että 2010-luvun alussa yhä suurempi osa palkansaajista toimisi ammateissa, joissa miesten ja naisten osuus on yhtä suuri. Naisten osuutta johtotehtävissä lisätään selvästi pitkällä tähtäyksellä.

Sovitetaan työ- ja perhe-elämä paremmin yhteen

Työntekijän elämäntilanteet työn ulkopuolella ja niiden vaikutukset työssä jaksamiseen on otettava huomioon. Työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen on haaste työelämän kehittämisessä. Muokataan asenteita sellaiseksi, että työyhteisöt hyväksyvät työntekijöiden perheveloitteet. Uudistetaan perhevapaalainsäädäntöä tukemaan työntekijöitä heidän huolehtiessaan työelämän ulkopuolisista huolenpitovastuistaan. Tähän liittyviä työaikajoustoja voidaan lisätä.

Lisätään pysyviä työsuhteita etenkin julkisen sektorin naisvaltaisilla aloilla, jotta määräaikaisten työsuhteiden käyttö vähenee. Miesten ja naisten välistä tasa-arvoa työ- ja perhe-elämässä tuetaan kannustamalla isiä perhevapaiden käyttöön ja kantamaan vastuuta lasten ja perheiden hyvinvoinnista. Epävarmuus omasta työstä ja taloudellisesta tilanteesta vaikeuttaa ja usein siirtää perheen perustamista ja lasten hankkimista.

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. Eläkeuudistuksen myötä on mahdollista jäädä eläkkeelle 63–68-vuotiaana ja saada täyden karttuman mukaisen eläkkeen.

Perhe-eläkejärjestelmä syntyi aikana, jolloin naiset eivät juuri käyneet töissä ja perheen toimeentulosta vastasi yksi tulonsaaja. Leskeneläkkeen rooli on naisten työssäkäynnin takia muuttunut ja sen asema sosiaalivakuutusjärjestelmässä tulisi arvioida. Köyhimpien eläkkeensaajien asema on turvattava uudistamalla yleistä perhe-eläkettä.

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. Työeläkejärjestelmän käyttäminen yrityssaneerausten apuvälineenä ei ole työeläkejärjestelmän edun mukaista.

Sairausvakuutus

Sairausvakuutuksen ja sen rahoituksen uudistaminen korosti vakuutusperiaatteen mukaista maksun ja etuuskien 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. Vanhempainvapaista aiheutuvia kustannuksia tasataan työnantajien kesken niin, etteivät naisvaltaiset alat ole muita huonommassa asemassa. Uudistuksen jälkeen sairaanhoitokorvaukset muodostavat oman vakuutuksensa, jonka rahoittavat puoliksi valtio ja vakuutetut.

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, kestoaltaan rajattu työttömyysturva ja luopuminen työttömyysturvan lisäpäivistä lyhentävät työttömyyden kestoja. Työttömyysturvaa kehitetään ja nykyaikaisetaan 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.

Vapaaehtoiset vakuutukset

Henkilövakuutusturva on Suomessa suurelta osin lakisääteisen järjestelmän varassa. Yksityisten eläke- ja henkivakuutusten osuus kansalaisten koko vakuutusturvasta on pieni. Kansalaisten omaehtoista vakuuttamista voidaan edelleen lisätä.

Eläkkeiden on turvattava riittävä toimeentulo myös silloin, kun työura eri syistä jää rikkonaiseksi. Yhteiskunta tukee nykyisin vakuutuslaitosten tarjoamaa eläkesäästämistä eläkemaksujen osittaisella verovähennyskelpoisuudella. Eläkevakuutuksilla voi täydentää lakisääteistä eläketurvaa. Yksityisen ja julkisen vastuun rajankäyntiä selkiytetään sekä palveluiden rahoituksessa että vahinkovakuutuksessa.

Vahvistetaan sosiaalivakuutuksen kestävä ja kannustava 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.

Mahdollisuuksia kilpailuttaa eläkelaitoksia lisätään. Tavoitteena on nykyistä hajautetumpi eläkelaitossektori. Tehokas vakuutusvalvonta varmistaa, että vakuutus- ja eläkejärjestelmän riskit eivät kasva ja vakuutettujen edut turvataan.

4.3. Vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä

Köyhyyden ja syrjäytymisen vähentämisen vaikuttavuustavoitteet

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

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

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.

Mielenterveysongelmia ehkäistään koko väestöön ja tunnistettuihin riskiryhmiin kohdistuvien toimenpiteiden avulla. Työelämän mielenterveysriskeihin 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. Onnistunut peruskouluvaihe, sijoittuminen ammatilliseen koulutukseen ja koulutuksen onnistunut läpäiseminen turvataan.

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. Työttömien osallisuus yhteiskunnassa turvataan. Työttömyyden ongelmia lievitetään kehittämällä ja kokeilemalla sosiaalisen työllistämisen ja ns. 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

Alkoholin kulutuksen voimakas kasvu on lisännyt päihdehaittoja ja palvelujen tarvetta. Tavoitteena on vähentää aikuisten alkoholin riskikäyttöä ja huumausaineiden käyttöä sekä ehkäistä päihteiden käytöstä aiheutuvia haittoja. Erityisesti 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

Kansalaistoiminta on tärkeä hyvinvoinnin edistäjä. Kolmas sektori on tärkeä toimija ongelmien ennaltaehkäisyssä ja uusien toimintamallien soveltamisessa kuntatasolla. Kansalaisjärjestöjen pitkäjänteinen rahoitus varmistaa niiden toiminnan. Suomalainen malli, jossa tuetaan ja rahoitetaan sosiaali- ja terveystalouden järjestöjä, on osoittautunut toimivaksi. 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

Toimivien palvelujen ja kohtuullisen toimeentuloturvan vaikuttavuustavoitteet

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

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 vähimmäisetuuksilla.

Turvataan asiakkaan asema, palvelujen laatu ja saatavuus

Sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuus ja laatu turvataan koko maassa vahvistamalla asiakkaiden asemaa ja tásmentámällä kuntien palvelujen järjestámisvelvollisuutta. Asianmukainen palvelu, hoito ja hoitoon pääsy kohtuullisessa ajassa varmistetaan noudattamalla palveluja ja hoitoa koskevia säännöksiä ja suosituksia. Palvelujen laatusuosituksia voivat hyödyntää kunnat ja muut palvelujen tuottajat. Laatutyö saatetaan osaksi palveluorganisaatioiden toimintaa. Siihen kuuluu myös potilasturvallisuuden edistäminen. Palvelujen saatavuutta koskevat tiedot tarjotaan kansalaisten käyttöön. Yksityisiltä palveluilta edellytetään vähintään samaa laatua kuin kunnalliselta toiminnalta.

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. Hyvin laadituilla suunnitelmissä varmistetaan laadukas ja yksilöllinen hoito sekä hoidon vaikuttavuus ja tehokkuus. Suunnitelmien sitovuutta korostetaan. Vahvistetaan ihmisten omatoimisuutta ja itsehoitomahdollisuuksia tarjoamalla tietoa terveydestä, terveystalveluista ja itsehoidosta.

Avaimena monipuoliset palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen perustan muodostavat kuntien järjestämät verorahoitteiset palvelut, jotka ovat kaikkien saatavilla sosiaalisesta ja taloudellisesta asemasta riippumatta. Terveystalvetukset ovat osa perustalveluja ja ne muodostavat terveydenhuollon perustan. Yksityiset sosiaali- ja terveystalvetukset täydentävät kunnallisia palveluja ja tarjoavat niille vaihtoehtoja. Yksityisiä palvelujen tuottajia ovat yksityiset yritykset sekä kolmas sektori. 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 terveystalvelujen 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 perustalvelujärjestelmän, jolla tuetaan lasten hyvinvointia ja kasvua. Perustalveluilla voidaan kohdentaa myös 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 asiakkaina ja oman lapsensa kasvun asiantuntijoina vahvistetaan ja käytetään hyödyksi. Lapsiperheiden tarvitsemien erityistalvelujen toiminta-alue voi olla paikallinen tai laajempi, usein seudullinen tai maakunnallinen.

Parannetaan vanhustalvelujen saatavuutta ja laatua

Vanhustalvelujen saatavuus ja laatu varmistetaan lisäämällä palveluihin käytettäviä voimavaroja vanhusten määrän kasvaessa. Painopiste on kotona ja lähiympäristössä annettavissa palveluissa. Hoito- ja kuntoutustalvelujen on oltava riittäviä, oikea-aikaisia ja tarkoituksenmukaisia.

Vanhusten yhdenvertaisuutta palvelujen saannissa parannetaan kehittämällä palvelutarpeen arviointia laaja-alaisemmaksi ja yhdenmukaisemmaksi. Palveluissa otetaan systemaattisesti käyttöön ehkäisevä ja kuntouttava työote. Hoitokäytäntöjä uudistetaan asiakaskeskeisiksi, aktivoiviksi ja moniammatillisiksi. Perus- ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalihuollon saumatonta palveluketjua parannetaan nykyisestään. 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 hoivapalvelujen järjestämiseen ja rahoitukseen luodaan vaihtoehtoja.

Tuetaan palveluilla vammaisten henkilöiden itsenäistä elämää

Tavoitteena on, että 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 yksilöllisempiin asumisratkaisuihin lähiyhteisössä on mahdollista. Vammaispalvelujen kehittämisen painopiste on henkilökohtaisen avun ja tulkkipalvelujen laajentamisessa.

Lisätään tietoa ja ymmärrystä vammaisuudesta. Otetaan huomioon vammaisten yksilöllisyys ja eri vammaisryhmien erityistarpeet. Palveluohjauksella helpotetaan vammaisen henkilön asiointia ja kootaan tukitoimet ja palvelut yksilöllisiä tarpeita vastaavaksi kokonaisuudeksi. Varmistetaan, että vammaispalvelujen järjestämisessä on riittävän suuri väestöpohja.

Varmistetaan työvoiman riittävyys ja osaaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys ja hyvä ammatillinen osaaminen turvaavat asiakkaille laadukkaan palvelun. Henkilöstö- ja osaamisrakennetta kehitetään vastaamaan asiakkaiden tarpeita ja henkilöstön tehtäviä. 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 käytävissään riittävä sosiaali- ja terveystalouden johtamisen asiantuntemus palvelujärjestelmän suunnittelua, kehittämistä, päätöksentekoa ja toiminnan vaikuttavuuden arviointia varten.

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 nelivuotinen tavoite- ja toimintaohjelma uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseksi kehittämisohjelmaksi. Sillä ohjataan hallitusohjelmassa määriteltyjen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten toimeenpanoa. Kehittämishankkeiden rahoitus liitetään ohjelman tavoitteisiin. Ohjelma valmistellaan ja sitä toteutetaan yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden ja sidosryhmien, erityisesti kuntien kanssa. Ohjelma sisältää suunnitelman valtion keskus- ja aluehallinnon eri viranomaisten ohjaustoimenpiteistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan painotukset sisällytetään ohjelmaan.

Sosiaali- ja terveystalvelujen laadun valvonnassa painotetaan etukäteisvalvontaa ja palveluntuottajille annettavaa neuvontaa, ohjausta ja seurantatietoja. Palvelujen sisällön ja laadun epäkohtiin voidaan näin puuttua ennakolta. 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

Kunnille kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien organisointi on keskeinen osa kunta- ja palvelurakenteen uudistamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteilla luodaan edellytykset turvata väestölle yhdenvertaiset ja riittävät palvelut ja muu sosiaali- ja terveydenhuolto muuttuvassa toimintaympäristössä.

Toimiva palvelurakenne on edellytyksenä, että sosiaalinen hyvinvointi ja terveyden edistäminen voidaan turvata, järjestää palvelut tehokkaasti ja parantaa niiden vaikuttavuutta. Laajaa väestöpohjaa edellyttävien sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämiseksi tarvitaan alueelliset rakenteet. Alerakenteessa otetaan huomioon sekä palvelujen järjestäminen että terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen.

Terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat myös muut kuin sosiaali- ja terveydenhuollon toimet. Rakennerratkaisuissa otetaan huomioon yhteistyötartpeet kuntasektorin eri tehtäväalueiden sekä valtion ja kuntien tehtäväalueiden kesken. Alueellisissa yhteistyörakenteissa kootaan yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä samalla varmistaen, että perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta muodostetaan toiminnallinen kokonaisuus. Alerakenne ja sen rahoitusjärjestelmä tukevat osaltaan kunnan rahoitusvastuun ja sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvelvoitteiden tasapainotusta.

Rakenteellisten muutosten yhteydessä painotetaan toiminnallisia uudistuksia. Näitä ovat henkilöstön työnjaon uudistaminen, paikallisten palvelujen ja alueellisen konsultaation joustava yhdistäminen, tehokkaiden toimintamallien omaksuminen sekä osaamista parantavien työtapojen käyttöönnotto.

Tieto- ja viestintäteknologia tukemaan sosiaali- ja terveystalveluita

Tieto- ja viestintäteknologia mahdollistaa asiakastietojen tehokkaan hallinnan sekä prosessien ohjauksen reaaliaikaisen tiedon pohjalta. Niiden avulla voidaan vahvistaa kansalaisen asemaa tuottamalla kaikkien ulottuville luotettavaa tietoa terveydestä, hyvinvoinnista ja palvelujärjestelmästä ja tarjoamalla kansalaiselle mahdollisuus hallita omia tietojaan ja asioita joustavasti palvelujärjestelmän kanssa. Tietojärjestelmien ja sähköisen asioinnin avulla informoidaan asiakkaita aiempaa paremmin ja tuetaan ihmisten omaa selviytymistä.

Jotta tietoteknologiaa voidaan hyödyntää suunnitelmallisesti ja hallitusti, sitä on ohjattava kansallisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tulee voida tukeutua tietoteknologian käyttöönnotossa ajan tasalla olevaan lainsäädäntöön, valtakunnallisiin ohjeisiin sekä valtakunnan tason tietojärjestelmäpalveluihin. Tietoteknologia tukee palvelujärjestelmän tuottavuutta parhaiten, kun noudatetaan yhteisiä standardeja ja valtakunnallisesti yhteen sopivia ratkaisuja. Ne tukevat palveluprosessien uudistamista. Tavoitteiden saavuttaminen vuoteen 2015 mennessä edellyttää viranomaisohjauksen tehostamista sekä valtakunnallisen, tietosuoja- ja tietoturvan vaatimuksia noudattavaa tietojärjestelmäarkkitehtuuria.

Parannetaan lääkehuollon kustannustehokkuutta

Lääkehoidot ovat olennainen osa nykyaikaista terveydenhuoltoa ja lääkehoitojen merkitys kasvaa edelleen. Avohoidon lääkekustannukset ovat vuodessa yli kaksi miljardia euroa. Tavoitteena on rajoittaa lääkekustannusten vuosittaista kasvua enintään viiteen prosenttiin vuosina 2008–2011. Lääkehoitojen kustannustehokkuutta voidaan parantaa merkittävästi. Tähän päästään 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 koko maan kattava lääkejakelu ja apteekkien jakama lääkeinformaatio lääkkeiden käyttäjille.

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

Sukupuolten välisen tasa-arvon edistämistavoitteet

- Toimeenpannaan tasa-arvon toimintaohjelma
- Naisten ja miesten palkkaerot kaventuvat
- Määräaikaiset palvelussuhteet vähenevät
- Naisten osuus päätöksenteossa ja taloudessa kasvaa
- Naisyrittäjyys lisääntyy
- Naisiin kohdistuva väkivalta sekä prostituutio vähenevät
- Tasa-arvopoliittiset kysymykset arvioidaan myös miesnäkökulmasta

Tasa-arvon valtavirtaistamisen toteuttaminen koko valtionhallinnossa edellyttää siihen osoitettuja resursseja kaikille hallinnonaloille, myös aluehallintoon. Suomesta puuttuu vielä alueellinen tasa-arvoasioiden koordinointi. Sukupuolivaikutusten arviointi lainsäädännön ja erilaisten hankkeiden sekä talous- ja toimintasuunnitelmien valmistelussa on mittava ja pitkäaikainen haaste.

Hallitusohjelmiin on sisältynyt yleensä tasa-arvopoliittisia tavoitteita, jotka kuuluvat yhdelle tai useammalle ministeriölle. Tasa-arvoasioista vastaavan ministerin mahdollisuus painottaa ja koordinoida tasa-arvon edistämistä ja valtavirtaistamista koko valtioneuvostossa perustuu yleensä ohjelmatyöskentelyyn, joka edellyttää hallituksen tasa-arvo-ohjelman olemassaoloa.

Suurin haaste on edelleen naisten ja miesten samapalkkaisuustavoitteen toteuttaminen. Naisten ja miesten palkkaero on säilynyt jo pitkään noin 20 prosentissa, laskettuna säännöllisen työajan keskikuukausiansioiden perusteella. Samanarvoisesta työstä ei makseta aina samaa palkkaa. Samapalkkaisuuden toteuttaminen varmistaa myös hoito- ja palvelualojen pätevän työvoiman saatavuuden. Tavoitteena on kolmikantaisesti kaventaa samapalkkaohjelman 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 eräs keskeisistä tavoitteista. On tarpeen kehittää keinoja naisjohtajuuden lisäämiseksi.

Määräaikaisten palvelussuhteiden kasaantuminen nuorille ikäluokille vaikeuttaa perheen perustamista. Tavoitteena on työvoiman vakinaistamisen, työaikajärjestelyjen ja henkilöstösuunnittelun kautta määräaikaisuuksien vähentäminen sekä määräaikaisuuksista aiheutuvien haittojen, kuten ura- ja palkkakehityksen hidastumisen poistaminen.

Keskeinen miehiin ja tasa-arvoon liittyvä strateginen haaste on miesten osallistumisen vahvistamisen tasa-arvopoliittisessa keskustelussa. Miesten lisääntyvä osallistuminen keskusteluun toisi siihen uusia näkökulmia helpottaen myös naisten aseman parantamista. Keskeinen miesten kiinnekohta sukupuolten väliseen tasa-arvoon on vanhemmuus ja parisuhde. Neuvoloiden isätyön nykyistä vahvempi tukeminen on yksi väline vahvistaa miesten osallistumista isyyteen ja tukea perheitä vanhemmuudessa.

EU:n perusteilla oleva tasa-arvoinstituutti lisää tarvetta suomalaiseen valtakunnalliseen tasa-arvon tietopalveluun. Kansallinen tietopalvelu on olennainen väline päätöksenteossa sukupuolinäkökulman huomioimiseksi, rakenteellisen eriarvoisuuden näkyväksi tekemiseksi sekä nais-, mies- ja sukupuolitutkimuksen tulosten hyödyntämiseksi. Toiminnalle tulee turvata riittävät resurssit ja toimintavalmiudet.

Naisiin kohdistuvan ja lähisuhdeväkivallan vähentämisen erityistarpeisiin tulee kiinnittää huomiota eri hallinnonalojen välisessä väkivallan vastaisessa yhteistyössä. Prostituutiosta pois ohjaavien palveluiden kehittämistä tulee selvittää, mahdollisesti sosiaalityön osana. Naiskaupan uhrien auttamiseksi tulisi huolehtia siitä, että tarpeellinen valmius ihmiskaupan uhrien sosiaaliseen, terveydelliseen ja psyykkiseen auttamiseen on olemassa ja että ihmiskaupan uhrin saavat tarvitsemansa avun. Naisiin kohdistuvan ja lähisuhdeväkivallan vastuuyksikön perustaminen Stakesiin sisältyy ministeriön kehusehdotukseen.

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 ovat 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 rajoitauduta panosten ja suoritteiden suhteisiin perustuviin tuottavuustarkasteluihin. Ohjelmalla tähdätään noin 10 vuoden aikana vaikuttaviin toimenpiteisiin.

Tuottavuusohjelmatyö hallinnonalan sisällä

Hallituksen maaliskuussa 2006 tekemään vuosia 2007–2011 koskevaan kehyspäätökseen 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. Talousarvioon sisältyy 20 htv:n vähennys, josta 10 henkilöä koskee bruttobudjetoitua toimintaa ja 10 henkilöä koskee maksullista toimintaa. Suunnitelmakauden muiden vuosien luvut selviävät tuottavuushankkeen linjausten myötä.

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 budjettilakina syksyllä 2007. 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 haasteelli-

suutta näissä virastoissa. Selvityshenkilön työn pohjalta tavoitteena on toteuttaa tarkastus- ja työttömyysturvalautakunnan yhdistäminen viimeistään vuonna 2009.

3. Talous- ja henkilöstöasiain palvelukeskushanke

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

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

4. Sosiaali- ja terveysministeriön rooli

Selvityshenkilö laatii selvityksen ja ehdotuksen sosiaali- ja terveysministeriön roolista, tehtävistä ja koosta maaliskuun 2007 loppuun mennessä. Ministeriötä koskevat muutokset toteutetaan vuoteen 2011 mennessä.

5. Muut toimenpiteet

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

Stakes selvittää koulukotien ja mielisairaaloiden aseman osana tuottavuusohjelmaa.

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 2007–2011

6.1. Valtiontalouden kehukset vuosille 2007–2011

Valtiontalouden kehukset vuosille 2007–2011 perustuivat keväällä 2003 päätettyyn koko vaalikautta koskevaan menolinjaukseen. Tuolloin eivät vielä olleet tiedossa kuntien ja valtion välisen kustannustenjaon tarkistuksen vaikutukset. Hallitus päätti jaksottaa kustannustenjaon tarkistukseen perustuvat valtionosuuksien lisäykset neljälle vuodelle.

Toukokuussa 2003 tehdyn kehyspäätöksen mukaisesti vaalikauden kehysten ulkopuolelle jäävät hallitusohjelmassa mainitut menot, joiden mitoituksen on tarkoituksenmukaista antaa vaihdella suhdannekehityksen tai niihin kiinteästi liittyvien tulojen myötä tai joiden sitominen koko vaalikaudeksi ei ole muutoin perusteltua. Tällaisia menoja ovat:

- työttömyysturvamenot, asumistuki ja siirtomenot Kansaneläkelaitokselle. Nämä menot luetaan kuitenkin kehyyksen piiriin niiden perusteisiin tehtyjen muutosten osalta
- valtionvelan korkomenot
- valtion päättämien veromuutosten mahdolliset kompensatiot muille veronsaajille
- Euroopan unionilta saatavia tuloja vastaavat menot
- veikkausvoittovaroja ja Raha-automaattiyhdistyksen tuloutusta vastaavat menot
- finanssisijoitusmenot.
-

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan kehyykset (23.3.2006) sekä arvio kehyyksen ulkopuolisista menoista vuosina 2007–2011, milj. euroa vuoden 2007 hintatasossa:

	Kehys	Arvio kehyyksen ulkopuolisista menoista	Yhteensä
2007	7 006	4 682	11 688
2008	7 283	4 669	11 952
2009	7 282	4 662	11 944
2010	7 291	4 668	11 959
2011	7 317	4 678	11 995

Valtiontalouden kehyyksissä oli jakamatonta varausta 139 milj. euroa vuodelle 2007. Kehyyksen loppuvuosille, seuraavaan vaalikauteen kuuluvaksi vuosien 2008–2011 jakamattomaksi varaukseksi tuli vuosittain noin 300 milj. euroa.

Keväällä 2004 valmistui ensimmäinen peruspalveluohjelma. Hallitusohjelman mukaisesti kuntien tehtävien ja velvoitteiden rahoituksen tasapainoa parannetaan valtion ja kuntien välisellä peruspalveluohjelmalla ja siihen liittyvällä vuosittaisella peruspalvelubudjetilla. Peruspalveluohjelma sisältää yhteenvedon palveluiden saatavuudesta, kehittämisestä ja rahoituksesta. Peruspalveluohjelma liittyy valtiontalouden kehyyspäätökseen ja ohjelma tarkistetaan vuosittain kehyyksien 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 kehyysehdotus 2008–2011

Valtioneuvoston kehyyksen ja STM:n ehdotuksen väliset erot vuonna 2008 sekä keskeiset kehyysehdotukset

VN:n kehys ja ministeriön ehdotukset	1 000 euroa	Erotus VN:n kehyykseen, 1 000 euroa	Erotus VN:n kehyykseen, kehyykseen luettavat, 1 000 euroa
Valtioneuvoston kehys (23.3.2006)	11 951 000		
STM:n peruslaskelma	12 040 000	89 000	126 526
STM:n kehyysehdotus	12 022 869	71 869	143 946

Peruslaskelma (kehykseen luettava) ylittää kehyksen 89 milj. eurolla. Tämä aiheutuu ensisijaisesti vuoden 2007 talousarvioehdotuksen yhteydessä tehdyistä päätöksistä sekä oikaisuisista peruslaskelmaan. Keskeisimmät erot johtuvat seuraavista tekijöistä:

- yrittäjien perheenjäsenten työttömyysturva-oikeuden muutos aiheuttaa vuositasolla 2008–2011 8,0 milj. euron kustannukset työttömyysturvaan momenteille 33.20.50 ja 33.20.51
- vuonna 2008 toteutuvan kansaneläke-, vammais- sekä eläkkeensaajien asumistukilainsäädännön uudistuksen johdosta aiheutuu lisäkustannuksia 9,4 milj. euroa, 3,6 milj. euroa, 2,8 milj. euroa ja 2,0 milj. euroa vuosina 2008–2011 vuoteen 2007 verrattuna
- kuntien kalleusluokitusuudistuksesta aiheutuu sosiaali- ja terveysministeriön pääluokassa vuonna 2008 yhteensä 132,3 milj. euron lisäykset, joista suurin osa 114,1 milj. euroa kohdistuu kansaneläkevakuutukseen, 10,5 milj. euroa valtionosuuteen kunnille perustoimeentulotuen kustannuksiin, 5,2 milj. euroa sotilasvammakorvauksiin, 1,1 milj. euroa rintamaliisiin, 0,6 milj. euroa perhe-eläkkeisiin, 0,5 milj. euroa maahanmuuttajan erityistukeen, 0,2 milj. euroa pitkäaikaisesti työttömien henkilöiden eläketukeen ja 0,05 milj. euroa sotilasavustukseen
- kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksiin on lisäystä noin 19 milj. euroa, mikä johtuu asukasluvun ja muiden laskentatekijöiden muutoksesta
- valtion ja kuntien välisen kustannustenjaon tarkistuksesta vuoden 2008 talousarviossa.

Kehysehdotus (kehykseen luettava), joka sisältää peruslaskelman, ylittää kehyksen 72 milj. eurolla.

Ministeriö on lisäksi sisällyttänyt kehyseshdotukseen sellaisia ajankohtaisia ja tärkeitä uudistustarpeita, joita on valmisteltu ja joista on olemassa laskelmia, mutta joita ei ole viety kehyseshdotuksen laskelmiin.

Kehyksen ulkopuolelle luettavat määrärahat alittavat kehyksen noin peruslaskelmassa noin 38 milj. eurolla. Vähennykset aiheutuvat pääasiassa taloudellisten oletusten muutoksista, tuotto- ja menoarvioiden tarkentumisesta sekä etuudensaajien määrän muutoksista.

Kehyksen ulkopuolelle jäävät momentit ovat sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla:

- 33.20.50 Valtionosuus työttömyyskassoille (a)
- 33.20.51 Työttömyysturvalain mukainen perusturva (a)
- 33.20.54 Valtionosuus vuorottelukorvauksesta (a)
- 33.30.60 Valtion osuus sairausvakuutuslaista johtuvista menoista (a)
- 33.40.60 Valtion osuus kansaneläkelaista johtuvista menoista (a)
- 33.50.52 Valtion korvaus sotainvalidien laitosten käyttökustannuksiin (s 2 v)
- 33.50.55 Eräät kuntoutustoiminnan menot (s 2 v)
- 33.50.56 Rintamaveteraanien kuntoutustoiminnan menot (s 2 v)
- 33.60.30 Valtionosuus kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin (a) (kunnille suoritettavan verotulojen menetyksen kompensaaation osalta)
- 33.90.50 Avustukset yhteisöille ja säätiöille terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen (a)

STM:N HALLINNONALAN MENOT 2008–2011, 1 000 €

	Kehys 2008	Kehys 2009	Kehys 2010	Kehys 2011
Kehykseen luettava				
STM:n Kehysehdotus	12 022 869	12 102 547	12 025 122	12 064 569
VN:n kehys 23.3.2006	11 951 224	11 944 038	11 958 822	11 995 189
Kehysehdotuksen ja VN:n kehyksen erotus	71 645	158 509	66 300	69 380
STM:n peruslaskelma	88 776	166 550	69 877	69 671
VN:n kehys (kehykseen luettava)	7 282 647	7 281 646	7 290 956	7 316 857
Alitus/ylitys STM:n kehys-ehdotuksessa (kehykseen luettava)	143 946	162 000	164 922	173 054
Arvio kehyksen ulkopuolisista menoista				
Kehyksen ulkopuoliset menot (peruslaskelma)	4 630 827	4 692 874	4 603 604	4 609 391
VN:n kehys 23.3.2006 (kehyksen ulkopuolella)	4 668 577	4 662 392	4 667 866	4 678 332
Kehyksen ulkopuolisten menojen erotus	- 37 750	30 482	- 64 262	- 68 941

Liite 1: VALTUUKSIEN KÄYTÖSTÄ AIHEUTUVAT MENOT

	Milj. euroa				
	2008	2009	2010	2011	Myöh. vuodet yhteensä
<i>I Aikaisemmin myönnettyistä (= vanhoista) valtuuksista aiheutuvat menot</i>					
EU-hankkeiden myöntämisvaltuus (EUM)	4 900	0	0	0	0
Kohta I yhteensä	4 900	0	0	0	0
<i>II Talousarviovuonna myönnettävistä (= uusista) valtuuksista aiheutuvat menot</i>					
EU-hankkeiden myöntämisvaltuus (EUM)	0	0	0	0	0
Kohta II yhteensä	0	0	0	0	0
Kohdat I–II yhteensä	4 900	0	0	0	0

- 2006: 1 Anita Haataja, Maija-Liisa Järviö, Esko Mustonen. Talousarvion sukupuolivaikutusten arviointi. Pilottihanke sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalta.
ISBN 952-00-1928-6 (nid.)
ISBN 952-00-1929-4 (PDF)
- 2 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2006. (Moniste)
ISBN 952-00-1933-2 (nid.)
ISBN 952-00-1934-0 (PDF)
- 3 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007. Tarkistusvuosi 2006. (Moniste)
ISBN 952-00-1937-5 (nid.)
ISBN 952-00-1938-3 (PDF)
- 4 Seppo Tuomola. Kansallisen terveysthankkeen piiriin kuuluvan hankerahoituksen vaikuttavuuden arviointi. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1939-1 (PDF)
- 5 Ehkäisevää huumetyötä nuorten työpajoilla kehittävän hankkeen loppuraportti.
ISBN 952-00-1940-5 (nid.)
ISBN 952-00-1941-3 (PDF)
- 6 Rikoksista rangaistujen tuen tarve. Suositukset yhteistoiminnalle. Vankien jälkihuoltotyöryhmän raportti.
ISBN 952-00-1942-1 (nid.)
ISBN 952-00-1943-X (PDF)
- 7 Lasten tuetut ja valvotut tapaamiset. (Moniste)
ISBN 952-00-1944-8 (nid.)
ISBN 952-00-1945-6 (PDF)
- 8 Terveysthuollon valtakunnallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin periaatteet. Alueellisista ratkaisuista kansalliseen kokonaisuuteen.
ISBN 952-00-1948-0 (nid.)
ISBN 952-00-1949-9 (PDF)
- 9 Christel Lamberg-Allardt, Heli Viljakainen ja työryhmä. D-vitamiinitilanteen seuranta tutkimus 2002-2004.
ISBN 952-00-1952-9 (PDF)
- 10 Päivähoitopaikkojen tilat ja turvallisuus. Helsingin ja Oulunsalon päivähoitohenkilökunnalle sekä lasten vanhemmille ja huoltajille suunnattujen kyselyjen tulokset. Toim. Airi Palosaari ja Olli Saarsalmi.
ISBN 952-00-1953-7 (nid.)
ISBN 952-00-1954-5 (PDF)
- 11 Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten. Kansallisen pandemiavarautumisen työryhmän ehdotus.
ISBN 952-00-1985-5 (nid.)
ISBN 952-00-1986-3 (PDF)
- 12 Niilo Färkkilä. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistaminen. Lausuntoyhteenveto toimikunnan mietinnöstä. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1987-1 (PDF)

- 2006: 13 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2005 toiminnasta. (Moniste)
ISBN 952-00-1988-X (nid.)
ISBN 952-00-1989-8 (PDF)
- 14 Hallituksen tasa-arvo-ohjelman (2004-2007) seurantaraportti. Maaliskuu 2006. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1960-X (PDF)
- 15 Ehdotus sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon talousarvioehdotuksen rakenteen ja selvitysosien sisällön uudistamiseksi. (Moniste)
ISBN 952-00-2000-4 (nid.)
ISBN 952-00-2001-2 (PDF)
- 16 Niilo Färkkilä, Tarja Kahiluoto, Merja Kivistö. Lasten päivähoiton tilannekatsaus. Syyskuu 2005. (Moniste)
ISBN 952-00-2002-0 (nid.)
ISBN 952-00-2003-9 (PDF)
- 17 Perhepäivähoidon kehittämishaasteita. Toim. Sanna Parrila.
ISBN 952-00-2008-X (nid.)
ISBN 952-00-2009-8 (PDF)
- 18 Terveydenhuollon varautumiskoulutuksen haasteita. Selvitys häiriötilanteiden ja poikkeusolojen koulutuksesta ammattikorkeakouluissa ja lääketieteellisissä tiedekunnissa. (Moniste)
ISBN 952-00-1962-6 (nid.)
ISBN 952-00-1963-4 (PDF)
- 19 Alkoholiot EU-Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikan kehys 1990-2005.
ISBN 952-00-2089-6 (nid.)
ISBN 952-00-2090-X (PDF)
- 20 Alkoholiförhållandena i EU-Finland. Konsumtion, skadeverkningar och policyramar 1990-2005.
ISBN 952-00-2012-8 (inh.)
ISBN 952-00-2013-6 (PDF)
- 21 Alcohol Issues in Finland after Accession to the EU. Consumption, Harm and Policy Framework 1990-2005.
ISBN 952-00-2014-4 (print.)
ISBN 952-00-2015-2 (PDF)
- 22 Carita Lahti, Sini Jämsén, Saara Tarumo. Samapalkkaisuuteen palkkausjärjestelmämuutuksiin. Työn vaatavuuden ja henkilön pätevyuden arviointi Suomessa.
ISBN 952-00-2016-0 (nid.)
ISBN 952-00-2017-9 (PDF)
- 23 Valtioneuvoston vammaispoliittisen selonteon tausta-aineisto. (Moniste)
ISBN 952-00-2020-9 (nid.)
ISBN 952-00-2021-7 (PDF)
- 24 Työurat pitenevät? Veto-ohjelman indikaattorit. (Moniste)
ISBN 952-00-2030-6 (nid.)
ISBN 952-00-2031-4 (PDF)
- 25 Lastensuojelulain kokonaisuudistustyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 952-00-2032-2 (nid.)
ISBN 952-00-2033-0 (PDF)
- 26 Liisa Heinimäki. Varhaisen tuen vahvistaminen varhaiskasvatuksessa. VarTu -hankekuvaus 2004-2005. (Moniste)
ISBN 952-00-2041-1 (nid.)
ISBN 952-00-2042-X (PDF)

- 2006: 27 Rakennusalan terveystarkastusten seurantarekisteri. (Moniste)
ISBN 952-00-2043-8 (nid.)
ISBN 952-00-2044-6 (PDF)
- 28 Petri Virtanen, Janne Jalava, Mari Ruuth. Valtakunnallisen työtaturmaohjelman arviointi. Tammikuu 2006.
ISBN 952-00-2045-4 (nid.)
ISBN 952-00-2046-2 (PDF)
- 29 Arja Rimpelä, Susanna Rainio, Lasse Pere, Tomi Lintonen, Matti Rimpelä. Use of Tobacco Products, Alcohol Use and Exposure to Drugs in 1977-2005.
ISBN 952-00-2047-0 (paperback)
ISBN 952-00-2048-9 (PDF)
- 30 Sirkka-Liisa Kivelä. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. (Moniste)
ISBN 952-00-2068-3 (nid.)
ISBN 952-00-2069-1 (PDF)
- 31 Lapsiperheiden toimeentuloedellytysten kehittäminen. Koordinaatioryhmän yhteenvetoraportti.
ISBN 952-00-2070-5 (nid.)
ISBN 952-00-2071-3 (PDF)
- 32 Jyrki Korkeila. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-2072-1 (PDF)
- 33 Oppilashuoltoon liittyvän lainsäädännön uudistamistyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 952-00-2079-9 (nid.)
ISBN 952-00-2080-2 (PDF)
- 34 EVO-tutkimusrahoituksen jakoperusteiden uudistaminen. Työryhmän raportti. (Moniste)
ISBN 952-00-2085-3 (nid.)
ISBN 952-00-2086-1 (PDF)
- 35 Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2006. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1966-9 (PDF)
- 36 Lapsiasiavaltuutetun toimintakertomus vuodelta 2005.
ISBN 952-00-2034-9 (nid.)
ISBN 952-00-2035-7 (PDF)
- 37 Kliinisten laboratorioiden korvausten määräytymisperustetta selvittävän työryhmän raportti. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-2091-8 (PDF)
- 38 Pirjo Näkki. Vankien velkaantuminen ja yhteiskuntaan integroituminen.
ISBN 952-00-1967-7 (nid.)
ISBN 952-00-1968-5 (PDF)
- 39 Raimo Kärkkäinen, Marie Reijo, Keijo Tanner, Timo Tähtinen. Lapsiperheiden asumisen muutokset 1995–2004.
ISBN 952-00-2092-6 (nid.)
ISBN 952-00-2093-4 (PDF)
- 40 Maatalouslomituksen kehittämismahdollisuuksia selvittäneen työryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 952-00-2102-7 (nid.)
ISBN 952-00-2103-5 (PDF)
- 41 Longer careers? The Veto Programme Indicators. (Moniste)
ISBN 952-00-2104-3 (paperback)
ISBN 952-00-2105-1 (PDF)

- 2006: 42 Anita Haataja. Ikääntyvät työmarkkinoilla 1989-2005.
ISBN 952-00-2107-8 (nid.)
ISBN 952-00-2108-6 (PDF)
- 43 Anita Haataja. Pohjoismainen ansaitsijahoivaajamalli. Ruotsin ja Suomen perhevapaajärjestelmän vertailu.
ISBN 952-00-2109-4 (nid.)
ISBN 952-00-2103-5 (PDF)
- 44 Ulkomailla asuvien sairaanhoidosta Suomessa aiheutuvien kustannusten korvaaminen. EU:n sosiaaliturvan koordinaatioasetusten mukaisten sairaanhoitokustannusten korvaamista selvittäneen työryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 952-00-2111 6 (nid.)
ISBN 952-00-2112-4 (PDF)
- 45 Jukka Kumpuvuori. Perusoikeuksien rajoittamisesta kehitysvamma palvelujen toteuttamisessa.
ISBN 952-00-2114-0 (nid.)
ISBN 952-00-2115-9 (PDF)
- 46 Petri Virtanen, Janne Jalava, Tuomas Koskela, Janne Kilappa. Syrjäytymistä ehkäisevien EU-hankkeiden arviointi.
ISBN 952-00-2116-7 (nid.)
ISBN 952-00-2117-5 (PDF)
- 47 Peppi Saikku. Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia.
ISBN 952-00-2124-8 (nid.)
ISBN 952-00-2125-6 (PDF)
- 48 Rintamaveteraanikuntoutus vuonna 2005. Selvitys veteraanikuntoutusmäärärahojen käytöstä. (Moniste)
ISBN 952-00-2118-3 (nid.)
ISBN 952-00-2119-1 (PDF)
- 49 Maria Rautio. Terveysten edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla.
ISBN 952-00-2142-6 (nid.)
ISBN 952-00-2143-4 (PDF)
- 50 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle kevään 2006 toiminnasta. (Moniste)
ISBN 952-00-2150-7 (nid.)
ISBN 952-00-2151-5 (PDF)
- 51 Aulikki Rautavaara, Jouko Kokko. Kuulo- ja puhevammaisten verkostoituvat tulkkipalvelut. Selvitys alueyhteistyön tuloksellisuudesta ja vaikutuksista.
ISBN 952-00-2157-4 (nid.)
ISBN 952-00-2158-2 (PDF)
- 52 National reports on Strategies for Social Protection and Social inclusion – Finland.
ISBN 952-00-2160-4 (paperback)
ISBN 952-00-2159-0 (PDF)
- 53 Kansallinen raportti sosiaalisen suojelun ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden strategioista.
ISBN 952-00-2161-2 (nid.)
ISBN 952-00-2162-0 (PDF)
- 54 Huumausainepolitiikan kertomus vuodelta 2005. (Moniste)
ISBN 952-00-2165-5 (nid.)
ISBN 952-00-2166-3 (PDF)
- 55 Sosiaali- ja terveysministeriön kustannuslaskennan kehittämistyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 952-00-2167-1 (nid.)
ISBN 952-00-2168-X (PDF)

- 2006: 56 Kati Myllymäki. Terveyskeskus 2015. Terveyskeskustyön tulevaisuus. (Moniste)
ISBN 952-00-2169-8 (nid.)
ISBN 952-00-2170-1 (PDF)
- 57 Suomen kansainvälisten lapseksiottamisasioiden lautakunta. Toimintakertomus 2005. (Moniste)
ISBN 952-00-2179-5 (nid.)
ISBN 952-00-2180-9 (PDF)
- 58 Nämnden för internationella adoptionsärenden i Finland. Verksamhetsberättelse 2005.
ISBN 952-00-2181-7 (inh.)
ISBN 952-00-2182-5 (PDF)
- 59 The Finnish Board of Inter-Country Adoption Affairs. Annual Report 2005.
ISBN 952-00-2183-3 (paperback)
ISBN 952-00-2184-1 (PDF)
- 60 Henri Métivier, Sven Nielsen, Jouko Tuomisto, Wolfgang Weiss. International Evaluation of the Research Activities of the Finnish Radiation and Nuclear Safety Authority (STUK).
ISBN 952-00-2187-6 (paperback)
ISBN 952-00-2188-4 (PDF)
- 61 Hengityshalvauksipotilaiden hoito. Valtakunnallisen asiantuntijatyöryhmän raportti. (Moniste)
ISBN 952-00-2192-2 (nid.)
ISBN 952-00-2193-0 (PDF)
- 62 Health in the World of Work. Workplace Health Promotion as a Tool for Improving and Extending Work Life.
ISBN 952-00-2194-9 (paperback)
ISBN 952-00-2195-7 (PDF)
- 63 Katastrofirahaston tarvetta selvittäneen työryhmän raportti. (Moniste)
ISBN 952-00-2196-5 (nid.)
ISBN 952-00-2197-3 (PDF)
- 64 Sosiaalipäivystyksen kehittäminen.
ISBN 952-00-2204-X (nid.)
ISBN 952-00-2205-8 (PDF)
- 65 Terhi Hermanson. Päihtyneen henkilön akuuttihoito. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-2208-2 (PDF)
- 66 Terhi Hermanson. Akutvård för berusade personer. Social och hälsovårdsministeriets anvisningar. (Publiceras bara på Internet <http://www.stm.fi/svenska>)
ISBN 952-00-2209-0 (PDF)
- 67 Oppilashuoltoon liittyvän lainsäädännön uudistamistyöryhmän muistio. Lausuntoyhteenveto työryhmän muistiosta.
ISBN 952-00-2210-4 (nid.)
ISBN 952-00-2211-2 (PDF)
- 68 Tuula-Riitta Markkanen. Johtamisen haaste. Näkemyksiä työssä jaksamisesta ja jatkamisesta. (Moniste)
ISBN 952-00-2214-7 (nid.)
ISBN 952-00-2215-5 (PDF)
- 69 Riikka Kivimäki, Aija Karttunen, Leena Yrjänheikki, Sari Hintikka. Hyvinvointia sairaalatyöhön. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittämissuunnitelma 2004-2006.
ISBN 952-00-2219-8 (nid.)
ISBN 952-00-2220-1 (PDF)

- 2006: 70 Vakuutusyhtiölaki 2005 -työryhmän mietintö. (Moniste)
ISBN 952-00-2222-X (nid.)
ISBN 952-00-2223-8 (PDF)
- 71 Heli Kumpula, Anne Lounamaa, Meri Paavola, Philippe Lunetta, Antti Impinen (toim.) Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta.
ISBN 952-00-2129-9 (nid.)
ISBN 952-00-2130-2 (PDF)
- 72 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tutkimustoiminnan tehostaminen. Työryhmän väliraportti. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-2223-6 (PDF)
- 73 H. Piekkola, O-P. Ruuskanen. Työtä eri elämänvaiheissa ja ajankäyttö. Äidit ikääntyvät.
ISBN 952-00-2226-0 (nid.)
ISBN 952-00-2227-9 (PDF)
- 74 Biopankit ja lainsäädäntö Suomessa 2006. Ihmisperäisten näyttekokoelmien hyödyntämistä selvittävän työryhmän väliraportti. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-2228-7 (PDF)
- 75 Men and Gender Equality. Towards Progressive Policies. Conference Report. Edited by Jouni Varanka, Antti Närhinen and Reetta Siukola.
ISBN 952-00-2131-0 (pb)
ISBN 952-00-2132-9 (PDF)
- 76 Utvecklande av socialjour.
ISBN 952-00-2133-7 (inh.)
ISBN 952-00-2134-5 (PDF)
- 77 Reetta Siukola. Sukupuolinäkökulman valtavirtaistaminen Suomen valtionhallinnossa.
ISBN 952-00-2230-9 (nid.)
ISBN 952-00-2231-7 (PDF)
- 78 Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2008-2011.
ISBN 952-00-2235-X (nid.)
ISBN 952-00-2236-8 (PDF)