

Kansallinen raportti sosiaalisen suojelun
ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden strategioista





ISSN 1236-2115
ISBN 952-00-2161-2 (nid.)
ISBN 952-00-2162-0 (PDF)

Yliopistopaino
Helsinki 2006

KUVAILELEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä 9.10.2006	
Tekijät Raportin ovat toimittaneet Kari Välimäen johdolla Juho Saari, Markus Seppelin, Tiina Granlund, Mervi Kattelus		Julkaisun laji	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		Toimielimen asettamispäivä	
Julkaisun nimi Kansallinen raportti sosiaalisen suojelun ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden strategioista			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Sosiaalisen suojelun komitean, neuvoston ja Eurooppa-neuvosten päätöksiin nojautuen Euroopan unionin jäsenvaltiot laativat kansalliset sosiaalisen suojelun ja osallisuuden edistämistä koskevat raportit vuosiksi 2006 - 2008. Raporteissa tarkastellaan ensimmäistä kertaa yhdessä köyhyiden ja syrjäytymisen vastaisen työn, eläkejärjestelmän ja terveydenhuollon sekä pitkäaikaissairaanhoidon kansallisia strategioita sekä toimintaa. Kansallisten raporttien valmistuminen tähtää komission ja jäsenmaiden yhteisen raportin laatimiseen vuoden 2007 kevään Eurooppa-neuvostoa varten.</p> <p>Eri jäsenmaiden kansallisten strategioiden rakennetta ja sisältöä on annetuilla ohjeilla pyritty yhdenmukaistamaan vastavuoroisen oppimisen ja vertailun helpottamiseksi. Sosiaalisen suojelun komitea sopi kokouksessaan maaliskuussa 2006 vuosiksi 2006–2008 laadittavien kansallisten strategiaraaporttien aikataulusta, yhteisistä tavoitteista ja rungosta. Sosiaalisen suojelun ja osallisuuden edistämässä korostettiin virtaviivaistettujen tavoitteiden strategista luonnetta, keskittymistä päätavoitteiden esittelyyn ja tavoitteen toteutumisen mitattavuutta. Sosiaalisen suojelun eri osa-alueiden yhtenäisellä tarkastelulla pyritään entistä parempaan toimintojen koordinaatioon ja näkyvyyden lisäämiseen. Sosiaalisen suojelun tavoitteet tulee ottaa huomioon kansallisessa poliittisessa koordinaatiossa Lissabonin prosessin yhteydessä.</p> <p>Raportti on laadittu sosiaali- ja terveysministeriön johdolla. Sisällön tuottamiseen ovat osallistuneet eri ministeriöt, työmarkkinaosapuolet, Suomen kuntaliitto, evankelis-luterilainen kirkko, kansalaisjärjestöjen edustajat, tilastokeskus sekä sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Raporttia ovat kommentoineet lukuisat asinatuntijat, ja tekstisisältö on hyväksytty EU-sosiaaliasioiden valmistelujaostossa sekä ministeriön johtokunnassa. Kansalaisjärjestöille järjestettiin erillinen kuulemistilaisuus köyhyyttä ja syrjäytymistä koskevasta osasta.</p> <p>Strategia perustuu sosiaalisen suojelun avoimen koordinaation menetelmän alalla laadittujen aiempien toimintasuunnitelmien linjauksiin, voimassa olevaan hallitusohjelmaan sekä eri toimijoiden strategiaan kehittämishelmiin. Suomen linja sosiaalisen suojelun ja osallisuuden edistämässä nojautuu pohjoismaisen hyvinvointivaltion toimintaperiaatteille, jotka pitävät sisällään universaalit palvelut ja riittävän sosiaaliturvan. Kattavalla sosiaali- ja terveyspolitiikalla ehkäistään eriarvoistumista. Yhteiskuntapolitiikan eri lohkoilla pyritään ennalta ehkäisemään syrjäytymisriskejä sekä parantamaan väestön terveyttä ja toimintakykyä. Työllisyyden edistäminen on edelleen merkittävä haaste. Strategiassa on kuvattu keskeisiä viimeaikaisia päätöksiä ja toimenpiteitä, jotka tähtäävät asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen. Esitetyillä uudistuksilla parannetaan hyvinvointipalveluiden toimivuutta ja tehokkuutta sekä turvataan sosiaaliturvan rahoitus. Tuloksia mitataan raporttiin liitettyjen indikaattoreiden avulla. Raportti sisältää myös esimerkkejä hyvistä käytänteistä.</p>			
Avainsanat: (asiasanat) Eläkepolitiikka, köyhyys, syrjäytymien, sosiaalisen suojelun komitea, terveyspolitiikka,			
Muut tiedot www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:53		ISSN 1236-2115	ISBN ISBN 952-00-2161-2 (nid.) ISBN 952-00-2162-0 (PDF)
Kokonaissivumäärä 106	Kieli Suomi	Hinta 17,28 €	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Yliopistopaino Kustannus / Helsinki University Press, Kirjamyynti ja asiakaspalvelu, Vuorikatu 3 A, II krs., Helsinki. Fax (09) 7010 2374, puhelin (09) 7010 2363 books@yliopistopaino.fi , www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum 9.10.2006	
Författare Rapporten har redigerats av Juho Saari, Markus Seppelin, Tiina Granlund och Mervi Kattelus under ledning av Kari Välimäki		Typ av publikation Rapport	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Datum för tillsättandet av organet	
Publikation Nationell rapport om strategier för socialt skydd och social sammanhållning			
Referat <p>Europeiska unionens medlemsstater utarbetar nationella rapporter om främjande av socialt skydd och social integration för åren 2006–2008 med stöd av beslut av kommittén för socialt skydd, rådet och Europeiska rådet. I rapporterna studeras för första gången tillsammans nationella strategier och verksamhet beträffande arbete mot fattigdom och social utestängning, pensionssystem och hälso- och sjukvården samt långtidssjukvården. Färdigställandet av de nationella rapporterna siktar på att utarbeta en gemensam rapport för kommissionen och medlemsländerna inför Europeiska rådet våren 2007.</p> <p>Man har strävat efter att förenhetliga strukturen och innehållet i de olika medlemsländernas nationella strategier enligt givna anvisningar för att underlätta ömsesidigt lärande och en jämförelse. Kommittén för socialt skydd kom vid sitt möte i mars 2006 överens om en tidtabell, gemensamma mål och en ram för de nationella strategirapporterna för 2006–2008. I fråga om att främja socialt skydd och social integration betonades den strategiska naturen hos strömlinjeformade mål, koncentrerat på att presentera huvudmålen och mätbarhet av uppnådda mål. Genom enhetlig granskning av olika delområden inom det sociala skyddet strävar man efter att bättre än förr koordinera funktioner och öka synligheten. Målen för det sociala skyddet bör beaktas vid den nationella politiska koordinationen i samband med Lissabonprocessen.</p> <p>Rapporten har utarbetats under ledning av social- och hälsovårdsministeriet. Olika ministerier, arbetsmarknadsparter, Finlands Kommunförbund, evangelisk-lutherska kyrkan, företrädare för medborgarorganisationerna, statistikcentralen samt Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården Stakes har medverkat i produktionen av innehållet. Rapporten har kommenterats av ett antal sakkunniga och textinnehållet har godkänts i EU-beredningssektionen för sociala frågor samt ministeriets direktion. För medborgarorganisationerna ordnades ett särskilt hörande om delen som gäller fattigdom och social utestängning.</p> <p>Strategin baserar sig på de tidigare utarbetade riktlinjerna inom ramen för metoden för öppen koordination inom det sociala skyddet, det gällande regeringsprogrammet och olika aktörers strategiska utvecklingsprogram. Finlands linje när det gäller främjande av socialt skydd och social integration bygger på verksamhetsprinciperna för det nordiska välfärdssamhället, i vilka ingår universella tjänster och tillräcklig social trygghet. Genom en täckande social- och hälsopolitik förebyggs ojämlikhet. Inom samhällspolitikens olika sektorer strävar man efter att förebygga riskerna för utslagning och förbättra befolkningens hälsa och funktionsförmåga. Att främja sysselsättningen utgör fortfarande en betydande utmaning. I strategin har viktiga beslut och åtgärder under senare tid beskrivits som siktar på att förverkliga uppsatta mål. De presenterade reformerna förbättrar och effektiviserar välfärdstjänsterna och säkerställer finansieringen av det sociala skyddet. Resultaten mäts med hjälp av indikatorer som bifogats rapporten. Rapporten innehåller även exempel på god praxis.</p>			
Nyckelord Fattigdom, utslagning, kommittén för socialt skydd, hälsopolitik, pensionspolitik			
Övriga uppgifter www.stm.fi			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2006:53		ISSN 1236-2115	ISBN ISBN 952-00-2161-2 (inh.) ISBN 952-00-2162-0 (PDF)
Sidoantal 106	Språk Finska	Pris 17,28 €	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	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Date 9 October 2006	
Authors Under direction of Kari Välimäki, the report has been edited by Juho Saari, Markus Seppelin, Tiina Granlund, and Mervi Kattelus		Type of publication	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ	
Title publication National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion			
Summary By virtue of the decisions by the Social Protection Committee, the Council, and the European Council, the European Union Member States compile national reports on strategies for social protection and social inclusion for years 2006–2008. For the first time, the national strategies and activities regarding prevention of poverty and exclusion, the pension system, health care, and long-term medical care are reviewed in one report. The completion of the national reports is a prelude to the compilation of a joint report by the Commission and the Member States for the Spring European Council in 2007. The structures and contents of the national strategies of different Member States has been harmonised with the help of recommendations for the facilitation of mutual learning and comparison. In a meeting in March 2006, the Social Protection Committee agreed on the timetable, common goals and guidelines for the national reports on strategies for 2006–2008. Regarding the promotion of social protection and social inclusion, the streamlined strategies, the focus on the presentation of main objectives, and the extent to which the objectives are realised were highlighted. Reviewing the different spheres of social protection in a combined manner is aimed at improving the coordination and visibility of operations. Social protection objectives should be considered in the national policy coordination in connection with the Lisbon process. The report has been compiled under the direction of the Ministry of Social Affairs and Health. The contents have been produced by different ministries, the social partners, the Association of Finnish Local and Regional Authorities, the Evangelical Lutheran Church, representatives of NGOs, Statistics Finland, and National Research and Development Centre for Welfare and Health (Stakes). Several experts have commented on the report, and the contents have been approved by the section for the preparation of social issues in the EU and by the Ministry executive. A separate consultation event was arranged for NGOs with regard to poverty and social exclusion. The strategy is based on the existing policy definitions under the Open Method of Coordination for social protection and social inclusion, the effective Government Programme, and strategic development programmes of different actors. The Finnish policies on social protection and social inclusion are based on the principles of the Nordic Welfare State, which include universal services and adequate social security. Extensive social and health policies prevent inequalities. Different spheres of social policies aim at preventing risks of social exclusion and improving the health and functional capacity of the population. Promoting employment is still a significant challenge. The strategy describes the recent core decisions and measures that aim at achieving the set goals. The proposed reforms improve the functioning and effectiveness of welfare services and safeguard social security financing. The results will be measured by using the indicators described in the report. The report also includes examples of good practices.			
Key words Poverty, social exclusion, Social Protection Committee, health policy, pensions policy			
Other data Internet: www.stm.fi			
Title and number of series Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2006:53		ISSN 1236-2115	ISBN ISBN 952-00-2161-2 (paperback) ISBN 952-00-2162-0 (PDF)
Number of pages 106	Language Finnish	Price € 17,28	Publicity Public
Distributor/Orders Helsinki University Press PO Box (Vuorikatu 3 A) 00014 UNIVERSITY OF HELSINKI Fax +358-9-7010 2374, tel. +358-9-7010 2363 books@yliopistopaino.fi		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sisällys

1 OSA YLEISKUVA	11
1.1 Sosiaalisen tilanteen arviointi	11
1.2 Strateginen lähestymistapa	12
1.3 Viestit.....	18
2 OSA KÖYHYYS JA SOSIAALINEN SYRJÄYTYMINEN	21
2.1 Köyhyys ja syrjäytyminen - haasteet, prioriteetit ja toiminnan kohteet	21
2.1.1 Johdanto	21
2.1.2 Tärkeimmät poliittiset tavoitteet köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi	22
2.1.3 Arvio köyhyyden ja syrjäytymisen tilasta.....	23
2.2 Seurattavat strategiset tavoitteet eri politiikkalohkoilla	30
2.2.1 Toimeentuloturva.....	30
2.2.2 Palvelujärjestelmän kehittäminen	31
2.2.3 Työllisyys ja työvoimapolitiikka	33
2.2.4 Asuntopolitiikka.....	35
2.2.5 Koulutus- ja nuorisopolitiikka	36
2.3 Erityisiä toimenpiteitä tarvitsevat riskiryhmät.....	38
2.4 Hyvä hallinnointitapa.....	43
Liite 2.1 Hyvät käytänteet.....	47
3 OSA - SUOMEN KANSALLINEN ELÄKESTRATEGIARAPORTTI.....	67
3.1. Suomen kansallisen eläkestrategiaraportin päivitys	67
3.1.1. Eläkkeiden riittävyys – sosiaalisten tavoitteiden täyttyminen	67
3.1.2. Eläkejärjestelmien rahoituksen kestävyys – terve rahoitus pohja.....	69
3.1.3. Eläkejärjestelmien uudistaminen vastaamaan talouden, yhteiskunnan ja yksilöiden muuttuviin tarpeisiin.....	70
3.2. Huomio erityiskysymyksiin.....	70
4 OSA TERVEYDENHUOLTOA JA PITKÄAIKAISHOITOA KOSKEVA KANSALLINEN SUUNNITELMA.....	76
4.1 Yhteenvedo	76
4.2 Terveysthuolto	78
4.2.1 Terveysthuoltojärjestelmän kuvaus	78
4.2.2 Saatavuus (tavoite j).....	80
4.2.3 Laatu (tavoite k).....	82
4.2.4 Rahoituksen kestävyys (tavoite l)	84
4.3 Pitkäaikaishoito.....	86
4.3.1 Pitkäaikaishoitojärjestelmän kuvaus.....	86
4.3.2 Saatavuus (tavoite j).....	88
4.3.3 Laatu (tavoite k).....	89
4.3.4 Rahoituksen kestävyys (tavoite l)	90
Liite 4.1 Esimerkkejä hyvistä käytännöistä.....	91

1 OSA Yleiskuva

1.1 Sosiaalisen tilanteen arviointi

Suomalaisen yhteiskunnan taloudellinen kehitys on ollut varsin myönteistä 1990-luvun puolivälin jälkeen. Vuosituhannen vaihteen taantuma jäi tilapäiseksi notkahdukseksi, jonka jälkeen talouskasvu on ollut kohtuullista. Julkinen talous on kokonaisuudessaan ylijäämäinen ja myös 1990-luvun puolivälissä syvästi alijäämäinen valtiontalous on nykyisin ylijäämäinen. Tärkeä julkisen talouden vakautta ja ylijäämäisyyttä lisäävä tekijä on osittain rahastointiin perustuva työeläkejärjestelmä. Suomi täyttää vakaus- ja kasvusopimuksen vaatimukset. Talousennusteiden valossa Suomen talouden kehitys tulee lähivuosina olemaan varsin myönteinen, joskin kasvun oletetaan jonkin verran hidastuvan muun muassa väestön ikääntymisen ja tuotantorakenteen palveluvaltaistumisen myötä. Suurimmat uhkakuvat liittyvät enemmänkin kansainväliseen kuin kansalliseen toimintaympäristöön. Eniten epävarmuutta aiheuttavat Yhdysvaltain talouden kaksoisvaje sekä Kiinan talouskasvun kestävyys. Euroopassa ongelmana ovat talouden rakenteelliset jäykkyydet sekä väestön vanheneminen.

Työllisyys on myös noussut varsin tasaisesti. Erityisesti vuonna 2005 työllisyyden kehitys oli myönteistä, mikä johti työvoimapulaan eräillä teollisuus- ja palvelualoilla. Toisaalta myönteisestä kehityksestä huolimatta työllisyysasteet ovat edelleen 1990-luvun alun syvää lamaa edeltäneen tason alapuolella. Pitkäaikaistyöttömyys on edelleen keskeinen, joskin vähentyvä haaste sekä eräissä nuorten työttömien ryhmissä että ikääntyvän väestön keskuudessa. Myöskin työkyvyttömyyseläkkeelle hakeutuminen on edelleen keskeinen haaste.

Viime aikoina keskeiseksi yhteiskuntapoliittiseksi kysymykseksi on noussut tavara-, palvelu- ja pääomamarkkinoiden globalisaatiosta ja eurooppalaisesta kilpailusta aiheutuvaan rakennemuutokseen sopeutuminen. Kansainvälisen toimintaympäristön muutos on heijastunut muun muassa eräisiin perinteisiin teollisuusaloihin, kuten paperiteollisuuteen, jossa on viime aikoina toimeenpantu merkittäviä irtisanomisia. Rakennemuutos on johtanut yhteiskunnallisen muutosturvan merkityksen korostumiseen ja laajapohjaiseen yhteiskunnalliseen keskusteluun työmarkkina- ja työllisyyspolitiikan periaatteista ja tavoitteista.

Naisten ja miesten välinen tasa-arvo on tärkeä edellytys sosiaaliselle yhteenkuuluvuudelle ja talouskasvulle. Suomessa on satavuotiset perinteet naisten ja miesten yleisestä ja yhtäläisestä äänioikeudesta ja vaalikelpoisuudesta, mikä on edesauttanut naisten osallistumista poliittiseen päätöksentekoon. Taloudellinen päätöksenteko on yhä miesvaltaista.

Suomen työvoima on jakaantunut lähes tasan naisiin ja miehiin. Myös pienten lasten äidit työskentelevät kodin ulkopuolella. Suomessa on onnistuttu toteuttamaan samanaikaisesti naisten korkea työllisyys ja suhteellisen korkea syntyvyys. Lasten päivähoido ja perhevapaat tukevat molempien tai ainoan vanhemman työssäkäyntiä. Työmarkkinat ovat jakautuneet kuitenkin vahvasti naisten ja miesten aloihin/ammatteihin. Palkkaerot miesten ja naisten välillä eivät ole juuri supistuneet viime vuosikymmeninä. Naiset tekevät miehiä enemmän osa-aikatyötä, naisia palkataan myös miehiä enemmän määräaikaisiin työsuhteisiin. Suomessa äidit ja isät eivät juurikaan käytä osa-aikatyötä helpottaakseen lastenhoidon ja työn yhteensovittamista. Naisten ja miesten työttömyys on keskimäärin yhtä yleistä. Vaikeasti työllistyvistä ja pitkäaikaistyöttömistä enemmistö on kuitenkin miehiä. Toimeentulotukea saaneista yksinäistä henkilöistä suurin osa on miehiä, mutta ko. tukea saaneista yksinhuoltajista taas suurin osa on naisia. Peruspäivärahaa, työmarkkinatukea ja ansiopäivärahaa saaneista enemmistö on miehiä.

Keskeisenä yhteiskunnallisena haasteena voi pitää yhteiskunnallisten jakojen syventymistä, jotka kytkeytyvät muun muassa keskimääräisen vaurastumisen ja joidenkin ryhmien suhteellisen tulotason alhaisuuden välisen jännitteeseen. Keskeisiä ongelmia ovat pitkäaikaistyöttömyys, joka on edelleenkin mittava ongelma työttömyyden alentumisesta huolimatta, ja lapsiperheisiin kohdistuva suhteellinen köyhyys, joka on lisääntynyt viimeisten kymmenen vuoden aikana. Suhteellisen köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen lisääntyminen kytkeytyy paitsi työttömyyteen myös tasamääräisten (esimerkiksi työmarkkinatuki) ja viimesijaisten etuuksien (toimeentulotuki ja asumistuki) suhteellisen alhaiseen tasoon. Toimeentulotuen, joka on keskeinen viimesijainen sosiaaliturvatuus Suomessa, saajamäärät ovat laskeneet tasaisesti. Sosioekonomisten ryhmien väliset yhteiskunnalliset jaot terveydessä koettuna terveytenä arvioituna ovat myös pysyneet ennallaan parinkymmenen viime vuoden aikana (1979–2004) Sosioekonomiset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet Suomessa edelleen. Tämä kytkeytyy usein enemmänkin elämäntapaeroihin (rasvan, alkoholin ja tupakan kulutukseen sekä liikunnan puutteeseen) kuin palvelujärjestelmien toimivuuteen tai palvelujen saatavuuteen. Sosiaali- ja terveystalouden laajasta kattavuudesta huolimatta niiden saatavuudessa ja käytössä on huomattavia sosioekonomisia eroja.

1.2 Strateginen lähestymistapa

Viimeisten viidentoista vuoden aikana Suomessa on kiinnitetty erityistä huomiota jatkuvaan sopeutumiseen muuttuviin olosuhteisiin. Valtioneuvosto on julkaissut lukuisia selontekoja globalisoitumisen ja väestön ikääntymisen yhteiskunnallisista vaikutuksista suomalaisen yhteiskuntaan ja esittänyt lukuisia suosituksia sopeutumis- ja kilpailukykyä parantavista uudistuksista. Ministeriöt ovat uudistaneet strategiansa vuosina 2003–2004 ja hakevat laajapohjaista yhteisymmärrystä tulevaisuuden haasteista ja niihin vastaamisen suuntaviivoista. Myös sosiaali- ja terveysministeriö uudisti strategiansa keväällä 2006. Vuonna 2005 aloitti toimintansa valtioneuvoston ennakointiverkosto, joka systemaattisesti kartoittaa tulevaisuuden haasteita ja ennakoinnin menetelmiä. Tämän

ohella eduskunnan tulevaisuusvaliokunta on selvittänyt suomalaisen yhteiskunnan kohtaamia haasteita varsin kattavasti. Lisäksi lukuisat intressiryhmät ovat selvittäneet tulevaisuuden haasteita.

Kansallisesti Suomessa on varsin laajapohjainen yksimielisyys siitä, että sosiaalista suojelua nykyaikaistetaan pohjoismaisen mallin pohjalta. Samalla erityistä huomiota kiinnitetään kansalaisten ja julkisen vallan välisen luottamuksen ylläpitämiseen ja vahvistamiseen. Tavoitteena on, että järjestelmät ovat pitkällä aikavälillä taloudellisesti kestäviä, palvelut kattavia ja laadukkaita sekä tulonsiirrot riittäviä ja kannustavia.

Sosiaali- ja terveysministeriö kiteyttää lähivuosien sosiaaliturvan suunnan neljään strategiseen linjaukseen. Ne ovat:

1. Edistetään terveyttä ja toimintakykyä
2. Lisätään työelämän vetovoimaa
3. Vähennetään köyhyyttä ja syrjäytymistä
4. Varmistetaan toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva.

Tavoitteena on, että vuonna 2015 suomalainen yhteiskunta on elinvoimainen, taloudellisesti kestävä ja toiminnoiltaan tehokas ja dynaaminen. Sosiaaliturvajärjestelmän perustana on kattava yhteisvastuu. Kansainvälisen ympäristön muutos ja sitoutuminen kansainväliisiin sopimuksiin vaikuttavat entistä selvemmin kansalliseen politiikkaan. Suomi osallistuu aktiivisesti eurooppalaisen sosiaalipolitiikan muotoiluun. Hyvinvoinnin perustana ovat työ- ja toimintakyvyn ylläpito, kohtuullinen toimeentuloturva sekä omatoimisuus.

Nämä tavoitteet on täsmennetty seuraavasti:

Vuonna 2015

- Väestön toimintakyky ja sosiaalinen hyvinvointi ovat parantuneet
- Väestöryhmien väliset terveyserot ovat kaventuneet
- Työssäoloaika on pidentynyt keskimäärin kolmella vuodella
- Köyhyys ja syrjäytyminen ovat vähentyneet
- Sukupuolten tasa-arvo on vahvistunut
- Terveiden ja hyvinvoinnin edistämisen näkökulma on vakiintunut yhteiskuntapolitiikassa
- Palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus ovat parantuneet
- Toimeentuloturva takaa kohtuullisen toimeentulon ja kannustaa työhön
- Sosiaaliturvan kestävä rahoitus perustuu yhteisvastuuseen, jota omavastuu täydentää

Parhaillaan Suomi alkaa valmistautua maaliskuussa 2007 pidettäviin eduskuntavaaleihin. Suomalaisen toimintamallin mukaisesti hallitusohjelma (ja muutaman vuoden välein sovittavat tulopoliittiset kokonaisratkaisut) asettavat tavoitteet harjoitettavalla sosiaali- ja terveyspolitiikalle. Pidemmän aikavälin strategiset tavoitteet hallinnonalalle asetetaan sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa, joka edellä kuvatusti ajantasaistettiin

alkukesästä 2006. Näin ollen vuonna 2006 ei ole mahdollista, eikä tarpeellista asettaa uusia poliittisia tavoitteita sosiaalisen suojelun ja sosiaalisen osallisuuden alueella, vaan huomio kohdistuu hallitusohjelmassa (2003) tehtyjen linjausten loppuun saattamiseen. Suomen harjoittamia politiikkoja suuntaa myös Euroopan unionin puheenjohtajuus 7/2006-12/2006, joka sitoo mittavasti julkisen vallan resursseja.

- a) social cohesion, equality between men and women and equal opportunities for all through adequate, accessible, financially sustainable, adaptable and efficient social protection systems and social inclusion policies;

Valtioneuvosto toimeenpantee tasa-arvo-ohjelman vuosina 2004–2007. Uusittu tasa-arvolaki tuli voimaan kesällä 2005. Se muun muassa vahvisti työpaikkojen tasa-arvosuunnitteluelvoitetta ja palkkakartoitukset tulivat pakollisiksi. Systemaattista huomiota on viime aikoina kiinnitetty miesten ja naisten palkkaerojen supistamiseen, työ- ja perhe-elämän yhteensovittamiseen ja perhevapaista aiheutuvien kustannusten tasaamiseen. Julkisen talouden ja vallan rakenteita analysoidaan sukupuolen näkökulmasta.

Sosiaali- ja terveystaloudessa on investoitu mittavasti yhteiskunnallista sopeutumiskykyä parantaviin uudistuksiin. Laaja eläkeuudistus toimeenpantiin vuonna 2005. Tämän ohella on vuosina 2003–2007 kohdennettu lisää julkisia varoja sosiaali- ja terveyspalveluihin. Palvelujärjestelmää on suunnattu laitospalveluista avopalveluihin samalla kun erityisesti vanhus- ja terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokkuutta on pyritty systemaattisesti parantamaan. Keväällä 2006 hallitus valmisteli kunta- ja palvelurakenteen uudistusta, jolla pyritään edelleen tehostamaan koulutus-, sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoa, sekä takaamaan palvelujen rahoituksen kestävyys.

Valtioneuvoston alainen talousneuvosto on laajasti selvittänyt ikääntymisen vaikutuksia suomalaiseen yhteiskuntaan, työmarkkinoihin, talouteen ja julkiseen talouteen. Ikääntymisen merkitys yhteiskunnalle on laajalti tiedostettu ja sitä pidetään keskeisenä yhteiskunnallisena haasteena. Siihen vastataan mm. julkisen talouden tuottavuutta lisäämällä, jolloin valtaosa työmarkkinoille tulevasta uudesta työvoimasta voidaan kohdentaa yksityiselle sektorille, sekä edelleen uudistamalla julkisen talouden toimintaperiaatteita niiden taloudellista ja sosiaalista kestävyyttä lisäämällä.

Sosiaali- ja terveysministeriön tekemien sosiaaliturvan kestävyyttä koskevien laskelmien mukaan sosiaaliturvan rahoituksen kestävyys riippuu keskeisesti kolmesta tekijästä:

- 1) Työllisyysaste: Työuran pidentäminen
Työvoiman väheneminen edellyttää, että työllisyysastetta nostetaan
 - 1) alentamalla työttömyyttä
 - 2) pidentämällä elinaikaista työaikaa kummastakin päästä.

- 2) Kansalaisten terveys ja toimintakyky
Kansalaisten terveys, työ- ja toimintakyky vaikuttavat sosiaalimenojen kehitykseen ratkaisevammin kuin vanhusten määrän lisääntyminen sinänsä:
 - 1) Hyvä työ- ja toimintakyky luo perustan työllisyysasteen nostamiselle ja parantaa kansantalouden tuottavuutta. Työelämässä voidaan jatkaa pidempään.
 - 2) Ikääntyneiden hoidon ja hoivan tarve siirtyy elinkaarella myöhäisemmäksi.

- 3) Sosiaali- ja terveystalouden tuottavuus ja vaikuttavuus
Palvelurakenne, toiminnan organisointi ja tuotantotavat vaikuttavat keskeisesti menokehitykseen.
Palvelutuotantoa voidaan tehostaa organisatorisilla muutoksilla.
Myös lääketieteen ja hoitoteknologian hyödyntäminen tuo tehostamismahdollisuuksia.
Tulos: saadaan aikaa enemmän ja laadukkaampia palveluja ja voidaan helpottaa henkilökunnan työtaakkaa.

Valtiovarainministeriön laskelmien mukaan, joka perustuu verrattain optimistisiin oletuksiin työllisyyden ja tuottavuuden kehityksestä, julkisen talouden rahoitus ei kuitenkaan ilman sopeutustoimia ole täysin kestäväällä pohjalla pitkällä aikavälillä. Sopeutustarpeen eli julkisten menojen vähentämisen ja/tai tulojen lisäyksen – arvioidaan olevan noin 1½ prosenttia suhteessa kokonaistuotantoon.

Suomi korostaa edelleen, että köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastaiset toimenpiteet tulee nähdä koko väestön kattavaa sosiaalisen suojelun järjestelmää täydentävinä, eikä sitä korvaavina toimenpiteinä. Lähtökohtaisesti koko väestön tulee olla samojen palvelujen ja tulonsiirtojen piirissä ja sosiaaliset näkökohdat tulee huomioida kaikilla politiikan alueilla. Erillisiä täydentäviä ammatillisia järjestelmiä tai erityisiä sosiaalisen suojelun järjestelmälle vaihtoehtoisia järjestelmiä kaikkein huono-osaisimmilla väestölle ei ole perusteltua luoda. Näiden peruslinjausten mukaisesti valtioneuvosto hyväksyi lukuisia sosiaali- ja terveystaloudellisia järjestelmää täydentäviä toimenpiteitä kaikkein heikoimmassa asemassa olevien suhteellisen aseman parantamiseksi syksyllä 2005.

- b) effective and mutual interaction between the Lisbon objectives of greater economic growth, more and better jobs and greater social cohesion, and with the EU's Sustainable Development Strategy;

Suomalainen politiikkamalli perustuu talous-, työllisyys-, koulutus- ja sosiaalipolitiikan vastavuoroiseen koordinaatioon, joka tähtää politiikkakohereenssin vahvistamiseen ja politiikkojen täydentävyyteen. Tämä politiikkamalli, joka pyrkii sekä yhteiskuntapolitiikan legitimitettiin vahvistamiseen että toimeenpanon tehostamiseen, tukee tasapainoista ja kasvuhakuista yhteiskunnallista uudistumista. Suomi suhtautuu yhteiskunnalliseen muutokseen myönteisesti. Sen käsityksen mukaan kilpailukyky, korkea työllisyysaste, laajat koulutusjärjestelmät sekä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden taso ovat pe-

rusratkaisujen suhteen toimivia ja tehokkaita myös ikääntyvässä ja globalisoituvassa toimintaympäristössä.

Monisektoraaaliset asiakokonaisuudet yhteen sovitetaan työryhmissä, joissa kaikki relevantit tahot ovat edustettuna. Samankaltaista pysyvää ja institutionalisoitunutta menettelytapaa noudatetaan myös EU-asioiden valmistelussa. Suomessa Lissabonin strategian keskeisen osan muodostavien integroitujen suuntaviivojen mukaiset kansalliset uudistus suunnitelmat, koulutuksen alueella tapahtuva yhteistyö (Education and training 2010) ja käsillä olevan raportin mukaiset linjaukset on koordinoitu yhteensopiviksi ja yhden-suuntaisiksi. Käsillä olevan raportin tulokset syötetään sisään (feed in) kansallisiin uudistus suunnitelmiin työryhmässä, johon osallistuvat kaikkien keskeisten ministeriöiden edustajat ja joka kuulee valmistelun yhteydessä keskeisiä sidosryhmiä. Rakennerahastojen roolia Lissabonin strategian mukaisten tavoitteiden toimeenpanossa täsmennetään ja kehitetään.

Lapsiperheiden köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vähentäminen on keskeinen poliittinen haaste. Päivähoitopalvelut ja peruskoulutus ovat Suomessa lapsen subjektiivisia oikeuksia. Lapsella on oikeus tuettuun päivähoitoon riippumatta siitä, ovatko hänen vanhempansa työssä tai kotona. Päivähoitomaksupolitiikalla pyritään myös tukemaan työssäkäyntiä. Hallitusohjelman mukaisesti Suomessa on selvitetty lapsiperheiden köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen laajuus ja kohdentuminen. Hallitus on toimeenpannut uudistuksia, jotka tähtäävät kaikkein heikoimmassa asemassa olevien aseman parantamiseen.

Maahanmuuttajien määrä on Suomessa noussut varsin nopeasti viimeisten kymmenen vuoden aikana. Maahanmuuttajien ja muiden etnisten ryhmien integroimiseksi on luotu erityiset ohjelmat, jotka tukevat siirtolaisten asettautumista sopeutumiskauden aikana. Ikääntyneille entisestä Neuvostoliitosta palaaville suomensukuisille siirtolaisille, jotka täyttävät tietyt paluumuuttajan kriteerit, on luotu täydentävä järjestelmä (maahanmuuttajien erityistuki), joka takaa heidän toimeentulonsa.

Työelämän ja sosiaaliturvan yhteensovittaminen (*flexisecurity*) edellyttää joustavuutta molemmissa instituutioissa. Suomi pyrkii takaamaan maassa asuville henkilöille yhtäläiset mahdollisuudet työmarkkinoilla yksilöllisten sosiaalisten oikeuksien ja velvollisuuksien avulla. Tämän ohella työssäkäyntiä ja sosiaalisten olosuhteiden muutokseen sopeutumista tuetaan laajan palvelujärjestelmän avulla. Pidempiä työuria on edistetty kiristämällä varhaiseläkkeelle pääsyn ehtoja, parantamalla ikääntyvien työntekijöiden kannustimia jatkaa työelämässä ja investoimalla mittavasti työelämän laatua parantaviin ohjelmiin. Näillä ohjelmilla, jotka tähtäävät asenteiden muuttamiseen ja työelämän laadulliseen uudistamiseen, on saatu varsin hyviä tuloksia erityisesti vapaaehtoisen varhaiseläkkeelle jäämisen vähentämisessä. Irtisanomistilanteiden yhteydessä on parannettu muutosturvaa, joka mahdollistaa joustavan työnhaun irtisanomisprosessin aikana.

Sosiaali- ja terveystalitiikka on kytkeyty myös osaksi kansallista kestävän kehityksen strategiaa, joka valmistui keväällä 2006. Tämä strategia kytkeytyy osaksi EU:n kestävän kehityksen strategiaa. Lisäksi sillä on yhtymäkohtia globaaleihin sosiaalisen kehityksen strategioihin.

- c) good governance, transparency and the involvement of stakeholders in the design, implementation and monitoring of policy.

Suomalainen toimintamalli nojaa avoimuuteen ja läpinäkyvyyteen. Vertailevien tutkimusten mukaan Suomi on eräs vähiten korruptoituneista maista. Lainsäädännön ja eurooppalaisen yhteistyön edellyttäminen strategioiden valmistelu tapahtuu laajapohjaisissa työryhmissä, joissa on edustettuna keskeisten, valmistelusta ja toimeenpanosta vastaavien ministeriöiden ohella työmarkkinaosapuolet, kansalaisjärjestöt, tutkimuslaitokset sekä usein myös kirkko ja kyseisen alan asiantuntijatahoja.

Vakiintunut osa uudistusten ja strategioiden toimeenpanoa on seurantajärjestelmien luominen, johon kytkeytyy olennaisena osana indikaattorijärjestelmä. Kaikki keskeiset politiikkaohjelmat arvioidaan säännöllisesti ja arviointien tulokset otetaan huomioon niitä tarkennettaessa ja uusia ohjelmia suunniteltaessa. Julkista taloutta, joka muodostuu valtiosta, kunnista ja sosiaaliturvarahastoista, arvioidaan yhtenä kokonaisuutena vakausta ja kasvusopimuksen velvoittamalla tavalla. Valtion vuosittainen budjetti on sidottu ns. kehyspäättömenettelyyn, joka antaa päätöksenteolle pitkän aikavälin jatkuvuutta ja ennustettavuutta.

Kunta- ja palvelurakennemuudistusta on valmistellut laajapohjainen työryhmä. Työryhmä pääsi sopuun esityksestä uudeksi puitelaksi, jonka mukaisesti palvelurakenteita vahvistetaan kokoamalla yksittäistä kuntaa laajempaa väestöpohjaa edellyttäviä palveluja sekä lisäämällä kuntien välistä yhteistoimintaa. Tavoitteena on varmistaa koko maassa laadukkaat ja kansalaisten saatavilla olevat palvelut. Kunta- ja palvelurakenteiden uudistamisessa kunnan laatima ja valtuuston hyväksymä toimeenpanosuunnitelma on keskeinen. Sen perustaksi kunnan on laadittava väestö- ja palvelutarveanalyysi ulottuen vuosiin 2015 ja 2025 asti sekä tehdä suunnitelma talouden tasapainottamiseksi.

Kunnan tulee osana toimeenpanosuunnitelmaa esittää 1.6.2007 mennessä sisäasiainministeriölle, mihin toimenpiteisiin se ryhtyy kunnan tai yhteistoiminta-alueiden muodostamiseksi sekä miten se käyttää muita puitelain keinoja hyväkseen palvelujen turvaamiseksi. Lisäksi kunnan tulee sisällyttää 1.9.2007 mennessä sisäasiainministeriölle esitettävään toimeenpanosuunnitelmaan selvitys palveluverkon kattavuudesta, suunnitelma kunnan keskeisten toimintojen järjestämisestä sekä henkilöstövoimavarojen riittävästä ja kehittämisestä. Kuntien tehtäviä ja niiden rahoitusta käsittelevä peruspalveluohjelma vakinaistetaan osaksi lakiin perustuvaa valtion ja kuntien neuvottelumenettelyä. Peruspalveluohjelman mukaisia taloudellisia ohjauskeinoja kehitetään nykyistä tehokkaammiksi.

Päätöksentekoa ja toimeenpanoa tuetaan suunnitelmallisen tutkimus- ja kehittämisspolitiikan avulla, josta vastaavat ministeriöiden alaiset tutkimus- ja kehittämissyksiköt sekä muut tutkimus- ja kehittämisslaitokset. Ministeriöt, mukaan luettuna sosiaali- ja terveysministeriöt, ovat vastikään arvioineet tehokkaan ja vaikuttavan tutkimus- ja kehittämisspolitiikan vaatimat rakenteelliset uudistustarpeet. Niiden pohjalta valtion tiede- ja teknologianeuvoston alainen korkean tason työryhmä esittää ehdotukset tutkimus- ja kehittämissjärjestelmän uudistamiseksi syksyllä 2006. Samanaikaisesti työskentelee sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä, jonka tehtävänä on tehdä esityksiä tutkimusjärjestelmän tehostamiseksi. Yhteiskunnallisten muutosten arvioimiseksi Suomessa on kattava tietohallinta- ja tilastointijärjestelmä, joka kattaa sosiaali- ja terveyspolitiikan kanalta keskeiset asiakokonaisuudet. Tietohallinto perustuu eri toimijoiden yhteistoimintaan, mikä mahdollistaa eri viranomaisten ja toimijoiden tietokantojen yhdistämisen. Viime aikoina on uudistettu potilastietokantoja, sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän tilastointia sekä erilaisia mikrosimulaatiomalleja. Tuloerojen tutkimuksissa käytettävät tulotiedot kerätään pääosin hallinnollisista rekistereistä, mikä parantaa tulosten luotettavuutta ja poliittista hyödynnettävyyttä.

1.3 Viestit

Suomen sosiaalisen suojelun järjestelmä sopeutuu muuttuviin olosuhteisiin jatkuvien uudistusten avulla. Suomessa on laajapohjainen yhteisymmärrys siitä, että uudistusten lähtökohdana on pohjoismainen malli, jolle on luonteenomaista laaja kattavuus, suhteellisen korkeat korvaustasot ja korkealaatuiset sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmät. Eri tyistä huomiota kiinnitetään tulonsiirtojen ja palvelujen yhteensovittamiseen. Sosiaalisen suojelun järjestelmää kehitettäessä otetaan huomioon talous- ja työllisyys- sekä koulutuspolitiikan tavoitteet niin, että eri elementit ovat toisiaan vahvistavia siirryttäessä tietoyhteiskuntaan ja kestäväan kehitykseen. Vaikka Suomen mallin institutionaalinen rakenne on lukuisten vertailevien selvityksen valossa varsin kilpailukykyinen, Suomessa tiedostetaan myös se, että edessä olevat haasteet edellyttävät julkiselta vallalta proaktiivista ja avointa suhtautumista mm. ikääntymisen ja globalisaation luomiin haasteisiin ja valmiutta luoda ja hyödyntää sosiaalisia innovaatioita.

Uudistusten tavoitteina ovat sopeutuminen globalisaatioon ja kilpailukykyvaatimukseen, työllisyysasteen nostaminen, (puolittais)markkinoiden hyödyntäminen, järjestöjen, sosiaali- ja terveysalan yritysten ja julkisen toimijoiden kumppanuuden kehittäminen, asiakkaan aseman vahvistaminen ja varautuminen ikääntymiseen. Sosiaalista suojelua tarkastellaan enenevässä määrin elämän vaiheiden näkökulmasta, jolloin erityistä huomiota kiinnitetään lapsuuteen, opiskeluaikojen keston, ennen aikaiseen työkyvyttömyyteen sekä varhaiseen eläkkeelle jäämiseen ja vanhuspalvelujen laatuun. Järjestelmää uudistetaan kansallista lähtökohdista käsin ja ottamalla systemaattisesti huomioon eurooppalainen toimintakehys, jonka olennaisia osia ovat muun muassa Lissabonin strategia, mukaan luettuna integroidut suuntaviivat, sosiaalisen suojelun yhteistyö, kestävä kehi-

tys, sekä sisämarkkinoiden, kilpailulainsäädännön ja sosiaalisen suojelun järjestelmien yhteensovittaminen.

Keskeinen tulevaisuuden haaste on julkisen talouden pitkän aikavälin kestävyysden taakaaminen tavalla, joka mahdollistaa laajan sosiaalisen suojelun järjestelmän ylläpitämisen, sekä yhteiskunnallisten jakojen hillinnän.

Julkisen talouden kestävyyttä pyritään edistämään rahoitus- ja kannustinrakenteita uudistamalla ja julkisen sektorin tuottavuutta lisäämällä. Tehtyjen arviointien valossa julkisen sektorin kestävyys edellyttää työllisyysasteen nostamista edelleen sekä joitakin rakenteellisia uudistuksia organisaatioiden kohtaamiin kannustinrakenteisiin. Samalla on syytä korostaa, että jo tähän mennessä toimeenpannut uudistukset ovat olennaisesti lisänneet eläkejärjestelmän kestävyyttä. Tuottavuuden nostaminen edellyttää avointa suhtautumista uusiin sosiaali-, terveys- ja koulutuspalvelujen organisointitapoihin samalla kun palvelujen järjestämisvastuu säilyy kunnilla.

Hallitus linjasi esityksessään kunta- ja palvelurakenteen uudistamisen puitelaksi, että kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä, on oltava vähintään noin 20000 asukasta. Kunnan tai yhteistoiminta-alueen muodostamisessa voidaan väestöpohjista ja muista edellytyksistä poiketa saaristoisuuden, pitkien etäisyyksien tai kielellisten oikeuksien turvaamisen vuoksi.

Kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmä uudistetaan nykyistä yksinkertaisemmaksi ja läpinäkyvämmäksi. Uudistuksessa päätetään kuntien verotulopohjan vahvistamisesta siirtämällä verovähennyksiä valtion rasitukseksi sekä poistetaan kuntien rahoitusjärjestelmään liittyvät kuntien yhdistymisen ja yhteistyön esteet. Tavoitteena on hallinnonalakohtaisten valtionosuuksien yhdistäminen. Valtionosuusjärjestelmässä otetaan huomioon kuntien erilaiset olosuhteet ja palvelutarpeet. Verotuloihin perustuva valtionosuuksien tasausjärjestelmän on oltava neutraali kunta-valtio suhteen kannalta. Valtion ja kuntien välistä kustannusten jakoa ei uudistuksella muuteta.

Laajaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen turvaamiseksi maa jaetaan puitelakiesityksen mukaan erikoissairaanhoidolaissa lueteltuihin kuntayhtymiin. Kuntayhtymän tulee kunnan osoittamassa laajuudessa vastata ainakin erikoissairaanhoidosta ja kehitysvammahuollosta. Kunta voi antaa kuntayhtymälle myös muita tehtäviä. Puitelain yhteydessä selvitetään, miten kuntayhtymän rahoitusratkaisut voitaisiin toteuttaa siten, että vältetään kalliiden hoitojen kunnille aiheuttamat äkilliset satunnaisvaihtelut ja määritellään kokonaiskustannuskehitys nykyistä sitovammin etukäteen. Osa erityistason sairaanhoitoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidoista keskitetään valtakunnallisesti joillekin erityisvastuualueille.

Yhteiskunnallisten jakojen syventyminen on vakava yhteiskunnallinen haaste, joka edellyttää laajapohjaista yhteiskunnallista huomiota. Työllisyyden parantaminen ja pitkäaikaistyöttömyyden vähentäminen ovat tärkein yksittäinen reunaehto tämän tavoitteen

saavuttamisessa. Samalla systemaattista huomiota on kiinnitetty etuus- ja palvelujärjestelmän toimintaperiaatteisiin, niiden organisaatioille ja yksilöille luomiin kannustimiin, sekä niiden antamiin mahdollisuuksiin riittävän hyvinvoinnin ja tulotason takaamisessa. Sosiaaliturvaetuuksien ja palkkatulojen yhteensovittamisen mahdollisuuksien parantaminen on edelleen tärkeää. Poliitiikan painopistettä siirretään voimakkaasti uusien sosiaalisten innovaatioiden tuottamisesta jo tehtyjen innovaatioiden levittämiseen ja juurruttamiseen. Näissä toimenpiteissä ja niiden toimeenpanossa rakennerahastoilla ja muilla kehittämismäärärahoilla on varteenotettava rooli.

Systemaattista huomiota tulee edelleen kiinnittää sosiaalisen suojelun järjestelmän institutionaalisen rakenteen vahvistamiseen niin, että se tukee yksilöiden ja kotitalouksien mahdollisuuksia sopeutua muuttuviin olosuhteisiin elämäntilanteiden sitä edellyttäessä. Tämän ohella on syytä kiinnittää erityistä huomiota teknologisten ja sosiaalisten innovaatioiden yhteensovittamiseen suomalaisen yhteiskunnan institutionaalista rakennetta uudistettaessa. Tutkimus- ja kehittämissäpolitiikan hyödyntämistä päätöksenteon ja sosiaalisten innovaatioiden toimeenpanon, levittämisen ja juurruttamisen tukena on edelleen syytä kehittää uudistamalla tutkimus- ja kehittämissäpolitiikan tavoitteita ja rakenteita.

2 OSA Köyhyys ja sosiaalinen syrjäytyminen

2.1 Köyhyys ja syrjäytyminen - haasteet, prioriteetit ja toiminnan kohteet

2.1.1 Johdanto

Hyvä sosiaaliturva on yhteiskunnan peruspilari. Julkinen valta luo sääntelyn ja voimavarojen uudelleenjaon avulla edellytykset sille, että perhe, työ- sekä lähi- ja paikallisyhteisöt, yritykset ja kolmas sektori voivat kantaa osuutensa yhteisvastuusta, jolla edistetään ihmisten hyvinvointia. Toimiva sosiaaliturva on osa yhteiskunnan kestävästä kehityksestä. Se lisää yhteiskunnan kiinteyttä ja pehmentää yhteiskunnallisten muutosten vaikutuksia.

Sosiaaliturvan tarkoituksena on *edistää* väestön hyvää terveyttä, toimintakykyä, hyvinvointia sekä terveellistä työ- ja elinympäristöä. Sen tehtävänä on *turvata* riittävä toimeentulo ja palvelut. Väestön hyvinvoinnin ja tasa-arvon vahvistuessa jokaisella on mahdollisuus elää ihmisarvoista ja turvallista elämää sekä käyttää ja kehittää omia kykyjään ja valmiuksiaan elämänsä eri vaiheissa.

Suomen köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen toiminnan lähtökohta on koko väestön kattavien sosiaaliturvaetuuksien ja palveluiden kehittäminen siten, että ne vastaavat sosiaalisten riskien synnyttämiin haasteisiin. Köyhyyden ja syrjäytymisen kannalta riskiryhmiin kohdennetut toimenpiteet täydentävät universaalien järjestelmien toimintaa. Hallituksen käynnistämät toimet köyhyyden ja syrjäytymisen torjumiseksi perustuvat vuoden 2003 hallitusohjelmaan, jonka strategiset tavoitteet esiteltiin jo vuosien 2003- 2005 kansallisessa köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisessa toimintasuunnitelmassa. Hallitusohjelman strategiasia linjauksia täydentävät ja täsmentävät eri hallinnonalojen omat strategiat ja alakohtaiset tavoitteet.

Nykyisellä hallituskaudella käynnistettyjen toimenpiteiden toimeenpano ja tulosten seuranta jatkuvat pääosin myös vuosina 2006 ja 2007. Köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen toiminnan linjauksia tarkastellaan uudelleen uuden hallituksen aloittaessa toimintansa vuoden 2007 eduskuntavaalien jälkeen. Suomen köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen politiikan tavoitteet ja konkreettiset toimenpiteet täsmentyvät siten vasta seuraavan hallituksen ohjelmassa vuonna 2007.

2.1.2 Tärkeimmät poliittiset tavoitteet köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi

Suomen keskeisimmät tavoitteet syrjäytymisen ja köyhyyden vastaisessa taistelussa vuosina 2006–2008 ovat:

1. Työmahdollisuuksien takaaminen mahdollisimman monelle
 Hyvinvointiyhteiskunnan kehittäminen ja taloudellinen kasvu edellyttävät hyvinvoivaa ja työkykyistä työvoimaa sekä mahdollisimman monen osallistumista työhön. Työelämän vetovoimaa voidaan vahvistaa painottamalla työelämän hyvinvointia, lisäämällä työelämän tasa-arvoa, kehittämällä kannustimia osallistua työelämään sekä sovittamalla paremmin yhteen työ- ja perhe-elämä. Rahoituksellisesti kestävä, työhön kannustava ja kohtuullisen toimeentulon turvaava sosiaalivakuutusjärjestelmä lujittaa osaltaan työn merkitystä sosiaaliturvan rahoitusperustan vakauttajana.
2. Sosiaalisten ongelmien ja sosiaalisten riskien toteutumisen ennalta ehkäisy
 Köyhyyttä ja syrjäytymistä vähennetään tehokkaimmin ottamalla ehkäisevä näkökulma ensisijaiseksi toimintamalliksi. Erityisesti kiinnitetään huomiota varhaiseen puuttumiseen lasten, nuorten ja lapsiperheiden ongelmiin. Terveysongelmien ehkäisyssä mielenterveyden edistämisellä ja päihdekäyttämisen hallinnalla on selvä yhteys syrjäytymisriskien vähentämiseen.
3. Syrjäytymistä ja köyhyyttä ehkäisevien sekä korjaavien toimenpiteiden olemassaolon jatkuvuuden turvaaminen sekä järjestelmän perusrakenteiden ylläpito
 Suomessa ei harjoiteta valikoivaa sosiaalipolitiikkaa, vaan pyritään koko väestön kattavien universaalien palvelu- ja toimeentuloturvajärjestelmien ylläpitoon ja kehittämiseen. Hyvinvointipolitiikan perustavoitteiden pysyvyys ja pitkäkestoinen toiminta ehkäisevät parhaiten sosiaalisten riskien toteutumista ja syrjäytymisen uhkaa. Pysyviä tuloksia köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisessa työssä saadaan parhaiten aikaan ihmisten hyvinvointia turvaavien yhteiskunnallisten rakenteiden määrätietoisella kehittämisellä. Lyhytkestoisilla ohjelmilla ja hankkeilla on rajallinen vaikutus.
4. Osaavan työvoiman saatavuuden turvaaminen asukkaiden hyvinvointia turvaavissa palveluissa
 Toimivan palvelujärjestelmän avainkysymyksiä ovat asiakaslähtöisyys, laadukkaat ja monipuoliset palvelut, kasvavan vanhusväestön tarvitsemien palvelujen riittävyys sekä riittävä ja osaava työvoima. Palveluiden saatavuus ja kansalaisten alueellinen tasa-arvo voidaan turvata toimivalla ohjausmallilla sekä riittävällä alueellisella yhteistyöllä, jossa käytetään hyväksi tieto- ja viestintäteknologiaa. (vrt. kunta- ja palvelurakenteen uudistus).

2.1.3 Arvio köyhyden ja syrjäytymisen tilasta

Suomen suhteellinen köyhyysaste on edelleen EU-maiden alhaisimpia, vaikka se on hieman noussut vuosina 2001–2004. Kiinteällä köyhyysrajalla kuvataan tietyn tulorajan alittaneiden henkilöiden määrän muutosta ajassa (indikaattori 1.15). Kiinteällä köyhyysrajalla tarkasteltuna köyhien osuus väestöstä on vähentynyt. Korkea rakenteellinen työttömyys on ongelma. Asunnottomien sekä pitkäaikaistyöttömien määrät ovat laskeneet 1990-luvun laman huipputasosta ja samalla toimeentulotuen tarve on vähentynyt. Työttömyyden ja toimeentulo-ongelmien pitkäaikaistumisen vuoksi syrjäytymiskierrettä on entistä vaikeampi katkaista. Kuilu työelämän vaatimusten ja syrjäytyneiden osaamisen ja toimintakyvyn välillä on kasvanut. Syrjäytymisen vähentämisen kannalta tärkeimpiä hankkeita ovat olleet laajat ohjelmat, työmarkkinoille pääsyn helpottamiseksi toteutetut toimenpiteet, tuettu työllistäminen, asunnottomuuden vähentäminen, varhainen puuttuminen lasten ja nuorten ongelmiin, maahanmuuttajien kotouttamisen tukeminen sekä alkoholi- ja huumausainehjelmien toimeenpano ja rikollisuuden ehkäisy.

Moniongelmaisuus ja syrjäytyminen

Syrjäytymiskierteen käynnistää usein joko pitkäaikainen työttömyys tai erityisesti nuorten kohdalla vaikeus päästä työmarkkinoille. Taustalla voi olla erilaisia osaamisen puutteita, terveysongelmia tai sosiaalisia ongelmia. Löyhä työmarkkinakytkentä johtaa toimeentulovaikeuksiin sekä työhön liittyvien sosiaalisten verkostojen puutteeseen. Usein syrjäytymisriskiä pahentavat yksilöä leimaavat mielenterveysongelmat tai päihteiden käyttö. Myös taloudellinen huono-osaisuus voi aiheuttaa sosiaalisen huonommuuden tunnetta, joka johtaa eristäytymiseen ja vieraantumiseen normaalista arkielämästä. Lopulta kasaantuvat epäkohdat vievät yksilön syrjäytymiskierteeseen, jossa useat haittatekijät vahvistavat toisiaan elinoloja kurjistaen.

Syrjäytymiseen kytkettyjen tekijöiden välinen yhteys vaihtelee eri ryhmissä. Esimerkiksi pitkäaikaistyöttömyyden merkitys syrjäytymistä pahentavana ja sosiaalisista verkostoista eristävänä tekijänä on todettu olevan suurempi miehillä kuin naisilla. Syrjäytymisriskit muuttuvat ajassa. Oppimisvaikeuksista kärsivien on aiempaa vaikeampi työllistyä normaaleille työmarkkinoille, mikä voi lisätä tämän ryhmän syrjäytymisriskiä. Työelämän kiristyneet vaatimukset lisäävät mielenterveysongelmista tai päihderiippuvuuksista kärsivien riskiä syrjäytyä. Perheen parissa vietetyn ajan väheneminen voi näkyä lasten ja nuorten häiriökäyttäytymisenä sekä syrjäytymisuhkina.

Syrjäytymisriskit näyttävät viime aikoina lisääntyneen erityisesti lasten ja nuorten sekä päihteiden käyttäjien keskuudessa. Lastensuojelutoimenpiteiden kohteena olevien lasten ja nuorten määrä on kasvanut hälyttävästi. Päihteiden käytön kasvu näkyy alkoholi-kuolemien ja –sairauksien lisääntymisenä. Syrjäytyneiden moniongelmaisuuden hallitsemiseksi hallinnonaloja on kannustettu tekemään tiivistä yhteistyötä. Syrjäytyneiden motivointi oman tilanteensa kohentamiseen on aktivointitoimenpiteiden onnistumisen edellytys. Käytettävissä olevien voimavarojen niukkuus asettaa rajat yksilökohtaisen tu-

en tarjoamiselle. Pitkällä aikavälillä syrjäytymisen ehkäisyllä saavutettava yhteiskunnallisten kustannusten säästö on kuitenkin huomion arvoinen seikka inhimillisen hädän lievittämisen ohella.

Toimeentulovaikeudet (köyhyys)

Pienituloisen väestön osuutta mittaava suhteellinen köyhyysaste on Suomessa useimpiin muihin EU-maihin verrattuna edelleen alhainen. Köyhyysaste on kuitenkin kasvanut 1990-luvun puolivälistä alkaen. Kiinteällä köyhyysrajalla mitattuna köyhien osuus on pienentynyt. Kiinteä köyhyysraja ei ota huomioon yleistä tulotason nousua. Myös pienituloisen väestön reaalitytulot ovat kasvaneet, mutta selvästi yleistä tulokehitystä hitaammin. Pienituloisten määrä on lisääntynyt edelleen, mutta huomattavasti hitaammin kuin 1990-luvun lopulla.

Pienituloisuus on yleisintä yksinasuvilla ja yksinhuoltajilla. Viime vuosina on lisääntynyt myös nuorten lapsiperheiden pienituloisuus. Työttömyyden kasvu ja työllistymisvaikeudet ovat koskettaneet erityisesti työmarkkinoille laman jälkeen tulleita sukupolvia, joihin yhä useampi nykyisten lapsiperheiden vanhemmista kuuluu. Nuorten lapsiperheiden pienituloisuus on silti selvästi harvinaisempaa kuin yksin asuvien ja yksinhuoltajien.

Pahimmassa köyhyysriskissä ovat kotitaloudet, joiden viitehenkilö on opiskelija, työtön tai täyden kansaneläkkeen saaja. Iän mukaan suurimmassa köyhyysriskissä ovat 16–24 -vuotiaat. Alle 18-vuotiaiden köyhyysasteesta käytetään usein nimitystä lapsiköyhyysaste. Vuonna 2003 se oli ensimmäistä kertaa korkeampi kuin koko väestön köyhyysaste.

Pitkittyneesti pienituloisten määrä jatkoi kasvuaan vuonna 2004. Toimeentulovaikeuksien pitkittyessä syrjäytymisriski kasvaa. Pitkittynyt köyhyys on pääsääntöisesti yhteydessä pysyvästi työmarkkinoiden ulkopuolelle jäämiseen. Tilapäisiksi tarkoitettujen toimeentulotukijärjestelmät eivät pysty tehokkaasti ehkäisemään pitkään jatkuneesta pienituloisuudesta johtuvaa syrjäytymisriskiä.

Kotitalouksien käytettävissä olevat tulot ovat pitkällä aikavälillä kasvaneet eniten Ahvenanmaalla, Uudellamaalla sekä Itä-Uudellamaalla. Heikointa tulojen kehitys oli vuosina 1995–2004 Itä- ja Pohjois-Suomen maakuntien kotitalouksissa, joissa oli myös selvästi korkein pienituloisuusaste. Maakuntien erilaisen tulokehityksen taustalla on todennäköisesti monia tekijöitä; tulojen muutosten lisäksi kehitykseen on saattanut vaikuttaa myös tulojen rakenteessa ja tulonsaajatalouksien rakenteessa esimerkiksi muutto liikkeen vuoksi tapahtuneet muutokset. Kotitalouksien tuloerot ovat kasvaneet myös maakuntien sisällä. Suurimmat tuloerot olivat vuonna 2004 Uudenmaan ja Ahvenanmaan kotitalouksien keskuudessa. Pitkittynyt pienituloisuus oli selvästi yleisintä Pohjois-Karjalassa. Pitkittynyt pienituloisuus on pysynyt vähäisimpänä koko tarkastelujakson (1998–2004) ajan Ahvenanmaalla.

Vuonna 2003 suomalaisista kotitalouksista 51 prosentilla oli velkaa ja 28 prosentilla asuntovelkaa. Suurten lainojen määrä on kasvanut nopeasti. Korkojen lasku ja laina-aikojen pidentyminen on kuitenkin pienentänyt velanhoitomenojen osuutta tuloista, joka oli vuonna 2003 mediaanina 7 prosenttia tuloista, mutta asuntovelallisilla velanhoitomenojen osuus oli oleellisesti tätä suurempi. Ylivelkaantuminen on vähentynyt 1990-luvun lopulta. Ylivelkaantuneita itseään piti viidennes kahteen alimpaan tulokymmenykseen kuuluvista velkaisista kotitalouksista. Yksinhuoltajista 16 prosenttia katsoi kuuluvansa ylivelkaantuneisiin. Kokonaisuutena ylivelkaantuneina itseään piti noin 6 prosenttia velkaisista. Suuria asunto- tai kulutuslainoja ottaneiden perheiden taloudelliset riskit kasvavat, jos lainojen korkotaso nousee.

Maksuhäiriöllisten henkilöiden määrä luottotietorekisterissä on pysynyt 300 000 tienoil-la koko 2000-luvun ajan. Nämä ovat pääosin henkilöitä, joilta peritään maksamattomia velkoja oikeusteitse ja ulosoton kautta. Kuntien velkaneuvontatoimistoissa kävi vuonna 2005 ennakkotietojen mukaan noin 17 000 uutta asiakasta; määrä on pysynyt kohtalaisen vakaana vuosina 2002-2005.

Talouden ja työllisyyden kehitys

Suotuisa talouskehitys merkitsee yleensä parempaa työllisyyttä ja rahana maksettavien toimeentuloturvaetuuksien saajamäärien supistumista. Tämä luo enemmän mahdollisuuksia myös hyvinvointipalvelujen kehittämiseksi. Samalla toimeentuloturvaetuuksien ml. eläkkeiden kohtuullinen taso on helpompi turvata, kun saajien lukumäärä on pienempi. Sosiaalimenot rahoitetaan lähinnä veroilla ja sosiaalivakuutusmaksuilla. Hyvä työllisyyskehitys takaa verotulojen suotuisan kehityksen myös alhaisemmalla veroasteella.

Työllisyyden ja työolojen myönteinen kehitys on perusedellytys sopeuduttaessa väestön ikääntymisen aiheuttamiin haasteisiin. Ydintavoitteena on ollut ikääntyneiden työllisyysasteen nostaminen, jossa on tapahtunut selvää kohentumista. Suuret ikäluokat ovat pysyneet työelämässä pidempään kuin heitä edeltäneet ikäluokat. Ikääntyvien työttömien työnhakijoiden määrä ei kuitenkaan ole vähentynyt. Työllisyysasteet vanhemmissa ikäluokissa ovat Suomessa olleet matalampia kuin muissa Pohjoismaissa, mutta viime vuosina erot ovat alkaneet kaventua nopeasti.

Yli 50-vuotiaista työttömistä työnhakijoista lähes 44 prosenttia on pitkäaikaistyöttömiä. Yli 50-vuotiaiden työttömien uudelleen työllistyminen avoimille työmarkkinoille on ollut vähäistä jopa hyvän taloudellisen kehityksen aikana.

Nuorten työttömyysaste on laskenut yhtäjaksoisesti vuodesta 1993 lähtien samalla, kun työttömyysjaksojen keskimääräinen kesto on lyhentynyt. Vuonna 2005 nuorten työttömyyden väheneminen on ollut huomattavaa. Nuorten työttömyyden suurimpia ongelmia ovat ensimmäisen työpaikan saannin vaikeus, lyhytaikaiset työsuhteet ja osalla nuorista koulutuksen ja/tai koulutusmotivaation puute. Lisäksi on ryhmä nuoria, joiden työmark-

kinoille kiinnittymistä vaikeuttavat erilaiset tekijät, kuten oppimisvaikeudet, päihdeongelmat ja muut sosiaaliset ongelmat.

Ikääntyvien ja nuorten ohella kolmantena helposti työelämästä syrjäytyvänä ryhmänä voidaan pitää pakolaisia. Nopea pääsy työmarkkinoille on ensiarvoisen tärkeä tekijä heidän integroitumisessaan suomalaiseen yhteiskuntaan.

Työttömyyden myönteistä kehitystä varjostaa kuitenkin rakenteellisen työttömyyden sitkeys. Ongelma korostuu työikäisten ikäluokkien pienentyessä. Tarpeellisia resursseja jää kohtuuttomasti käyttämättä. Työttömyys on vähentynyt, mutta työttömyyden kova ydin on edelleen olemassa. Samaten yritysten rekrytointiin liittyvät ongelmat näyttävät jopa pahentuneen.

Vaikein rakennetyöttömien ryhmä on yhtäjaksoisesti pitkäaikaistyöttömänä olleet. Käytännössä vain pieni osa heistä sijoittuu avoimille työmarkkinoille ilman erityistoimenpiteitä. Vuonna 2005 pitkäaikaistyöttömyys kääntyi lievään laskuun. Työttömyyden pitkittyminen on edelleenkin vaikea ongelma, vaikka työvoimapolitiittisia toimia on tehostetusti kohdennettu vaikeasti työllistyvien työttömien ryhmään. Valtaosa pitkäaikaistyöttömyyksistä päättyy työvoimapolitiittiseen toimenpidesijoitukseen tai siirtymiseen työvoiman ulkopuolelle. Pitkäaikaistyöttömyys näyttää vakiintuneen noin 70 000 henkilön tasolle. Työttömyys on yhä suhteellisesti ottaen yleisintä monissa Pohjois- ja Itä-Suomen kunnissa, mutta määrällisesti eniten työttömiä on kasvukeskuksissa.

Työllisyystilanteen paraneminen ei vuonna 2005 merkittävästi helpottanut rakennetyöttömyyden ongelmaa. Vuonna 2005 vaikeasti työllistyviä oli keskimäärin 162 000 henkilöä, eli lähes 6 000 vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Vaikeasti työllistyvistä pääosa, arviolta noin 100 000, on alle 55-vuotiaita henkilöitä, jotka ikänsä puolesta voisivat olla työelämässä. Rakennetyöttömyyden purkamista hidastaa vaikeasti työllistyville soveltuvien työpaikkojen riittämätön määrä vielä tulevilla vuosikymmenelläkin.

Työvoiman palvelukeskuksilla, työllistämistukien uudistuksella ja sosiaalisilla yrityksillä voidaan osaltaan parantaa vaikeasti työllistyvien työmarkkina-asemaa. Rakenteellisen työttömyyden alentamiseksi tämä ei kuitenkaan riitä. Työvoiman kysyntää avoimilla työmarkkinoilla tulisi saada kohdistumaan nykyistä voimakkaammin tähän työnhakijoiden ryhmään. Tästä syystä työvoiman kysyntää lisäävät ja yritysten työllistämiskynnystä alentavat uudistukset ovat strategisessa asemassa rakenteellisen työttömyyden torjunnassa.

Viime vuosien kehitys viittaa siihen, että työllistymisestä on tullut valikoituvaa: osa työttömistä löytää työtä entistä helpommin, mutta keskimäärin työttömyyden kesto pitenee. Vielä 1980-luvun lopussa työttömyys päättyi suhteellisen usein työllistymiseen. Yli 40 prosenttia työttömistä oli vuoden kuluessa saanut työtä avoimilta työmarkkinoilta. Laman ollessa syvimmillään työttömyys päättyi vuoden kuluessa työllistymiseen enää 20 prosentilla työttömistä. Laman jälkeen tilanne ei ole juurikaan kohentunut. Suomen työmarkkinoiden kehitykselle on ollut tyypillistä se, että kasvualat ja supistu-

neet alat ovat olleet ammattirakenteeltaan ja osaamisvaatimuksiltaan hyvin erilaisia. Kasvavien alojen työvoima on rekrytoitu uusista ikäluokista tai jo työssä olleista ja vain vähäisessä määrin työttömistä. Tämä selittää osaltaan sen, että avoimet työpaikat ja työttömät eivät kohtaa toisiaan.

Suomen asema kansainvälisessä työnjaossa perustuu jatkossakin korkeaan osaamiseen, tutkimukseen ja tuotekehitykseen. Tämän lisäksi tarvitaan kuitenkin toimia, jotka edistävät työpaikkojen syntymistä myös vähemmän koulutusta vaativille aloille.

Terveydelliset tekijät

Väestön terveydentila on parempi kuin koskaan aikaisemmin. Väestön elinikä on nousut ja toimintakykyisten elinvuosien määrä on lisääntynyt. Myönteistä kehitystä uhkaavat väestön lihominen ja alkoholikulutuksen selvä lisääntyminen. Molemmat aiheuttavat huomattavia, moninaisia ja kalliita ongelmia niin yksilöille, perheille, kansanterveydelle kuin koko yhteiskunnalle. Lisäksi uhkana on joidenkin väestöryhmien terveydentilan muita huonompi kehitys eli terveyden epätasa-arvo.

Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on viime vuosina pysynyt jokseenkin ennallaan. Vuosittain myönnettävien uusien työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä on kuitenkin edelleen suurempi kuin alkavien vanhuuseläkkeiden. Kolmannes työkyvyttömyyseläkkeistä myönnetään mielenterveysongelmien vuoksi ja samoin kolmannes tuki- ja liikuntaelinsairauksien takia. Masennus on noussut yhä yleisemmäksi työkyvyttömyyseläkkeen syyksi. Toisaalta tutkimukset osoittavat, että mielenterveysongelmien määrä ei sinällään ole lisääntynyt. Omalta osaltaan kehitystä selittääkin työelämän kehitys. Työelämä on nykyisin niin vaativaa, että ne, joilla on mielenterveysongelmia, kokevat aiempaa helpommin tilanteensa liian vaikeaksi työelämässä selviytymiseksi.

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat edelleen suuret. Tupakka ja alkoholi selittävät puolet näistä eroista. Hoidoltaan kalleimmat tautiryhmät Suomessa ovat sydän- ja verisuonisairaudet, mielenterveyshäiriöt, hengityselintaudit sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Yhdessä näiden sairauksien hoitoon kohdistuu puolet terveydenhuollon kustannuksista. Monet nykyisistä kansantaudeistamme ovat ehkäistävissä. Terveydenhuollon vaikutus väestön terveyteen on vain 15-10 prosenttia. Suurin vaikutus on yksilön elintavoilla ja elinympäristöllä.

Kansanterveyden kehittyminen edelleen myönteiseen suuntaan vaatii jatkuvaa ponnistusta. Ensiarvoisen tärkeätä on saada ihmiset tiedostamaan omien valintojensa ja elintapojensa vaikutus terveydentilaansa. Perusta terveeseen aikuisikään ja toimintakykyiseen vanhuuteen luodaan jo lapsuus- ja nuoruusvuosina. Tautien ennaltaehkäisy ja tehokas terveysvalistus säästävät kustannuksia, jos niiden avulla vältetään vikojen jälkikäteen korjaamiselta.

Kansanterveyden kehityksen kannalta kiireisin tehtävä on saada alkoholin kulutus kääntymään laskuun sekä estää väestön lihominen. Lihavuus on yleisintä vähiten koulutusta saaneilla. Erityisesti naisilla lihavuuden yleisyys vaihtelee selvästi koulutustason mukaan.

Alkoholin runsas pitkäaikainen käyttö merkitsee vakavaa terveysriskiä. Vahva humalataila lisää merkittävästi onnettomuus- ja tapaturmariskiä sekä lisää väkivaltarikosten todennäköisyyttä. Väkivaltarikoksista 60–70 prosenttia tehdään alkoholin vaikutuksen alaisena. Sairaaloiden hoitajaksojen määrä alkoholihaittojen takia kasvoi 1990-luvun alussa nopeasti. Määrä vakiintui sitten vajaan 35 000 vuosittaiseen hoitajaksoon. Vuonna 2004 näiden hoitojen määrä lisääntyi merkittävästi. Kasvu oli erityisen nopeata miehillä. Päihdehaitat keskittyvät syrjäytymisen kannalta riskiryhmiin, erityisesti huono-osaisiin nuoriin aikuisiin ja keski-ikäisiin miehiin. Naisten hoitajaksojen määrä alkoholin takia ovat nousseet tasaisesti vuosi vuodelta. Samalla alkoholin käytön seurauksena kuolleiden määrä on noussut – alkoholisairaus tai – myrkytys on yhä useammin kuolinsyy. Alkoholi on jo pitempään ollut miesten toiseksi yleisin kuolinsyy. Vuonna 2002 siitä tuli myös työikäisten naisten toiseksi yleisin kuolinsyy.

Väestöryhmien välisiin terveyseroihin voidaan vaikuttaa myös yleisellä yhteiskuntapolitiikalla. Yhteiskunnan päätöksillä on terveysvaikutuksia, mutta niitä ei huomioida vielä riittävästi. Erityisesti on otettava huomioon päätösten vaikutus erityisryhmiin, kuten lapsiin, vammaisiin, mielenterveyden häiriöistä kärsiviin ja pitkäaikaistyöttömiin. Keskeistä on taata kaikille yhtäläiset mahdollisuudet päästä hoitoon. Työterveyshuolto helpottaa merkittävästi työssä käyvien terveyspalveluiden saatavuutta. Muilla väestöryhmillä ei ole tätä palvelumuotoa käytettävissään.

Asuntomarkkinat

Asuntojen keskineliöhintojen prosentuaalinen ero pääkaupunkiseudun ja muun Suomen välillä on kasvanut huomattavasti vuodesta 1995. Vuoden 2004 kolmannella neljänneksellä pääkaupunkiseudun asuntojen keskineliöhinta oli hieman yli kaksinkertainen verrattuna muuhun Suomeen. Vuokrataso oli vuonna 2002 pääkaupunkiseudulla noin 37 prosenttia korkeampi kuin muualla maassa. Ero oli vuonna 2004 hieman kutistunut johdun pääkaupunkiseudun vuokrien nousun hidastumisesta.

Asuntojen saatavuus on helpottunut. Hakijoiden määrä valtion tukemiin asuntoihin on tällä vuosikymmenellä asteittain alentunut johtuen ensisijaisesti siitä, että omistusasunon rahoitusehdot ovat korkojen alentumisen ja laina-aikojen pidentymisen seurauksena muuttuneet aiempaa edullisemmiksi. Tämä kehityssuunta on edelleen voimistunut vuosien 2004–2006 aikana. Sen vuoksi myös valtion tukemien, suurehkojen vuokra-asuntojen tarjonta on lisääntynyt koko maassa. Samoin on tyhjillään olevien vuokra-asuntojen määrä kasvanut erityisesti väestöään menettävillä alueilla. Muuttunutta markkinatilannetta kuvastaa se, että myös kasvuaalueilla kieltäytyminen tarjotuista vuokra-asunnoista on lisääntynyt.

Pienituloisuus ja köyhyys aiheuttavat puutteellista asumista sekä lisäävät asunnottomuutta. Sen vuoksi kotitalouksien riittävä toimeentulo erilaisissa elämäntilanteissa on olennainen osa ennalta ehkäisevää työtä. Asumistuki on tärkein kohtuullisen asumisen turvaava taloudellinen tukimuoto. Asunnottomuus koskettaa erityisesti miehiä. Hallituksen asuntopoliittinen ohjelma sekä pääkaupunkiseudun asunnottomuusohjelma ovat tuottaneet hyviä tuloksia ja asunnottomuustilanne on jonkin verran helpottunut erityisesti Helsingin metropolialueella.

Koulutustaso

Väestön koulutustaso on nousut nopeasti viimeisten vuosikymmenten aikana. Vuoden 2004 lopussa toisen asteen tutkinnon oli suorittanut 38 prosenttia ja korkea-asteen tutkinnon neljäsosa 15 vuotta täyttäneistä. Toisen asteen tutkinto oli miehistä 40 ja naisista 36 prosentilla. Korkea-asteen tutkinto oli miehistä 23 ja naisista 27 prosentilla. Alle 45-vuotiaat naiset olivat suorittaneet korkeakoulututkinnon useammin kuin miehet. Suomessa on alueellisesti kattava ja maksuton koulujärjestelmä mukaan lukien annettava korkeakouluopetus.

Nuoret ovat saaneet huomattavasti enemmän koulutusta kuin vanhempiin ikäluokkiin kuuluvat. Eniten koulutettuja ovat 25–29 -vuotiaat. Tähän ikäryhmään kuuluvista 86 prosenttia oli suorittanut perusasteen jälkeisen tutkinnon. Naiset ovat koulutetumpia kuin miehet. Erityisesti nuoremmissa ikäryhmissä sukupuolten koulutustasoerot ovat selkeät - naisilla on korkeampi koulutus kuin miehillä.

Väestön koulutustasossa on huomattavia alueellisia eroja. Eniten tutkinnon suorittaneita koko 15 vuotta täyttäneestä väestöstä oli Uudellamaalla, jossa 67 prosentilla oli perusasteen jälkeinen tutkinto. Vähiten tutkinnon suorittaneita oli Keski-Pohjanmaalla (58 %) ja Ahvenanmaalla (57 %).

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2004 perusopetuksen päättäneistä 95 prosenttia sijoitui välittömästi samana vuonna lukio- tai ammatilliseen koulutukseen tai perusopetuksen lisäopetukseen. Tilanne on pysynyt lähes ennallaan edelliseen vuoteen verrattuna, mutta parantunut kuitenkin hieman pidemmällä aikavälillä. Ammatillisessa koulutuksessa ja lukioissa aloittaneiden osuudet ovat säilyneet varsin vakaina. Perusopetuksen lisäopetuksessa aloittaneiden määrä on sitä vastoin ollut laskeva. Lisäopetukseen siirtyi 3 prosenttia.

Perusopetuksen päättäneistä 5 prosenttia jäi tilastoidun koulutuksen ulkopuolelle vuonna 2004. Osuus on noin prosentin pienempi kuin edellisenä vuonna. Alueellisesti perusopetuksen suorittaneiden välitön sijoittuminen jatko-opintoihin vaihtelee. Eniten toisen asteen koulutuksen ulkopuolelle jääneitä oli vuonna 2004 Päijät-Hämeessä ja Uudellamaalla, hieman alle 10 prosenttia ikäryhmästä. Ikääntyvien työntekijöiden koulutustaso on muita heikompi, joten myös puutteellinen ammattikoulutus vaikeuttaa heidän pääsyään takaisin työmarkkinoille työttömyyden kohdatessa.

2.2 Seurattavat strategiset tavoitteet eri politiikkalohkoilla

Strategiset tavoitteet

- toimeentuloturvan tarve vähenee
- vähimmäisturva on riittävä ja ansioturva kohtuullinen
- vakuutusturva on kattava
- lapsiperheiden köyhyys alenee ja ylisukupolvisia syrjäytymisen ketjuja ehkäistään
- terveydenhuollon asiakasmaksut kohtuullistetaan ja maksujen läpinäkyvyyttä lisätään

2.2.1 Toimeentuloturva

Kaikille kansalaisille turvataan sosiaalivakuutuksella kohtuullinen toimeentulo sairauden, työkyvyttömyyden, työttömyyden, tapaturman, vanhuuden, puolison kuoleman ja lapsen syntymisen aiheuttamien tulon menetysten tai suurten kulujen varalta. Riittävä vähimmäisturva taataan kaikille kansalaisille. Ansioturva takaa kohtuullisen kulutustason aiemmin työssä olleille. Vähimmäisturvaetuudet turvaavat riittävän toimeentulon, kun henkilöllä ei ole ansiotuloa.

Suuri osa toimeentuloturvasta on ansioperusteisia etuuksia. Tämän vuoksi etuuksien taso seuraa pääosin ansiotason kehitystä. Pitkäaikainen työttömyys tai muusta syystä joutuva 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 sellaisena, että se takaa ihmisarvoisen elämän. Riittävällä vähimmäisturvalla torjutaan pitkäaikaisen köyhyyden uhka. Terveys- ja sosiaalihuollon asiakasmaksut määritellään siten, että asiakasmaksujen taso ei ole palvelujen tarkoituksenmukaisen käytön este.

Keskeiset toimenpiteet

- Hallituksen vuoden 2007 valtion talousarvioesitykseen sisällytettiin uusia toimenpiteitä perheiden hyvinvoinnin ja kaikkien pienituloisimpien aseman parantamiseksi. Muun muassa lasten perhe-eläkettä ei oteta enää huomioon tulona yleistä asumistukea määriteltäessä. Lasten elatustukea korotetaan noin 6 eurolla kuukaudessa lasta kohti. Lasten erityishoitotukea ja erityisvammaistukea korotetaan 15 eurolla. Kotihoidon tuen sisarkorotus nousee 10 eurolla. Perhehoitajien saatavuuden parantamiseen esitetään runsasta puolta miljoonaa euroa ja vaikeavammaisten tulkkipalveluja lisätään. Eläkkeensaajien asumistuen enimmäismääriä korotetaan. Asumistuki nousee kunta-alueesta riippuen enintään 4,5 – 11 euroa kuukaudessa. Eläkkeensaajien erityishoitotukea nostetaan 15 eurolla kuukaudessa. Yrittäjien perheenjäsenten oikeus työttömyysturvaan alkaa 1.10.2007.

2.2.2 Palvelujärjestelmän kehittäminen

Strategiset tavoitteet

- Väestöryhmien väliset terveyserot supistuvat
- Palveluiden saatavuus ja laatu paranevat
- Alkoholien käytön kansanterveydelliset haitat pienenevät
- Vanhusten kotona asuminen ja selviytyminen paranevat
- Vammaisten mahdollisuus osallistua yhteiskuntaan kohenee

Syrjäytymisen torjunnan perustana ovat hyvinvointipolitiikan rakenteiden vahvistaminen ja eri sektorit ylittävien toimintakäytäntöjen kehittäminen. Ongelmien ennaltaehkäisy vakiinnutetaan palvelujärjestelmän toiminnan normaaliksi osaksi. Käytettävissä olevat voimavarat riittävät paremmin välttämättömiin palveluihin, kun ehkäistävissä olevat sairaudet, tapaturmat ja sosiaaliset ongelmat tunnistetaan, ehkäistään ja ratkaistaan varhaisessa vaiheessa.

Tavoitteena on saada koko yhteiskuntapolitiikka tukemaan terveyttä ja hyvinvointia. Niille halutaan luoda pohja 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.

Terveys- ja hyvinvointierojen vähentäminen siten, että heikompiossaisten terveys ja hyvinvointi kohenevat, lisää yhteiskunnan sosiaalista kiinteyttä. Monien syrjäytymisriskien hallinta edellyttää palvelujen ja tulonsiirtojen hyvää yhteensovitusta. Väestön alueellisen tasa-arvon turvaaminen edellyttää hyvin toimivaa ohjausmallia ja alueiden välistä yhteistyötä. Apuna on uuden tieto- ja viestintäteknologian laaja hyväksikäyttö.

Erityisen tärkeää on lisätä päätösten sosiaalisten ja terveydellisten vaikutusten arviointia kaikilla yhteiskuntapolitiikan lohkoilla. Työelämän ja perhe-elämän syrjäyttäviin rakenteisiin on puututtava. Tavoitteena on vähentää aikuisten alkoholin riskikäyttöä ja huumausaineiden käyttöä sekä ehkäistä ja vähentää päihteiden käytöstä aiheutuvia haittoja. Neuvolat, päiväkodit ja koulut sekä työpaikat ovat avainasemassa ennakoivassa työssä. Asumista tukevat palvelut ja asuinalueiden eriytymisen estäminen ovat hallinnonalojen yhteisiä haasteita syrjäytymisen hoidossa. Oikeutta asuntoon tuetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimin.

Mielenterveysongelmia ehkäistään koko väestöön ja tunnistettuihin riskiryhmiin kohdistuvin toimin. Työelämän mielenterveysriskeihin etsitään tehostetusti ratkaisuja. Mielenterveyskuntoutujien avopalveluiden, asumisen ja päivätoiminnan toimivalla kokonaisuudella voidaan vähentää laitoshoidon tarvetta.

Toimivan palvelujärjestelmän ja sen laadun varmistavat asiakaslähtöisyys, hyvät ja monipuoliset palvelut, riittävät vanhusväestön palvelut sekä riittävä ja osaava työvoima. Henkilö- ja osaamisrakennetta kehitetään vastaamaan asiakkaiden tarpeita ja henkilöstön tehtäviä. Henkilöstön määrä mitoitetaan riittäväksi suhteessa asiakkaiden ja potilaiden toimintakykyyn ja avuntarpeeseen.

Keskeiset toimenpiteet

- Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan osuus valtion vuoden 2006 talousarviossa on noin 11 miljardia euroa. Määrä on 12 prosenttia edellisen vuoden talousarviota suurempi. Sosiaali- ja terveysministeriön talousarviossa painotetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuutta ja saatavuutta, rahoitusjärjestelmien selkeyttämistä sekä riittävän toimeentulon turvaamista jokaiselle. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuuksiin esitetään 4 021 miljoonaa euroa, jossa on lisäystä 9,5 prosenttia vuoden 2005 tasoon verrattuna.
- Kansallista terveydenhuollon hanketta, Terveys 2015 -ohjelmaa ja sosiaalialan kehittämishanketta jatketaan suunnitelmien mukaisesti (ks. edellinen toimeenpanoraportti). Terveiden edistämiseksi toimintaa suunnataan kansantautien vaaratekijöiden vähentämiseen, tapaturmien ehkäisemiseen ja terveyttä tukevien olosuhteiden luomiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman riittävyyden ja osaamisen varmistaminen sisältyy ohjelmiin. Sosiaalialan kehittämishankkeen tarkoituksena on ratkaista lähiajan kiireellimmät kehittämistarpeet ja varmistaa sosiaalialan pitkän aikavälin kehittäminen. Tavoitteena on ennakoida muuttuvan toimintaympäristön asettamia lisääntyviä vaatimuksia sekä sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi etä niiden ratkaisemiseksi. Tätä varten on käynnistetty Hyvinvointi 2015 -ohjelman valmistelu.
- Hyvinvointi 2015 -ohjelman laajapohjaisessa valmistelussa etsitään erityisesti keinoja, joilla tehostetaan varhaista puuttumista ja ennaltaehkäisyä sekä parannetaan ihmisten hyvinvointia sekä sosiaalista turvallisuutta ja toimeentuloa. Lisäksi haetaan malleja, joiden avulla yhdyskuntarakentaminen, asuntopolitiikka sekä työelämän vaatimukset saadaan paremmin tukemaan ongelmia ehkäisevää ja sosiaalista vastuuta edistävää politiikkaa. Ohjelmassa esitetään ratkaisuja yksilöllisen selviytymisen ja yhteisöllisen tuen tasa-painottamiseksi sekä tarkastellaan sosiaalialan eri toimijoiden asemaa ja roolia sosiaalipalveluiden järjestämisessä.
- Sosiaalialan kehittämishankkeen, Kansallisen terveydenhuollon hankkeen sekä Alkoholiohjelman mukaisia valtionavustuksia on jaettu vuosina 2003-2006 yhteensä 153 miljoonaa euroa. Avustuksilla on vuoden 2003 jälkeen käynnistetty lähes 900 sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen sekä alkoholista aiheutuvien haittojen ja alkoholinkäytön vähentämiseen tähtäävää hanketta. Kehittämistoiminnassa ovat mukana jo lähes kaikki Suomen kun-

nat. Viimeiselle, vuoden 2007 hakukierrokselle, jää jaettavaksi 40 miljoonaa euroa. Lisäksi vuoden 2007 valtion talousarvioesityksessä on varattu kansallisen terveysthankkeen ja sosiaalialan kehittämishankkeen toteuttamiseen kunnille 75 miljoonaa euroa. Sosiaalialan kehittämishankkeelle varustusta 25 milj. euron määrärahasta 17 milj. on kohdennettu eri palvelujen parantamiseen.

2.2.3 Työllisyys ja työvoimapolitiikka

Strategiset tavoitteet

- pitkäaikaistyöttömyys ja rakennetyöttömyys alenevat
- työhön osallistumisaste nousee eri ikäryhmissä,
- työssäoloaika pitenee vuoteen 2015 mennessä vähintään 2 – 3 vuodella
- sosiaaliturvan työhön kannustavuus lisääntyy
- työn tuottavuutta lisätään
- parannetaan työn organisointia ja mielekkyyttä
- varmistetaan osaavan työvoiman saanti ja varaudutaan ikärakenteen muutoksesta johtuvaan työvoiman niukkuuteen

Työelämän vetovoimaa vahvistetaan parantamalla työssä viihtymistä, lisäämällä työelämän tasa-arvoa sekä sovittamalla paremmin yhteen työ- ja perhe-elämä. Rahoituksellisesti kestävä, työhön kannustava ja kohtuullisen toimeentulon turvaava sosiaalivakuutusjärjestelmä korostaa työn merkitystä sosiaaliturvan rahoitusperustan vakauttajana. Työttömyysturvaa kehitetään ja nykyaikaistetaan osana sosiaalivakuutusta. Siitä tehdään kannustavampi: työntekijän on oltava aina ensisijaista ja kannattavaa. Työttömyysturvajärjestelmää on syytä yksinkertaistaa, selkiyttää ja sen tulee olla kansalaisen kannalta ymmärrettävä ja läpinäkyvä.

Työttömyysturvan merkitys on olennainen työllisyysasteen kohottamisessa. Työttömyysturva on tarkoitettu ensisijaisesti lyhytaikaiseksi turvaksi, joka tukee aktiivista työnhakua ja edistää työmarkkinoiden joustavuutta. Osaamisen kehittäminen, työkyvyn ylläpito ja kuntoutus ovat ensisijaisia työttömyysturvaan ja varhaiseläkkeisiin nähden. Työttömän työmarkkina-asema heikkenee nopeasti työttömyyden pitkittyessä. Aktiivinen työvoimapolitiikka ja koulutus lyhentävät työttömyyden kestoja ja helpottavat pääsyä vapaille työmarkkinoille.

Hyvät työolot parantavat tuottavuutta ja muodostavat tärkeän kilpailutekijän. Mielekäs työ, jossa ihmisen fyysinen ja psyykinen terveys ja turvallisuus on varmistettu, on keskeistä elämän laadulle ja hyvinvoinnille. Työhyvinvointi vaikuttaa osaltaan työllisyysasteeseen. Työolojen hyvä vähimmäistaso turvataan lakisääteisesti. Näin ehkäistään sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyttä. Tavoitteena on edelleen vähentää työtapaturmia ja ammattitautia. Työn houkuttelevuutta ja mahdollisuutta saada työtä parannetaan, jotta työntekijä olisi ensisijainen vaihtoehto.

Hallitusohjelman tavoitteena on, että kaikille nuorille tarjotaan koulutus- työharjoittelu- tai työpajapaikka kolmen kuukauden työttömyyden jälkeen. Tehostettua työvoimapalvelua ja erilaisia ”nuorten yhteiskuntatakuun” toimenpiteitä kohdennetaan laajalti nuoriin työttömiin jo työttömyyden alkuvaiheessa. Työllisyyden hoidon keinoilla on tarkoituk- sena tukea nuorten koulutusta, hakeutumista koulutukseen ja työllistymistä.

Keskeiset toimenpiteet

- Hallitusohjelman ja työllisyysohjelman sisältämät työllisyys- ja työvoima- poliittiset uudistukset rakenteellisen työttömyyden alentamiseksi on käyn- nistetty. Niiden tehokas toimeenpano on olennaista hyvän lopputuloksen aikaansaamiseksi.
- Työllisyysohjelman keskeinen hanke on julkisen työvoimapalvelun raken- neuudistus. Sen osana hallituskaudella perustetaan noin 40 työvoiman pal- velukeskusta, joihin kootaan vaikeasti työllistyville suunnatut palvelut. Pal- velukeskuksissa työhallinto, kuntien sosiaali- ja terveystoimi ja kansanelä- kelaitos (Kela) yhteistyössä muiden palvelutuottajien kanssa tuottavat mo- niammatillisia palveluja työnhakijoille. Palvelukeskusten kehittämistyössä jatkossa keskeistä on työ- ja aktivointipaikkojen turvaaminen palvelukes- kusten asiakkaille ja työmarkkinatukiudistuksen toimeenpano. Tämä edel- lyttää palvelukeskuksilta vahvaa roolia ns. välityömarkkinoilla, joilla työn- tekijän toimeentulo koostuu oman työpanoksen ja eri tukimuotojen jousta- vasta yhteensovittamisesta. Erillisten välityömarkkinoiden kehittämistä pi- detään tarpeellisena, koska aktivointiin osallistuneille työttömille soveltuvia työpaikkoja ei ole tarjolla.
- Vuoden 2006 alussa tuli voimaan työllisyysohjelmassa valmisteltu työmark- kinatukiudistus. Uudistuksella lisätään työmarkkinatuen käyttöä työnhaku- valmiuksia parantavana aktiivisena tukimuotona. Uudistuksen tavoitteena on nykyistä tehokkaampi, kannustavampi ja tasapainoisempi toimeentuloetuuk- sien ja aktiiviohjelmien kokonaisuus. Uudistus muodostuu kolmesta toisiaan tukevasta linjauksesta:
 - 1) työmarkkinatuen ja toimeentulotuen rahoituksen muutos valtion ja kuntien kesken
 - 2) uusi aktiivikausi ja yhteiskuntatakuu pitkäaikaistyöttömille ja
 - 3) työmarkkinatuen vastikkeellisuuden lisääminen. Kunnille aiheutu- va lisärahoitus kompensoidaan täysin valtion varoista.
- Vuoden 2005 alussa käynnistynyttä nuorten yhteiskuntatakuun toimeenpa- noa jatketaan. Alle 25 -vuotiaille työttömänä työnhakijana oleville nuorille tarjotaan viimeistään kolmen kuukauden yhtäjaksoisen työttömyyden jäl- keen hänen tilannettaan edistävä aktiivivaihtoehto (työnhakukoulutus, val- mentava tai ammatillinen työvoimakoulutus, työkokeilu, työharjoittelu, työ- elämävalmennus, starttiraha tai palkkatuettu työ).

2.2.4 Asuntopolitiikka

Strategiset tavoitteet

- kasvukeskuksissa kohtuuhintaisten asuntojen kysyntä ja tarjonta tasapainottuu
- asuinalueiden sosiaalinen tasapaino säilyy ja asukasrakenne monipuolistuu
- julkisella rahoituksella pidetään huolta sosiaalisen asuntopolitiikan toetutumisesta
- ikääntyneiden ja vammaisten tarpeet huomioon ottavaa asumista kehitetään
- asunnottomuus vähenee

Yhteisvastuullisen asuntopolitiikan tavoitteena on kohtuuhintaisen asumisen edistäminen alueellisesti eriytyvillä asuntomarkkinoilla sekä sosiaalisesti toimivien kaupunkien, asuinalueiden ja asuinyhteisöjen vahvistaminen. Uudenlaista, innovatiivista yhteistyötä tarvitaan sekä valtio- ja kuntasektorin sisällä että julkisten, yksityisten ja yleishyödyllisten toimijoiden kesken asumisen perusoikeuden turvaamiseksi.

Erilaisten asukasryhmien tarpeet voidaan ottaa huomioon pitämällä tarjolla erilaisia asuntojen hallinta- ja rahoitusvaihtoehtoja, kehittämällä esteetöntä, turvallista ja monipuolista asuinympäristöä ja turvaamalla riittävä väestöpohja palveluiden rahoittamiseksi. Sosiaalisella asuntotuotannolla, perusparannuksella ja vuokralaisvalinnalla julkinen valta voi ohjata asuntokannan kehitystä. Asuinalueiden sosiaalista eriytymistä ja eriarvoistumista on ehkäistävä käytettävissä olevin keinoin.

Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin tiivistyvää yhteistyötä hyödynnetään palveluiden tarjonnan monipuolistamiseksi. Erityisryhmille tarkoitettujen asuntohankkeiden korkeiden investointi- ja käyttökustannusten hallinta edellyttää uusien, hinta- ja laatusuhteeltaan nykyistä tehokkaampien ja tasokkaampien asumismuotojen tutkimista, suunnittelua ja rakentamista. Myös valtiovallalta tarvitaan uutta panostusta erityisryhmien asumiskustannusten kohtuullistamiseksi.

Väestön ikääntyminen ja erityistarpeiden lisääntyminen on haaste myös asuntopolitiikalle. Itsenäisen, ihmisarvoisen asumisen turvaavia esteettömiä ja kohtuuhintaisia asuntoja ei ole riittävästi, mikä aiheuttaa kasvavaa painetta sosiaalihuollon järjestämään tuki- ja palveluasumiseen.

Kunnan asunto-oloja on jo pitkään lakisääteisesti kehitetty siten, että toimenpiteet suunnataan erityisesti asunnottomien ja puutteellisesti asuvien asumisolojen parantamiseen. Kunnan tulee kehittää asunto-oloja alueellaan siten, että sellaiselle asunnottomaksi joutuneelle kunnan jäsenelle, joka ei ilman kohtuuttomia vaikeuksia kykene asuntoa oma-toimisesti hankkimaan, voidaan järjestää kohtuulliset asumisolot. Erityisryhmien itsestä asumista tulee edistää asumisen tukipalveluita kehittämällä.

Keskeiset toimenpiteet

- Kaupungit, kunnat, yleishyödylliset vuokranantajat, asunto-alan palveluntuottajat ja järjestöt kehittävät erilaisten väestöryhmien asunto-olojen parantamiseksi uusia asuntojen tuottamis- ja rahoitusmalleja. Valtio lisää panostustaan erityisasuntojen rahoituksessa sekä asumistuessa ja turvaa yhteistyössä kuntien kanssa vaikeimmassa asemassa olevien kansalaisryhmien asuttamisen ihmisarvoisiin asuntoihin. Vuonna 2007 valtio osoittaa erityisessä tarpeessa olevien ryhmien asunto-olojen kehittämiseen 45 milj. euroa.

2.2.5 Koulutus- ja nuorisopolitiikka

Strategiset tavoitteet

- oppilashuollon ennalta ehkäisevät osiot vahvistuvat
- oppilaiden siirtyminen peruskoulusta ammatilliseen koulutukseen tehostuu ja nopeutuu
- koulutuksen keskeyttäminen vähenee
- tuetaan nuorten kasvua ja itsenäistymistä ja edistetään nuorten aktiivista kansalaisuutta
- kehitetään nuorten sosiaalisen vahvistamisen käytäntöjä sekä parannetaan nuorten kasvu- ja elinoloja.

Koulutusta koskevissa laeissa on oppilas- ja opiskelijahuollosta omat säännöksensä, jotka uudistettiin vuonna 2003 voimaan tulleella lailla. Uusissa säännöksissä säädetään aiempaa täsmällisemmin oppilas- ja opiskelijahuollosta. Oppimiseen liittyvien tavoitteiden rinnalle on kirjattu lasten ja nuorten kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtiminen, kouluyhteisön turvallisuus ja hallintokuntien välinen yhteistyövelvoite. Koulun tehtäväksi määritellään paitsi oppimisen ja opiskelutaitojen edistäminen myös osaltaan lasten ja nuorten hyvinvoinnista huolehtiminen ja heidän ohjaamisensa elämän valinnoissa.

Mainittujen uudistusten lisäksi kouluhyvinvoinnin lisäämiseen ja syrjäytymisen ehkäisyyn tarvitaan aikaisempaa tehokkaampia keinoja. Opetusministeriö on käynnistänyt toimenpidekokonaisuuden, jonka painopiste on perusopetuksessa ja toisen asteen nivelvaiheen kehittämisessä. Kouluhyvinvointia edistävän pitkäkestoisen toimenpidekokonaisuuden tavoitteena on koulun kehittäminen lasten ja nuorten hyvinvointia edistäväksi yhteisöksi sekä varhaisen puuttumisen ja ennalta ehkäisevän toiminnan lisääminen.

Koulutuksen keskeyttäminen on syrjäytymisriskiä kasvattava tekijä. Keskeyttäminen on suurinta opintojen alkuvaiheessa. Ammatillinen koulutus keskeytetään useimmin epäonnistuneen koulutusvalinnan tai oppimis- ja opiskeluvaikeuksien vuoksi. Ammatillisen

koulutuksen keskeyttäminen on vähentynyt tasaisesti niiden kolmen vuoden aikana, jolloin keskeyttämisää on tilastoitu. Vuonna 2004 ammatillisen peruskoulutuksen opiskelijoista noin 9,6 prosenttia keskeytti kokonaan opintonsa. Koulutussektoria vaihtoi noin prosentti opiskelijoista.

Nuorisopolitiikan kehittäminen eri hallinnonalojen yhteistyönä parantaa nuorten kasvu- ja elinoloihin vaikuttavien päätösten sovittamista yhteen ja niiden toimeenpanoa. Sosiaalista vahvistamista tarvitsevien nuorten syrjäytymisen ja köyhyyden torjuntaan kokonaisvaltainen nuorisopolitiikka tarjoaa toimivan välineen. Tavoite on, että päätöksenteossa otetaan huomioon nuoret omana ryhmänään ja että ehkäistään nuorten eriarvoistumista oman sukupolvensa sisällä ja suhteessa muihin sukupolviin.

Keskeiset toimenpiteet

- Opintojen keskeyttämisen vähentämiseen tähtääviä toimenpiteitä on toteutettu laajasti. Toimenpiteitä ovat olleet muun muassa opinto-ohjaus ja erilaiset opiskelijoiden tuki- ja neuvontapalvelut erityisesti opintojen alkuvaiheessa sekä ammatillisten oppilaitosten keskeyttämisen vähentämiseen liittyvät kehittämishankkeet.
- Ammatilliseen koulutukseen ohjaava ja valmistava koulutus käynnistetään kokeiluna vuonna 2006. Koulutuksen tavoitteena on perusopetuksesta ammatilliseen koulutukseen siirtymiskynnyksen madaltaminen ja ammatillisen koulutuksen keskeyttämisen vähentäminen.
- Ammatilliseen koulutukseen sisältyvä 20 opintoviikon mittainen työssä oppiminen lisää opintojen työelämäläheisyyttä ja opiskelijoiden opiskelumotivaatiota ja vähentää siten osaltaan myös opintojen keskeyttämistä.
- Kouluhyvinvoinnin tueksi käynnistetään laaja valtakunnallinen toimenpidetkokonaisuus, johon on valtion vuoden 2007 budjetissa esitetty kohdennettavaksi 8 miljoonaa euroa.
- Uusi nuorisolaki tuli voimaan 1.3.2006. Lakiin sisältyy mm. tavoite nuorten sosiaalisesta vahvistamisesta, mikä tarkoittaa nuorille suunnattuja toimenpiteitä elämäntaitojen parantamiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Opetusministeriö valmistelee valtakunnallisen nuorisopolitiikan kehittämissuunnitelman yhteistyössä asianosaisten muiden ministeriöiden kanssa; valmistelussa kuullaan myös nuorisotyön ja -politiikan keskeisiä tahoja.

2.3 Erityisiä toimenpiteitä tarvitsevat riskiryhmät

- **Pitkäaikaistyöttömät**

Pitkäaikaistyöttömien työllistymiseen liittyy koulutuksen, työmarkkinavalmiuksien kehittämisen ja kuntoutuksen tiivis yhteistyö. Lisäksi ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien työllistymisen esteenä olevien terveysongelmien joustava selvittäminen ja kuntoutus työelämään sekä vammaisten työllistymisedellytysten parantaminen auttavat näiden ryhmien työllistymistä. Kaikki pitkään työttömänä olleet eivät työllisty avoimille työmarkkinoille, ainakaan pysyvästi. Silti työttömien osallisuus yhteiskunnassa turvataan. Pitkäaikaistyöttömien asemaa helpotetaan kehittämällä ja kokeilemalla ns. sosiaalisen työllistämisen ja välityömarkkinoiden malleja. Verotusta, tulonsiirtoja ja palveluja sovitaan yhteen rakenteellisen työttömyyden vähentämiseksi, jotta mahdollisimman moni voisi työllistyä.

Pitkäaikaistyöttömät voidaan ryhmitellä sen mukaan, kuinka mahdollisena työllistymistä avoimille työmarkkinoille voidaan pitää ja kuinka voimakasta tukea henkilö tarvitsee työllistyäkseen.

- 1) Henkilöt, joiden työkyky on vakaa ja jotka kykenisivät säännölliseen palkkatyöhön, kuitenkin siten, että työssä huomioidaan henkilön alentunut tuottavuus. He tarvitsevat työelämävalmennusta ja palkkatuetun työpaikan.
- 2) Henkilöt, joiden kuntoutuminen ja työkyvyn palautuminen on todennäköistä. Kuntouttamisen tarkoituksena ja tavoitteena on asiakkaan valmistaminen suoraan normaaliin työsuhteeseen tai työhallinnon ensisijaisten toimenpiteiden piiriin.
- 3) Henkilöt, jotka ajoittain kykenevät hyviinkin työsuorituksiin, mutta ovat kykenemättömiä osallistumaan säännölliseen palkkatyöhön avoimilla työmarkkinoilla, esim. mielenterveys- ja päihdekuntoutujat. Mielenterveyskuntoutujilla on mahdollisuus päästä sairauspäivärahalle, mutta päihdeongelmaisen tilanne on vaikea. Mielenterveyskuntoutujien työkokeiluun pääsy on hidasta, ja myös kielteiset asenteet estävät yrityksiä ottamasta työkokeilijoita toimenpiteisiin yrityksiinsä. Päihdeongelmaiset pitkäaikaistyöttömät eivät saa kunnilta riittävästi sitoumuksia hoitoonohjaukseen, ja omilla rahoillaan alkoholisti ei pysty hakeutumaan hoitoon.
- 4) Henkilöt, jotka eivät lainkaan kykene työluonteiseen toimintaan. Elämänhallinnan kannalta näille henkilöille on välttämätöntä, että on paikka minne tulla ja olla osana yhteisöä. Heidän elämässään, niin kuin ehkä osittain muillakin, on mukana päihdeiden liikakäyttöä, usein perheen tai läheisten menettämisistä ja hoitamattomia traumoja ja syyllisyyttä.

Sosiaalihuollon ja työvoimahallinnon yhteistyöllä tartutaan tehokkaimmin pitkäaikais-työttömyyden syihin ja työllistymisen esteiden poistamiseen.

- **Syrjäytymisvaarassa** ovat lapsiperheet ja nuoret

Jotta lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnista voidaan huolehtia, heidän elämäntilannettaan on tarkasteltava kokonaisuutena. Hyvinvoinnin kaikki psykososiaaliset ja terveydelliset näkökohdat on otettava huomioon. Ehkäisevällä työllä tuetaan mahdollisuutta siirtyä onnistuneesti elämänvaiheesta toiseen.

Nuorten kykyä huolehtia terveydestään, sosiaalisesta hyvinvoinnistaan sekä muusta elämäntilannastaan tuetaan yhteistyössä nuoren kasvuympäristön eri tahojen, kuten kodin, koulun, sosiaali- ja terveyspalvelujen, liikunta- ja nuorisotoimen, järjestöjen ja median kesken. Tavoitteena on syrjäytymisen ehkäisemiseksi terveellisen ja päihteettömän elämäntavan edistäminen sekä nuorten aktiivinen osallistuminen yhteiskunnan toimintaan ja koulutukseen. Jo alkaneeseen syrjäytymiseen puututaan aktiivisesti ja se katkaistaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Onnistunut peruskouluvaihe, sijoittuminen ammatilliseen koulutukseen ja koulutuksen läpäiseminen turvataan.

- **Asunnottomat**

Keskeiset asunnottomuutta ehkäisevät toimenpiteet ovat kohtuuhintaisten asuntojen tarjonnan turvaaminen, toimiva palvelujärjestelmä, riittävä asumistuki ja riittävä toimeentulo.

Hallitusohjelmassa asetettiin tavoitteeksi poistaa asunnottomuus muun muassa toimeenpanemalla valtion sekä Helsingin, Espoon ja Vantaan välistä asunnottomuuden vähentämisen toimenpideohjelmaa (2002–2005). Tavoitteeksi asetettiin tuhannen uuden asunnon rakentaminen ja hankinta vuosittain ohjelmakaudella 2002–2005 sekä tarvittavien tuki- ja asumispalvelujen turvaaminen. Voidaan arvioida, että ohjelman käynnistymisen jälkeen lisäasuntoja on sekä rakennettu että hankittu ja vireillä on yhteensä runsaan 3 000 asunnon saaminen pääasiassa sosiaalihuollon käyttöön. Neljän tuhannen asunnon tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan siten vielä lisähankkeita noin 1 000 asunnon verran.

Kohtuuhintaisten vuokra-asuntojen tarjonta kotoaan irtautuville nuorille, opiskelijoille, pienituloisille ja muille vastaavassa asemassa oleville erityisryhmien asunnontarvitsijoille vähentää asunnottomuuden riskiä. Tämän lisäksi Suomessa on 1980-luvun lopulta lähtien otettu käyttöön asuntoa vailla olleille sosiaalihuollon asiakkaille ja asunnottomille tarkoitettu, julkisen vallan tuella rakennettu kohtuuhintaisten vuokra-asuntojen hankintajärjestelmä, johon on kytketty sosiaali- ja terveysviranomaisten ja kolmannen sektorin tuki- ja asumispalvelut. Tällaisia sosiaalihuollon palvelu- ja tukiasuntoja on tällä hetkellä palvelujärjestelmässä noin 50 000 – 60 000. Sosiaalihuollon asuntokannan kasvu jatkuu nopeana.

Asunnottomuuden kitkemiseksi on luotu useita työmuotoja, joita käytetään asunnottomien lisäksi muidenkin vaikeimmassa asemassa olevien tilanteen parantamiseksi. Tällaisia työmuotoja ovat mm. asumisneuvonta (häättöjen ehkäisy), talous- ja velkaneuvonta (vuokra- ja muiden velkojen hallinta), päihde- ja mielenterveystyö (riippuvuuden ja häiriötilanteiden hallinta), yksilöllisten polkujen rakentaminen (laitoksista arkielämään sopeutuminen), kriisitilanteiden hallinta ja sovittelutyö (miesten kriisikeskukset ja ensija turvakodit). Tätä työtä tekevät kunnat, sosiaalialan järjestöt ja säätiöt sekä lisääntyvässä määrin myös palveluyritykset. Edellä mainitun lisäksi suurimmat kaupungit organisoivat erityisiä asunnottomien palveluja kuten ensisuoajat, päiväkeskukset, tukiasunnot, tukikodit ja itsenäiseen asumiseen tarkoitettut pienasunnot.

Keskeinen rooli vähentämishojelman toteuttamisessa on ollut Raha-automaattiyhdistyksellä, joka on osoittanut yleishyödyllisille säätiöille ja järjestöille toimenpide-ohjelman toteuttamiseen vuosina 2002–2005 yhteensä noin 37 miljoonaa euroa. Pitkällä aikavälillä asunnottomuuden vähentäminen ja asteittainen poistaminen edellyttävät useita samanaikaisia ja toisiaan tukevia toimenpiteitä. Asunnottomien määrä on kääntynyt laskuun (ks. liitetaulukko).

- **Pitkäaikaissairaat** ja vammaiset

Pitkäaikaissairaiden ja vammaisten asemaa käsitellään osassa 4.

- **Päihdeongelmaiset**

Alkoholin kulutuksen voimakas kasvu alkoholiveron alentamisen myötä on lisännyt päihdehaittoja ja palvelujen tarvetta. Alkoholipolitiikan tavoitteena on valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti vähentää merkittävästi alkoholin käytön aiheuttamia haittoja lasten ja perheiden hyvinvoinnille sekä kääntää alkoholijuomien kokonaiskulutus laskuun.

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. Alkoholijuomien vähittäismyyntimonopoli säilytetään, jotta alkoholin saatavuutta voidaan hallita.

- **Ylivelkaantuneet**

Toimeentulovaikeuksissa olevien asemaa parannetaan sosiaalista luototusta hyväksi käyttäen (ks. aiemmat suunnitelmat ja hyvät käytänteet). Velkaneuvontaa kehittämällä sekä laajentamalla edistetään kestävien ja nopeiden ratkaisujen saamista ylivelkaongelmiin. Velkaongelmia vähennetään ja ehkäistään tehokkaan talousneuvonnan avulla.

- **Rangaistavaan** tekoon syyllyneet

Rangaistusten täytäntöönpanoa kehitettäessä toiminnan keskeiseksi tavoitteeksi otetaan uusintarikollisuuden vähentäminen. Vankeusrangaistuksen täytäntöönpanoa koskeva lainsäädäntö uudistetaan siten, että kullekin tuomitulle laaditaan yksilöllinen rangaistuksen aikainen ja onnistunutta vapauttamista tukeva suunnitelma. Tuomittujen yhteiskuntaan sijoittumista ja heidän mahdollisuuksiaan rikoksettomaan elämään tuetaan.

Väkivallan tunnistamista ja varhaista puuttumista sen syihin tehostetaan. Erityisenä haasteena ovat lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäiseminen ja sukupolvelta toiselle siirtyvän väkivaltaisen käyttäytymisen kierteen katkaiseminen.

- **Syrjäytymisvaarassa** olevat maahanmuuttajat

Yhteiskuntapolitiikan yleisenä tavoitteena on ehkäistä tehokkaasti kulttuuristen konfliktien kärjistymistä ja edistää etnisten ryhmien osallisuutta. Tavoitteena on tasapainoinen yhteiskunta, jossa hyvinvointi ei ole sidoksissa kulttuuristaan. Sijoittuminen työelämään sekä syrjimättömyys työssä ja koulutuksessa on tärkeää etnisten ryhmien osallisuuden ja maahanmuuttajien kotoutumisen kannalta. Kotoutumisen tärkein edellytys on suomen tai ruotsin kielen oppiminen. Maahanmuuttajien omatoimista selviytymistä tuetaan eri hallinnonalojen toimenpitein. 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.

Riskiryhmiin kohdistuvat keskeiset toimenpiteet

- Pitkäaikaistyöttömien kuntoutusmahdollisuuksien ja eläke-edellytysten selvittämistä jatketaan (ELMA hanke), ks. vuoden 2005 toimeenpanoraportti. Lisäksi jo vuoden 2006 talousarviossa on valtionosuuden perusteena otettu huomioon 1 milj. euron lisäys pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksiin.
- Ns. välityömarkkinoiden avulla parannetaan vaikeasti työllistyvien työttömien työllistymistä. Työvoiman vuokraus yrityksiin otetaan yhtenä työllistymiskynnyksen alentamista helpottavana keinona käyttöön työvoiman palvelukeskuksissa. Kyse on yleishyödyllisestä työvoiman vuokraustoiminnan mallista.
- Työnantajan matalapalkkatuki otettiin käyttöön vuoden 2006 alusta lukien. Tuella tuetaan ikääntyneiden matalapalkkatyöntekijöiden työllistymistä. Lakia väliaikaisesta matalapalkkatuesta sovelletaan tammikuusta 2006 alkaen joulukuuhun 2010 asti. Työntajarekisterissä oleva yritys voi jättää omaaloitteisesti suorittamatta verohallinnolle tukea vastaavan määrän palkoista toimitetuista ennakonpidätyksistä tai peritystä lähdeverosta.

- Nuorten työpajatoiminnan vakinaistamista ja sisällöllistä kehittämistä sekä moniammatillisen verkoston rakentamista jatketaan edelleen. Nuorten työpajatoiminnalle määritellään vähimmäistunnusmerkit vuoden 2006 aikana.
- Kansallisen alkoholiohjelman toimeenpanoa jatketaan valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti. Uusi huumausainelaki saatetaan voimaan. Lain tavoitteena on huumausaineiden laittoman Suomeen tuonnin, Suomesta viennin, valmistuksen, levittämisen ja käytön ehkäisy. Lisäksi on käynnistetty terveydelle vaarallisten huumaantumistarkoituksessa käytettävien aineiden valvonnan tehostamista kokevan lain valmistelu.
- Vankien jälkihuoltotyöryhmän ehdotusten pohjalta valmisteltiin oikeusministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen Kuntaliiton yhteiset suositukset vankien jälkihuollon kehittämisestä. Suositusten toimeenpano tapahtuu samanaikaisesti uuden vankeuslain voimaansaattamisen ja vankeinhoidon rakenneuudistuksen toimeenpanon kanssa. Suositusten toteutumista seurataan erikseen. Vankeinhoitoon hallitus esittää 3,5 miljoonan euroa määrärahalisäystä vuodeksi 2007.
- Ylivelkaantuneiden auttamiseksi on toteutettu monia lainsäädäntötoimia, joilla ehkäistään vaikeiden velkaongelmien syntyä: talous- ja velkaneuvonnan kehittämiseksi on tehty esityksiä, sovintomenettelyä on kevennetty, takausta koskeva lainsäädäntö on uudistettu, viivästyskorkoa koskevia säännöksiä on tarkistettu ja perintälakia on uudistettu. Valtioneuvosto on huhtikuussa 2006 hyväksynyt hallituksen esityksen velkajärjestelylain muuttamisesta niin, että velallisen velvollisuutta maksaa velkojaan maksuohjelman aikana saamallaan lisätuloilla lievennetään. Ulosottolain uudistukset ovat jatkovalmistelussa. Ulosottolain viimeisen osauudistuksen yhteydessä on ehdotettu, että saatava, jota koskevan ulosottooperusteen määräaika on päättynyt, vanhentuisi lopullisesti. Hallituksen esitys on tarkoitus antaa vuonna 2006.
- Ympäristöministeriö koordinoi asunnottomuuden vähentämistä koskevaa työtä valtakunnallisesti sekä pääkaupunkiseudulla edistämällä erityisesti pienten vuokra-asuntojen tarjontaa, ohjaamalla erityisryhmien investointiavustuksia asunnottomien hankkeille sekä tukemalla hallituksen asuntopoliittisen ohjelman mukaisesti vaikeimmassa asemassa olevien erityisryhmien asumisen uusien toimintamallien kehittämistä. Raha-automaattiyhdistys osoittaa kilpailusäädösten rajoissa vuosina 2006-2007 investointi-, toimintaja projektiaavustuksia asunnottomien tukiasumiseen ja vuokra-asuntojen hankintaan asunnottomille. Pääkaupunkiseudun kaupungit ovat laatineet sosiaalihuollolle seudullisen asunnottomien asumispalveluiden kehittämissuunnitelman vuosiksi 2005–2007. Suunnitelman mukaisesti seudulla on STM:n hankerahoituksella käynnistetty kehittämissyhteistyöverkosto, jonka keskeisiä toimijoita ovat kaupunkien lisäksi mm. pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus sekä asunnottomille asumis- ja tukipalveluita tarjoavat järjestöt ja yritykset. Valtiovallan edustajina verkoston työhön osallistuvat ympäristöministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö ja raha-automaattiyhdistys. Pääkaupunkiseudun kaupungit laativat yhdessä Stakes:n kanssa vuoden 2006

aikana pääkaupunkiseudun ensisuojiin, asuntoloiden ja yömajojen asuttavuutta ja asumispalveluja koskevat laatusuosituksella. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa oman hallinnon alansa kehittämistoimista asuntoa vailla olevien palveluntarvitsijoiden asumisen ja palveluiden turvaamiseksi.

- EU:n rakennerahastovaroin tuetaan paikallisia ja valtakunnallisia hankkeita erityisesti työelämästä syrjäytymisen torjumiseksi.

2.4 Hyvä hallinnointitapa

Suunnitelman valmistelu

Suunnitelma on valmisteltu yhteistyössä eri ministeriöiden, köyhiä ja syrjäytyneitä edustavien järjestöjen, työmarkkinaosapuolten, tutkimuslaitosten, paikallishallinnon edustajien sekä Suomen evankelisluterilaisen kirkon yhteiskunnallisesta työstä vastaavien kanssa. Sosiaalisen suojelun avoimen koordinaation menetelmän prosessien virtaviivaistaminen on tiivistänyt hallintokuntien välistä yhteistyötä ja koordinaatiota. Suunnitelmaa on käsitelty sosiaaliosioita valmisteleavassa EU-jaostossa sekä sosiaali- ja terveysministeriön johtoryhmässä. Erillinen kuulemistilaisuus on järjestetty köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisessa työssä mukana olleille tahoille.

Politiikan koordinaatio

Laajapohjainen asiain valmistelu on Suomessa jo pitkään jatkunut perinne. Valtion, kuntien ja työmarkkinajärjestöjen yhteistyö on ollut tiivistä pohjustettaessa talous-, työllisyys ja sosiaalipoliittisia ratkaisuja. Työmarkkinaosapuolet ovat valmiita vastuullisesti kantamaan oman osuutensa pyrittäessä korkeaan työllisyyteen ja vakaaseen talouden kehitykseen. Työmarkkinaosapuolet tähtäävät työmarkkinasopimuksissaan ratkaisuihin, jotka parantavat työllisyyttä ja edesauttavat työssä pysymistä sekä työssä jaksamista ehkäisten syrjäytymisuhkaa. Kansalaisjärjestöjen rooli on vahvistunut erityisesti sosiaali- ja terveystieteellisissä kysymyksissä.

Köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisyyn vaikuttavien toimenpiteiden valmistelu etenee yhteistyössä eri aloilla. Kansallisen strategiaraportin laatimisen tarkoitus Suomessa on koota yhteen eri puolilla tapahtuva työ. Avoimen koordinaation menetelmä ei ole ainoa yhteistyöfoorumi köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisessa toiminnassa. Menestyksellisen yhteistyön edellyttää keskinäistä luottamusta kaikkien osapuolten kesken.

Toimijoiden mobilisointi ja osallisuus

Köyhyyttä kokevien päätöksentekoon vaikuttamisen lähtökohta on toimiva demokraattinen järjestelmä, oikeuslaitos sekä hyvä hallinto, joka kuulee kansalaista. Suurin osa köyhien väestöryhmien asemaan suoraan vaikuttavista päätöksistä tehdään paikallisella

tasolla. Kunnallinen demokratia ja aloite-oikeus tukevat Suomessa paikallista vaikuttamista. Hallinnon tulee toimia lähellä kansalaisia ja olla tietoinen eri väestöryhmien tilanteesta. Suomessa hallintolaki säätelee hyvän hallinnon periaatteita. On tärkeä taata, että kansalaisen kääntyminen hallintoviranomaisen puoleen on mahdollisimman vaivatonta. Kansalaisten oikeuksien toteutumista valvovat erityiset viranomaiset, kuten kuntien palkkaamat sosiaaliamiehet.

Järjestöt ovat osa kansalaisyhteiskuntaa, joka on toimivien demokraattisten yhteiskuntien keskeinen tekijä. Kansalaisjärjestöt toimivat sosiaalisen koheesion rakentajina ja arvojen vaalijoina. Järjestöt ovat sosiaalisen pääoman kartuttajia ja yhteiskunnallisen kehityksen suuntaan vaikuttajia. Aktiivinen kansalaisuus ja osallisuus rakentuvat myös järjestöissä toimimalla ja oppimalla. Niiden toiminta ehkäisee ongelmien syntymistä ja syvenemistä sekä tukee ihmisten arjessa selviytymistä. Järjestöt tavoittavat usein ihmisiä, jotka jäisivät muuten yksin ja tuetta monine ongelmineen.

Järjestöjen tarjoamilla palveluilla sekä julkisen ja järjestöjen kumppanuudella on pitkät perinteet Suomessa. Toiminnalla on tärkeä merkitys myös köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisemisen ja syrjäytyneiden ihmisten yhteisöön kiinnittymisen sekä osallistumismahdollisuuksien kannalta. Esimerkiksi lastensuojelun, päihdehuollon, vammaispalveluiden, vanhustenhuollon ja kuntoutuksen alueilla järjestöillä on ollut erittäin merkittävä tehtävä vastata erityisiin tarpeisiin. Aloilla, joilla järjestöt toimivat tuen ja palveluiden tarjoajina, ei ole usein muita toimijoita, ja alan erityisosaaminen on kehittynyt järjestöissä.

Sosiaali- ja terveysministeriön kansalaisjärjestötoiminnan strategiassa korostetaan, että järjestöjen palvelutuotannolla on lisäarvoa suhteessa muihin palveluntuottajiin. Lisäarvoa tuo toiminnan luotettavuus, joka perustuu järjestöjen vahvaan, sitoutuneeseen ja kestäväan arvopohjaan. Järjestöt toimivat pitkäjänteisesti. Ne rakentavat omalta osaltaan kansallisen köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen toimintaohjelman yhteyttä paikalliselle tasolle yhteistyössä kuntien kanssa sekä muodostavat köyhien ja syrjäytyneiden ihmisten tarpeiden esille tuomisen foorumeita.

Suomen evankelisluterilaisen kirkon diakonialla ja yhteiskuntatyöllä on vuosittain noin 800 000 asiakaskontaktia. Toiminnalla ehkäistään köyhyyttä ja syrjäytymistä konkreettisin toimin perustehtävänä lievittää ja poistaa hätää sekä kärsimystä. Esimerkkinä kirkon toiminnasta ovat ratkaisut ylivoimaisiin velkakysymyksiin ja työttömien oikeuksiin. Ylivelkatilanteessa hyviä tuloksia on saavutettu vapaaehtoisella sovintomenettelyllä, parantamalla verkostoitumista eri auttajatahojen kanssa sekä vertaistoiminnan tukemisella. Työttömien oikeuksien parantamiseksi kirkko on pyrkinyt vaikuttamaan työttömien tilanteeseen, kuten työttömyysturvan ehtoihin sekä pyrkinyt lieventämään työttömyyden aiheuttamaa psyykkistä kuormaa korostamalla ihmisten arvostamista. Mielenterveyskysymykset ovat nousseet yhä useammin muiden ongelmien rinnalla syrjäytymisriskiä lisääväksi tekijäksi.

Eri toimijoiden välisestä yhteisyydestä esimerkkinä ovat sosiaalialan kehittämishankkeen osahankkeet, alkoholiohjelma ja asunnottomuuden vähentämishankkeet. Alkoholiohjelman toteuttamisessa on tällä hetkellä mukana 153 kumppania, muun muassa järjestöjä, kuntia, kirkkoja, työmarkkinakentän ja elinkeinoelämän edustajia. Asunnottomuusohjelman toteuttamisessa on ollut mukana 16 yleishyödyllistä järjestöä ja säätiötä, jotka ovat kiinteistöjen rakennuttajia ja omistajia, mielenterveys-, päihde- ja vankeinhoitoon palveluntuottajia sekä asunnottomien miesten ja naisten, prostituoitujen sekä vankilasta vapautuvien etujärjestöjä.

Valtavirtaistaminen

Syrjäytymisen ja köyhyyden ehkäisemiseen tähtäävän politiikan kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että tavoitteet ja toimenpiteet ovat yhdensuuntaisia Lissabonin prosessin kansallisen reformiohjelman kanssa. Kansallisen reformiohjelman laajapohjainen valmistelu takaa sen, että myös köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisy nousee esiin talous- ja työllisyyspolitiikassa.

Politiikan seuranta ja arviointi

Köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen toiminnan tuloksia arvioidaan erikseen syksyllä järjestettävässä tilaisuudessa, johon mennessä päivitetty tilastotiedot köyhyydestä ja syrjäytymisestä tapahtuneista muutoksista valmistuvat. Harjoitetun politiikan arvioinnissa pyritään käyttämään myös saatavilla olevia laadullisia kuvauksia suomalaisten hyvinvoinnin kehityksestä. Köyhyyden ja syrjäytymisen kehitystä arvioidaan hallitusohjelman seurannan yhteydessä sekä eri hallinnonalojen vuosittaisissa kertomuksissa. Tilastoviranomaiset julkaisevat säännöllisesti tietoa kansalaisten elinoloissa, hyvinvoinnissa ja köyhyydessä tapahtuneista muutoksista. Myös järjestöt julkaisevat säännöllisesti ihmisten hyvinvoinnin kehitystä kuvaavia selvityksiä. Tutkimuslaitoksilla on merkittävä rooli köyhyyteen ja syrjäytymiseen liittyvien ilmiöiden taustatiedon tuottamisessa. Kaikkea ajankohtaista saatavilla olevaa tietoa käytetään hyväksi poliittisen päätöksenteon valmistelussa sekä vuotuisessa köyhyyden ja syrjäytymisen kehityksen arviointitilaisuudessa.

Liite 2.1 Hyvät käytänteet

TYÖVOIMAN PALVELUKESKUS -MALLI

Good Practice Examples: Suggested Form

Name of Policy/Project	Member State
Työvoiman palvelukeskus -malli	Suomi
End Purpose of the Initiative	
<p>Rakenteellisen työttömyyden alentaminen ja työllisyysasteen nostaminen. Turvataan kaikkien työvoimareservien käyttäminen ennustetussa työmarkkinatilanteessa, jossa työmarkkinoille tulevat ikäluokat eivät riitä korvaamaan työmarkkinoilta poistuvia ikäluokkia. On osa julkisen työvoimapalvelun palvelurakenteen uudistusta, jossa vaikeasti työllistyvien palvelut eriytetään kokoamalla palvelut ja resurssit työvoiman palvelukeskuksiin.</p>	
Main Results	
<p>Työvoiman palvelukeskusten toiminnan vaikuttavuudesta tehdään tutkimus vaikutuksista vuosina 2006-2008.</p> <p>Työvoiman palvelukeskusverkoston rakentamista edeltäneen Yhteispalvelukokeilun (v. 2002-2003) seurantatutkimuksen tulokset osoittavat, että asiakkaat osallistuivat työhallinnon työllistämis- ja koulutustoimenpiteisiin jonkin verran useammin kuin työmarkkinatuen saajat yleensä. Tutkimuksen mukaan niistä, joiden asiakkuus oli päätynyt vuoden 2003 loppuun mennessä, oli työllistynyt noin viidennes. Tutkijat pitävät tätä osuutta korkeana, kun otetaan huomioon asiakasrakente. Asiakastyytyväisyysmittausten mukaan asiakkaat ottivat yhteisen palvelun vastaan myönteisesti. Asiakkaat kokivat, että heitä kuunneltiin ja heidän asioistaan oltiin kiinnostuneita, asian käsittelyyn varattiin aikaa ja työntekijöiltä saatiin selkeitä tietoja ja ohjeita</p> <p>Tilastojen mukaan vuonna 2005 työvoiman palvelukeskuksissa oli asiakkaana yhteensä 20 000 työtöntä työnhakijaa, keskimääräinen työttömien määrä kuukaudessa oli noin 10 000. Palvelukeskusten asiakkaat ovat sijoittuneet pääosin palkkatuettuun työhön (mm. järjestöihin), työelämävalmennukseen, ammatillisen kuntoutuksen työkokeiluun ja valmentavaan työvoimakoulutukseen.</p>	

Targeted Beneficiaries	Policy Focus
General Population <input type="checkbox"/> Children <input type="checkbox"/> Single-parent families <input type="checkbox"/> Unemployed <input checked="" type="checkbox"/> Older people <input type="checkbox"/> Young People <input type="checkbox"/> People with disabilities <input type="checkbox"/> Immigrants / Refugees <input type="checkbox"/> Ethnic Minorities <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Specific Illness/disease <input type="checkbox"/> Other [Please specify:] <input type="checkbox"/>	Social Exclusion <input checked="" type="checkbox"/> Healthcare <input type="checkbox"/> Long-term Care <input type="checkbox"/> Governance <input type="checkbox"/> <hr/> Geographical Scope National <input checked="" type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> <hr/> Implementing Body Työvoiman palvelukeskukset ovat alue- ja paikallishallinnon viranomaisten (työvoimatoimisto, kunta ja KELA) moniammatilliseen yhteistyöhön perustuvia palvelupisteitä, joissa asiakkaille tarjotaan tukea elämänhallinnassa ja työnhaussa sekä monipuolisia kuntouttavia ja aktivoivia toimenpiteitä. Työvoiman palvelukeskukset eivät ole itsenäisiä virastoja, vaan yhteistyösopimukseen perustuvia kiinteitä verkosto-organisaatioita, joissa kolmen eri viranomaisen palveluja tarjotaan samoissa toimitiloissa.
Context/Background to the Initiative	
<p>Toteutus valtakunnallinen. Lähtökohtana ei ole ollut aluepoliittisesti tasainen palveluiden tarjoaminen. Työministeriö on myöntänyt rahoituksen työvoiman palvelukeskuksen perustamiseen, jos esitetyllä toiminta-alueella asuu paljon vähintään kaksi vuotta työttömänä olevia asiakkaita ja esitetty toimintamalli täyttää rahoituksen kriteerit. Vuonna 2006 työvoiman palvelukeskusten alueilla asuu noin 77 % niistä työttömistä työnhakijoista, jotka ovat saaneet työmarkkinatukea passiivitukena vähintään 500 päivältä.</p> <p>Työvoiman palvelukeskuksia on edeltänyt kaksivuotinen yhteispalvelukokeilu ja EU:n</p>	

rahoittamat ja kansallisesti rahoitetut projektit. Kokeilun myönteiset tulokset vaikuttivat työvoiman palvelukeskus –verkoston perustamiseen. Verkoston perustaminen ja kehittäminen otettiin osaksi hallitusohjelmaa ja siihen liittyvää poikkihallinnollista työllisyysohjelmaa.

Toimintamallin perustana ovat valtakunnalliset linjaukset sekä paikalliset tarpeet ja olosuhteet. Työvoiman palvelukeskusten perustaminen perustuu alue- ja paikallistasolla osapuolten vapaaehtoiseen sitoutumiseen ja sopimukseen toimintamallista. Kunnat ja työhallinto maksavat yhdessä työvoiman palvelukeskusten toimintaan liittyvät kustannukset. Valtion talousarviossa on varattu työhallinnolle työvoiman palvelukeskusten hallintokuluihin vuositasolla 16 milj. euroa. Kunnat ja KELA eivät ole saaneet lisäresursseja valtion taholta. KELA vastaa omista kustannuksistaan.

Vuonna 2006, jolloin verkosto on valmiina, toiminnassa on 38 työvoiman palvelukeskusta. Palvelukeskuksia on 66 työvoimatoimiston alueella eli yli 40 % työvoimatoimistoista on mukana toiminnassa. Mukana on 162 kuntaa. Työvoiman palvelukeskuksia on eri puolilla Suomea

Details of the Initiative

1. Specific Objectives

Työvoiman palvelukeskus –toiminnan valtakunnalliset tavoitteet ovat : 1) rakenteellisen työttömyyden vähentäminen; 2) työttömyyden perusteella maksettavien toimeentulotukimenojen ja työmarkkinatuen vähentäminen; 3) aktiivointiasteen ja työmarkkinatuen aktiiviosuuden nostaminen; ja 4) asiakkaiden työ- ja toimintakyvyn sekä aktiivisen elämän ja osallisuuden lisääntyminen

2. How did the initiative address these objectives?

Valtakunnallinen ohjausryhmä asettanut tavoitteet. Ohjausryhmässä on edustettuina työministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto, Kansaneläkelaitos

3.	<p>What is/was the timescale for implementing the initiative?</p> <p>v. 2004- 2006 verkoston rakentaminen ja toimintamallien kehittäminen. Tämän jälkeen toiminta jatkuu osana normaalipalveluja.</p>
<p>Monitoring and Evaluation</p>	
	<p>How is/was the project monitored/evaluated?</p>
	<p>Työministeriön työvoiman palvelukeskuskohtainen tilastoseuranta. Seurantatietoja myös toimeentulotukimenojen kehityksestä kuntatasolla.</p> <p>Tehdään kaksi tutkimusta. Toisessa selvitetään toiminnan vaikuttavuutta. Toisessa toimintatutkimuksen avulla kehitetään mm. moniammatillista palvelua.</p>
<p>Outcomes</p>	
1.	<p>To what extent have the objectives been met?</p>
	<p>Työvoiman palvelukeskuksissa on tyypillistä eri hallinnonalojen palveluiden yhdistäminen palvelukokonaisuuksiksi, jolloin asiakkaan osallistuminen tukitoimiin muodostuu keskimääräistä pitempikestoiseksi. Monesti yksilökohtaiset tavoitteet koostuvat monista osatavoitteista. Palvelukokonaisuudet voidaan rakentaa siten, että aloitetaan terveydentilan kartoituksella, lääkinnällisellä kuntoutuksella ja ammatillisella kuntoutuksella ja sosiaalitoimen aktiivivilla toimilla. Tämän jälkeen voidaan tarjota joko työvoimapolitiittisia aktiivitoimia kuten työelämävalmennusta tai palkkatuettua työtä tai mahdollisesti ohjata asiakas koulutukseen.</p> <p>Tavoitteiden saavuttamista edistetään moniammatillisella palvelulla. Suuremmissa työvoiman palvelukeskuksissa moniammatillinen palvelu rakentuu monipuolisen asiantuntemuksen varaan. Palvelukeskuksissa asiantuntijapalveluita tarjoavat mm. terveydenhoitajat, lääkärit, kuntoutuspsykologit, sosiaalityöntekijät, sosiaaliohjaajat, velkaneuvojat, päihdetyöntekijät, nuori-</p>

	<p>sotyöntekijät, kuntouttavan työtoiminnan ohjaajat, koulutusneuvojat, ammatinvalintapsykologit, urasuunnittelijat, yksilövalmentajat, työvoimaneuvojat ja työvoimaohjaajat. Pienemmissä toimipisteissä tarjolla on vain työhallinnon ja sosiaalitoimen palveluita ja asiakkaat ohjataan tarvittaessa peruspalveluihin.</p> <p>Palvelukeskuksien resurssit on pyritty mitoittamaan siten, että tavoitteet saavutetaan. Palvelukeskuksissa työskentelee yhteensä noin 600 kokoaikaista virkailijaa, josta työhallinnon osuus on noin 320 virkailijaa</p>
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<p>Yhteispalvelukokeilun tulokset osoittivat, että moniammatillinen työote, asiakkaiden rakenne ja toimiminen hallinnollisesti eri viranomaisten alaisuudessa asettaa haasteita. Työvoiman palvelukeskusten toimintaan liittyy kehittämishaasteita, jotka johtuvat monisektorisen toiminnan järjestämisestä ja asiakkaiden suuresta määrästä sekä asiakkaiden työllistymisen 'polkujen' rakentamisesta. Yksi kehittämisaalue on ylisektoristen toiminnan johtamiseen liittyvät erityiskysymykset. Tärkeää on, että palvelu kohdentuu oikealle asiakasryhmälle eli niille, joiden työkykyisyyttä ja työmarkkinavalmiuksia on arvioitava laaja-alaisesti ja jotka tarvitsevat työvoimapalvelujen rinnalla sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluita. Työllistyminen edellyttää, että asiakkaat saavat myös muita palveluita esim. sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluita. Toiminta vaatii myös erilaisten yhteistyökumppaneiden osallistumista ja ostopalvelutoiminnan kehittämistä. Avainkysymys on työvoiman kysyntä, joten yhteistyö elinkeinoelämän kanssa on kehittämiskohteena.</p>
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<p>Asioiden käsittely valtakunnallisessa ohjausryhmässä. Järjestetty koulutustilaisuuksia ja työkokouksia. Tutkimus, jossa keskitytään moniammatillisen toiminnan järjestämisen problematiikkaan toimintatutkimuksen keinoin tukee em. toimintariskien poistamista.</p> <p>Paikalliset ohjausryhmät käsittelevät ja linjaavat esim. asiakkaiden ohjaamisen palveluihin.</p>

4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	<p>Asiakkaat palvelukeskuksiin ohjataan pääasiassa työvoimatoimistosta ja kunnan sosiaalitoimesta tehdyn palvelutarvearvion perusteella. Työvoimatoimistosta palvelukeskukseen ohjataan asiakkaita, joiden työllistymistä ei voida edistää yksinomaan työhallinnon asiantuntemuksella ja palveluilla, vaan asiakkaan työkykyisyyden ja työmarkkinavalmiuksien selvittämiseen tarvitaan työvoimapalvelujen rinnalla erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluja. Potentiaalisten asiakkaiden määrä on suurempi, kuin työvoiman palvelukeskus voi ottaa vastaan. On linjattava, missä järjestyksessä asiakkaita otetaan vastaan ja mitkä asiakasryhmät ovat ensisijaisesti palvelun piirissä.</p> <p>Toiminta on osoittanut, että moniammatillisen palvelun tarve on ollut arvioitua pitempikestoista. Lisäksi suunnitelmien toteuttamista on vaikeuttanut se, että asiakkaat joutuvat jonottamaan joihinkin palveluihin esim. terveyspalveluihin tai että tarvittavaa palvelua ei ole ollut saatavissa.</p> <p>Arvio moniammatillisen palvelun myönteisestä vastaanotosta on toteutunut; asiakkaat ovat tyytyväisiä 'yhden luukun' palveluun ja saamaansa tukeen.</p>

NUORTEN YHTEISKUNTATAKUU

Good Practice Examples: Suggested Form

Name of Policy/Project		Member State	
Nuorten yhteiskuntatakuu		Finland	
End Purpose of the Initiative			
<p>Hallituksen työllisyysohjelmaan sisältyvän ns. Nuorten yhteiskuntatakuun tavoitteena on nuorten ammatillisen osaamisen ja työelämävalmiuksien kehittäminen, nuorten koulutukseen ja työmarkkinoille sijoittumisen edistäminen, nuorten työttömyyden pitkittymisen ehkäiseminen ja varhainen puuttuminen nuorten syrjäytymiskehitykseen. Työllisyyden hoidon, julkisten palvelujen ja poikkihallinnollisen palveluyhteistyön keinoin tuetaan nuorten koulutusta, hakeutumista koulutukseen ja työllistymistä. Nuorten työttömyyden vähentäminen on yhteinen päätavoite.</p>			
Main Results			
<p>Nuorten työttömyys alentunut: työministeriön tilastojen mukaan vuonna 2005 nuoria työttömiä oli keskimäärin kuukaudessa noin 13% vähemmän verrattuna vuoteen 2004.</p> <p>Nuorten työttömyysaste (Tilastokeskus) v. 2005 lopussa 19,9% ja v. 2004 vastaavana aikana 20,9%.</p> <p>Nuorten työttömyysjaksot ovat lyhentyneet, julkisessa työvoimapalvelussa nuorten kanssa tehdyt työnhakusuunnitelmat lisääntyneet, nuorten työvoimapalveluihin, palveluyhteistyöhön ja aktiivitoimiin kohdennettu resursseja, palveluja nopeutettu ja ja toimintamalleja tehostettu niin työvoimaviranomaisten kuin opetusviranomaisten ja kuntien nuoriso- sekä sosiaalitoimen sektoreilla.</p>			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input checked="" type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input checked="" type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>		

Young People <input checked="" type="checkbox"/> People with disabilities <input type="checkbox"/> Immigrants / Refugees <input type="checkbox"/> Ethnic Minorities <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Specific Illness/disease <input type="checkbox"/> Other [Please specify:] <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="833 277 1455 315">Geographical Scope</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="833 315 1311 389">National</td> <td data-bbox="1311 315 1455 389"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="833 389 1311 463">Regional</td> <td data-bbox="1311 389 1455 463"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <th colspan="2" data-bbox="833 463 1455 501">Implementing Body</th> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="833 501 1455 757"> Päävastuu julkisella työvoimapalvelulla: Työvoimatoimisto, seuranta- ja tuki TE-keskuksen työvoimaosasto, työministeriö </td> </tr> </tbody> </table>	Geographical Scope		National	<input checked="" type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>	Implementing Body		Päävastuu julkisella työvoimapalvelulla: Työvoimatoimisto, seuranta- ja tuki TE-keskuksen työvoimaosasto, työministeriö	
Geographical Scope											
National	<input checked="" type="checkbox"/>										
Regional	<input type="checkbox"/>										
Implementing Body											
Päävastuu julkisella työvoimapalvelulla: Työvoimatoimisto, seuranta- ja tuki TE-keskuksen työvoimaosasto, työministeriö											
Context/Background to the Initiative											
<p>Osa hallitusohjelman työllisyyden politiikkaohjelmaa (poikkihallinnollinen työllisyysohjelma).</p> <p>Työvoimaviranomaisten päävastuulla on nuorten yhteiskuntatakuun toimeenpano. Opetusviranomaisten päävastuulla on koulutustakuun toteuttaminen ja oppilaan- ja opinto-ohjauksen kehittäminen.</p> <p>Opetusministeriön nuoriso-osaston ja nuorten työpajojen ylläpitäjien päävastuulla on nuorten työpajatoiminnan vaikinaistaminen keskeisenä työttömien nuorten aktiivivaihtoehtona.</p> <p>Eri hallintoalojen yhteisvastuulla on palveluyhteistyön tehostaminen nuorten koulutukseen ja työmarkkinoille siirtymisen tukemiseksi.</p>											
Details of the Initiative											
1.	Specific Objectives										
	<p>Nuorten yhteiskuntatakuu koskee työhallinnon vastuualueella pääsosan julkisesta työvoimapalvelusta annetussa laissa määriteltyä nuorta eli alle 25 -vuotiaasta työtöntä työnhakijaa. Yhteiskuntatakuu sisältää työttömän nuoren työvoimapalveluprosessin tehostamisen ja lupauksen siitä, että jokaiselle alle 25 -vuotiaalle työttömänä työnhakijana olevalle nuorelle tarjotaan viimeistään työttömyyden jatkuttua yhdenjaksoisesti kolme kuukautta hänen tilannettaan edistävä aktiivivaihtoehto.</p> <p>Varhainen puuttuminen työttömyyden pitkittymisen ehkäisemiseksi: työttömien nuorten palvelussa arvioidaan palvelutarve heti asiakkuuden alussa, tehdään yksilöity työnhakusuunnitelma ennen kolmen kuukauden työttömyyttä ja tarvittaessa ohjataan muihin palveluihin. Palveluprosessin ja sen tuloksen seuranta keskeinen osa toteutusta (tavoitteena nuoren</p>										

	<p>sijottuminen työhön, aktiiviohjelmiin tai koulutukseen).</p> <p>Nuorten yhteiskuntatakuu osana julkista työvoimapalvelua sisältää lisäksi toimintamallien kehittämistä palveluja organisoimalla ja kohdentamalla resursseja nuorten palveluihin sekä kehittämällä palveluyhteistyötä, esimerkiksi nuorten jatko-opintoihin ohjausta muiden toimijoiden kanssa.</p>
2.	How did the initiative address these objectives?
	<p>Hallitusohjelman osana olevassa työllisyysohjelmassa oli asetettu tavoite:</p> <p>Nuorten siirtymistä koulutukseen ja työmarkkinoille nopeutetaan.</p> <p>Julkisen työvoimapalvelun osalta on tehostettu nuorten työnhaku-, työllistämis- ja ohjauspalvelua sekä poikkihallinnollista palveluyhteistyötä. Työttömien nuorten työnhakijoiden työvoimapalvelun tavoitteena on, että alle 25 -vuotiaille työttömille järjestetään koulutus-, työharjoittelu- tai työpajapaikka 3 kuukauden työttömyyden jälkeen mikäli avoimelle työmarkkinoille sijoittuminen ei tällä ajanjaksolla johda tuloksiin.</p> <p>Työttömät nuoret, joilta puuttuu ammatillinen koulutus, pyritään ohjaamaan soveltuvaan koulutukseen ammattitaidon hankkimiseksi</p>
3.	What is/was the timescale for implementing the initiative?
	<p>Nuorten yhteiskuntatakuu toteutetaan hankkeena vuoden 2005 alusta hallituskauden loppuun (kevät 2007). Jatkossa sisällytetään tehostetun nuorten palvelumallin periaatteet julkisen työvoimapalvelun ja palveluyhteistyön normaalitoimintaan.</p>
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	<p>Työministeriön tilastot Kysely toteutuksesta, vastaajina TE-keskukset Käynnistetään evaluointitutkimus vuonna 2006</p>

Outcomes	
1.	<p>To what extent have the objectives been met? (Työvoimaviranomaisten vastuualueella)</p> <p>Vuonna 2005 keskimäärin kuukaudessa mitattuna nuorten työttömyys väheni koko maan tasolla vajaa 13%. Keskimäärin työttömiä nuoria oli kuukaudessa 30 530. Kehitys oli myönteistä kaikkien TE-keskusten alueilla. Vuonna 2005 nuorten työttömyyden aleneminen oli merkittävää verrattuna työttömyyden laskuun 2004, jolloin nuorten työttömyys väheni yhden prosentin edelliseen vuoteen verrattuna. Alle 25 –vuotiaiden työttömyys on ollut vuoden 2005 tasolla 1990 -luvun alkuvuosina.</p> <p>Jokaiselle alle 25-vuotiaalle nuorelle on laadittava yksilöity työnhakusuunnitelma viimeistään työttömyyden kestänytä yhdenjaksoisesti kolme kuukautta. Nuorten yksilöityjen työnhakusuunnitelmien määrä on lisääntynyt selvästi vuoteen 2004 verrattuna. Niistä nuorista, joiden työttömyysjakso on alkanut vuonna 2005, kolmen kuukauden sisällä yksilöity työnhakusuunnitelma oli tehty 28 %. Alueelliset vaihtelut ovat suuria. Työnhakusuunnitelmien tekemistä tulee lisätä ja asiaan vaikutetaan tulohajauksen keinoin eli se on asetettu vuonna 2006 tulospalkkatavoitteeksi</p> <p>Työvoimatoimistot ovat kehittäneet ja uudelleen organisoineet nuorten palveluja. Vuonna 2005 työvoimatoimistoihin on nimetty nuorten neuvoja ja perustettu nuorten tiimejä. Työvoimatoimistojen sisäistä yhteistyötä nuorten palvelujen järjestämisessä on kehitetty. Moniammatillisia palvelua tarvitsevia nuoria on ohjattu työvoiman palvelukeskuksiin, joista osaan on perustettu nuorille omia tiimejä.</p> <p>Työvoimaosastojen selvitysten perusteella oppilaitosten ja työvoimatoimistojen palveluyhteistyötä on määrätietoisesti ja systemaattisesti pyritty vahvistamaan koko maassa niin alue- kuin paikallistasolla. Yhteistyön laajuus vaihtelee eri alueilla, mikä osittain on perusteltua ottaen huomioon alueitten erilaiset yhteistyötarpeet ja edellytykset. Alueilla, missä yhteistyö perinteisesti on ollut vahvaa, on nuorten yhteiskuntakuun toimeenpano merkinnyt jo toimineiden työmuotojen vahvistamista. Muilla alueilla on lähdetty aktiivisesti rakentamaan verkostoyhteistyön perustaa osittain uudelta pohjalta sekä haettu yhteistyökumppaneita ja yhteistyömalleja, jotka resurssien puitteissa ovat mahdollisia toteuttaa. Tässä työssä on työvoimaosastojen arviointien mukaan edetty ja konkreettisia toimia on toteutettu nuorten yhteiskuntakuun päälinjausten mukaan.</p> <p>TE-keskusten arvion mukaan nuorten työttömyyden vähentyminen johtuu sekä työvoiman kysynnän lisääntymisestä että nuorten yhteiskuntakuun toimeenpanosta. Osa nuorten yhteiskuntakuuseen sisältyvien kehittämissuunnitelmien vaikutuksista näkyy vasta pitemmällä aikavälillä.</p>

	<p>Vuonna 2005 nuorten työttömyysjaksot ovat jonkin verran lyhentyneet ja yhteiskuntatakuun piirissä olevien nuorten määrä on vähentynyt.</p>
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<p>Uudistuksessa ei saatu lisää määrärahoja henkilöresursseihin, joten toimeenpanon tehokkuuteen vaikuttaa mahdollisuus kohdentaa olemassaolevia resursseja uudelleen.</p>
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<p>Työministeriön nuorten yhteiskuntakuun toimeenpanon ohjeitten mukaan kehoitettiin alue- ja paikallishallintoa uudelleenkohdentamaan resursseja nuorten palveluihin sekä kehittämään palvelujen ja palveluyhteistyön toimintamalleja.</p>
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	<p>Aktiivivaihtoehtojen käyttö nuorten työvoimapalveluissa ei lisääntynyt huolimatta tähän tarkoitukseen saaduista lisäresursseista. Nuoret työllistyvät ilman tukitoimia hyvän talouden ja työllisyyden kehityksen johdosta</p>

NATIONAL REPORTS ON STRATEGIES

Good Practice Examples: Suggested Form

Name of Policy/Project	Member State
Sosiaalinen luototus	SUOMI
End Purpose of the Initiative	
<p>Sosiaalinen luototus on sosiaalihuoltoon kuuluvaa luotonantoa, jonka tarkoituksena on ehkäistä taloudellista syrjäytymistä ja ylivelkaantumista sekä edistää henkilön ja perheen itsenäistä suoriutumista. Sosiaalinen luotto voidaan myöntää perustelusta syystä henkilölle, jolla ei ole pienituloisuutensa ja vähävaraisuutensa vuoksi muulla tavoin mahdollisuutta saada kohtuuehtoista luottoa ja jolla on kyky suoriutua luoton takaisinmaksusta.</p> <p>Sosiaalista luototusta kehitettiin kokeilutoimintana (1999-2001). Kokeilussa hankittiin tarkempaa tietoa sosiaalisen luototuksen tarpeesta, kohderyhmistä, sen sosiaalisesta ja taloudellisesta merkityksestä sekä luototuksen liittymisestä luottomarkkinoihin ja sosiaaliturvaan. Lisäksi selvitettiin sosiaalisen luototuksen organisoimista ja rahoitusta. Kokeilun tulosten perusteella päädyttiin antamaan esitys sosiaalisen luototuksen laiksi. Kokeiluun liittyi arviointitutkimus koko kehittämisprosessin aikana ja myös kokeilun päättymisen jälkeen on tehty arviointitutkimus so-siaalisten luottojen takaisinmaksusta. Sosiaalisen luototuksen laki tuli voimaan 1.1.2002. Lailla turvataan se, että kuntien ottaessa sosiaalisen luototuksen käyttöön, järjestelmä on perusteiltaan samanlainen koko maassa. Lain voimaan tulon yhteydessä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta lisättiin sosiaalisen luototuksen järjestämisestä aiheutuviin toimintamenoihin. Lain mukaan kunta voi järjestää sosiaalista luototusta päättämässään laajuudessa. Luototusta järjestäessään kunnan on määriteltävä luoton myöntämisen tarkemmat perusteet ottaen huomioon, mitä laissa on säädetty. Kunta vastaa luottopääomasta ja tappioista. Kunta voi periä luotonsaajalta enintään viitekoron mukaisen koron myöntämästään luotosta, mutta ei muita kuluja</p>	
Main Results	
<p>Sosiaalisilla luotoilla on kyetty saamaan luotonsaajan talous hallintaan, katkaistu velkakierteitä, annettu mahdollisuus kodin hankintoihin kohtuullisilla kustannuksilla, edistetty kuntoutumista ja työllistymistä, turvattu asuminen, autettu ylittämään sosiaalisia kriisejä tai vaiutettua muulla tavoin lutosajana itsenäiseen suoriutumiseen. Luotonsaajan taloudellista tietoutta ja osaamista on vahvistettu antamalla taloudellista neuvontaa ja ohjausta tarvittaessa luoton myöntämisen yhteydessä ja takaisinmaksun aikana</p> <p>Sosiaalisen luototuksen kokeilun aikana kehitetty luotonantomalli toimii hyvin ja sitä käytetään kaikissa kunnissa, jotka ovat ottaneet sosiaalisen luototuksen käyttöön. Pienituloisuudesta ja vähävaraisuudesta riippumatta luotonsaajat ovat kyenneet maksamaan luottonsa hyvin takaisin ja kuntien luottotappiot ovat jääneet vähäisiksi.</p>	

Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input checked="" type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input checked="" type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input checked="" type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
Young People	<input type="checkbox"/>	National	<input checked="" type="checkbox"/>
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>	Kunnat	
Homeless	<input checked="" type="checkbox"/>		
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Context/Background to the Initiative			
<p>Sosiaalinen luototus on osa köyhyyden ja syrjäytymisen strategiaa. Se kehitettiin yhdeksi keinoksi pienituloisille ja vähävaraisille 1990-luvun laman aikana ylivelkaantumisesta ja työttömyydestä aiheutuneiden ongelmien ratkaisemiseen. Pätkätyöt ja epäsäännölliset työsuhteet vaikeuttavat edelleen edellä mainitun kansalaisryhmän taloudellista selviytymistä ja hankintojen tekeminen korkeakorkoisilla osamaksu- tai kulutusluotoilla johtavat helposti ylivelkaantumiseen. Kohtuuehtoisena sosiaalisen luoton vaikutus pitkällä aikavälillä painottuu enenevässä määrin taloudellisten ongelmien ehkäisyyn.</p>			
Details of the Initiative			
1. Specific Objectives			
Ylivelkaantumisen vähentäminen			
Tulotason ja kulutuksen takaaminen			
Lainasaatavuuden parantaminen			
2. How did the initiative address these objectives?			

3.	What is/was the timescale for implementing the initiative?
	1999-2001 eteenpäin
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	Sosiaali- ja terveysministeriö Jatkuva seuranta kuntatilastojen ja seurantatutkimusten - ja selvitysten avulla
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	Sosiaalisen luototuksen käyttöön oton perustuessa kuntien harkintaan sen toimeenpano koko maassa etenee hitaasti, mutta uusia kuntia tulee järjestelmän piiriin vuosittain. Sosiaalinen luototus ei ole varsinaisesti uusi tehtävä kunnalle, vaan se on aikuissosiaalityön yksi työmenetelmänä kuntoutettaessa velkaantuneita ja usein myös pitkäaikaisesti työttöminä olleita toimeentulotuen saajia. Nuorten velkaongelmien varhaisen puuttumisen menetelmänä sosiaalinen luototus on myös edesauttanut nuorten mahdollisuutta koulutukseen, asunnon saamiseen ja työllistymiseen.
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	-

3.	How were these obstacles and risks addressed? -
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?

NATIONAL REPORTS ON STRATEGIES
Good Practice Examples: Suggested Form

Name of Policy/Project		Member State	
Romaniasiaain neuvottelukunta		Suomi	
End Purpose of the Initiative			
<p>Vuonna 1956 perustettu Romaniasiaain neuvottelukunta toimii julkisoikeudellisen säännösten ja neuvottelukunnalle asetuksella määrättyjen neuvoa-antavien tehtävien ja aloiteoikeuden mukaan. Neuvottelukunta on toiminut perustamisestaan lähtien sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä.</p>			
Main Results			
<p>Neuvottelukunnan toimintaan ei ole kuulunut toteuttaa itse kansallisia tai kansainvälisiä projekteja. Se on sen sijaan pyrkinyt vaikuttamaan siihen, että eri hallintojen alaiset politiikka- ja muut ohjelmat ottavat myös romanit huomioon. Vastaavasti sen tehtävänä on tiedottaa eteenpäin ohjelmista, hankerahoituksesta, jne. Alueelliset romaniasiaain neuvottelukunnat, EU-, valtionapurahoitteiset- ja muut projektit ovatkin toteuttaneet paikallisella tasolla mm. romanien ammatillista koulutusta ja työllistämistä edistäviä, sekä romanilasten esiopetukseen osallistumista tukevia projekteja. Asiakohtaisuuden lisäksi niiden seurauksena on ollut paikallisen romaniväestön mahdollisuus osallistua ja aktivoitua itseään koskevissa asioissa. Tämä näkyy muun muassa paikallisten romanijärjestöjen perustamisen lisääntymisenä.</p>			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input checked="" type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>		
Young People	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	National	<input checked="" type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input checked="" type="checkbox"/>	Implementing Body	
Homeless	<input type="checkbox"/>	Ministry of Social Affairs and Health	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input checked="" type="checkbox"/>		

Context/Background to the Initiative

Romaniväestön elinolosuhteita ja yhdenvertaisuutta on kehitetty Suomessa viime vuosina tasaisesti. Tämä näkyy ennen kaikkea paitsi lainsäädännön kehittämisenä, mutta myös niiden instituutioiden vahvistamisella ja resursoinnilla, joiden toimintaan romanit itse osallistuvat. Esimeriksi lääneissä toimivien Alueellisten romaniasiain neuvottelukuntien perustaminen valtioneuvoston asetuksella vuonna 2004 ja eduskunnan valtion budjettiin myöntämät määrärahat vuonna 2006 ovat luoneet uutta nostetta romaniasiain alueelliselle ja paikalliselle edistämiseksi.

Neuvottelukunnan yksittäisistä saavutuksista voidaan mainita esimerkiksi romanien erityisasuntolaki 1970-luvulla, joka mahdollisti valtion erityismäärärahalla edullisen korkorahoituksen romaneille tarkoitettujen asuntojen hankkimiseksi. Tällä vaikutettiin ratkaisevasti romanien silloiseen polttavan asunto-ongelmaan päättymiseen. Neuvottelukunnalla oli myös roolinsa vähemmistö- ja ihmisoikeuksien lainsäädännön kehittämisessä 1990–2000-luvulla Suomessa.

Details of the Initiative

1. Specific Objectives

Romanien sosiaalisen aseman parantaminen, ml. asunto-olot ja terveys, koulutus- ja työllisyysmahdollisuudet sekä kulttuurin tukeminen.

2. How did the initiative address these objectives?

3. What is/was the timescale for implementing the initiative?

1956-tähän päivään, pysyvää toimintaa hallinnon sisällä

Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	Erityistutkimukset ja –selvitykset romaniväestön asemasta ja elinoloista; koulutus, päivähoito, työllisyys, asuminen
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	Kohtuullisen hyvin
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	Asenteet romaniväestöä kohtaan, yleinen romanikulttuurin tuntemuksen puute, uusien vähemmistöjen ilmaantuminen - romanit eivät ole enää samanlaisessa erityisasemassa.
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	Laajentamalla alueellisten romaniasioiden neuvottelukuntien verkostoa
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?

3 OSA - Suomen kansallinen eläkestrategiaraportti

Suomi toimitti sosiaalisen suojelun komitealle edellisen kansallisen eläkestrategiaraporttinsa kesällä 2005. Komission kansallisten raporttien pohjalta laatima yhteenvetoraaportti riittävästä ja kestävästä eläketurvasta (Synthesis report on adequate and sustainable pensions (SEC(2006)304)) valmistui keväällä 2006. Tästä johtuen raportointi eläkkeiden alalla painottuu tässä sosiaalisen suojelun ja osallisuuden yhteisraportissa edellisessä eläkestrategiaraportissa esitettyjen tietojen päivitykseen, siltä osin kuin muutokset ovat olleet merkityksellisiä.

Kuten vuoden 2005 raportissa todetaan, Suomen kansalliset eläkepoliittiset ratkaisut ovat pääpiirteissään sopusoinnussa EU:n yhteisten tavoitteiden kanssa, jotka perustuvat Göteborgin Eurooppa-neuvostossa 2001 hyväksytyille kolmelle yhteiselle eläkepoliittiselle periaatteelle. Nämä ovat eläkkeiden riittävyys, eläkejärjestelmien rahoituksen kestävyys ja eläkejärjestelmien sopeuttaminen vastaamaan talouden, yhteiskunnan ja yksilöiden muuttuviin tarpeisiin. Suomen eläkejärjestelmän haasteet johtuvat pääosin ikärakenteen muutoksesta ja siitä seuraavasta eläkemenojen kasvun kiihtymisestä. Niin eläkkeiden riittävyyden kuin rahoituksen kestävyuden kannalta ratkaisevassa asemassa ovat työurien pidentäminen ja työllisyysasteen nostaminen.

3.1. Suomen kansallisen eläkestrategiaraportin päivitys

3.1.1. Eläkkeiden riittävyys – sosiaalisten tavoitteiden täyttyminen

Suomessa työ- ja kansaneläkejärjestelmä muodostavat pakollisen lakisääteisen eläketurvan. Työeläkkeen tarkoituksena on kohtuullisella tavalla turvata työssäoloaikana saavutettu kulutustaso eläkkeelle siirtymisen jälkeen. Lakisääteinen työeläke kattaa kaikki palkansaajat ja yrittäjät. Työeläkettä täydentää asumiseen perustuva kansaneläke, jonka tavoitteena on turvata vähimmäistoimeentulo kaikille eläkkeensaajille. Kansaneläke on työeläkevähenteinen. Jos eläkkeensaaja ei saa työeläkettä lainkaan tai työeläke on hyvin pieni, maksetaan hänelle kansaneläkettä. Eläkkeensaajalle voidaan myöntää asumistukea sekä eläkkeensaajan kotona asumista ja omatoimista selviytymistä tuetaan hoitotuella. Lisäksi verotuksen kautta tuetaan pienituloisen eläkkeensaajan toimeentuloa. Sosiaalisten tavoitteiden täyttymistä täydentävät myös julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Lakisääteistä eläketurvaa on myös mahdollista täydentää työnantajan järjestämällä tai itse hankitulla lisäeläketurvalla yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Työeläkettä tarkastetaan vuosittain työeläkeindeksillä¹. Kansaneläkettä tarkistetaan vuosittain kansaneläkeindeksillä, joka seuraa kuluttajahintojen muutosta. Tämän vuoksi kansaneläkkeensaajien eläketurvan taso on kehittynyt hitaammin kuin työeläkkeensaajien. Jotta myös kansaneläkkeiden suhteellinen taso voidaan säilyttää, on niihin tehty määräjain tasokorotuksia.

Kansaneläkkeisiin tulee tasokorotus, jota maksetaan 1.9.2006 alkaen. Korotuksen suuruus on 5 euroa kuukaudessa. Sama korotus tehdään myös mm. leskeneläkkeen täydennysmäärään, maahanmuuttajan erityistukeen ja pitkäaikaistyöttömän eläketuen kansaneläkeosuuteen. Korotukset toteutetaan osana kaikkein heikoimmassa asemassa olevien tukemiseksi esitettyjä toimenpiteitä. Täysimääräinen kansaneläke vuonna 2006 on 432,44 – 510,80 euroa/kk asuinpaikasta ja perhesuhteista riippuen.

Korotus koskee noin 660 000 kansaneläkkeen saajaa. Nettoeläke kasvaa myös niillä työeläkkeensaajilla, jotka eivät saa kansaneläkettä, mutta ovat verotuksessa oikeutettuja eläketulovähennykseen². Tasokorotuksen ja sen johdosta kasvavan kunnallisverotuksen eläketulovähennyksen yhteisvaikutuksena arviolta yli 900 000 eläkkeensaajan nettotulot kasvavat vuonna 2006. Edellinen kansaneläkkeen tasokorotus tehtiin 1.3.2005, ja sen suuruus oli noin 7 euroa/kk.

Kansaneläkkeisiin vaikuttaa myös valmisteilla oleva uudistus, joka poistaa kansaneläkkeistä ja eräistä muista toimeentuloetuuksista kuntien kalleusluokituksen vuoden 2008 alussa. Käytännössä muutos merkitsee nykyisin II kalleusluokkaan kuuluvien etuuksien korotusta vuoden 2008 alussa.

Suomessa astui vuonna 2005 voimaan mittava eläkeuudistus, jonka myötä muun muassa eläkeikä muutettiin joustavaksi siten, että eläkkeelle voi siirtyä 63 ja 68 ikävuoden välillä. Eläkkeellesiirtymisiän mahdollisen nousun on laskettu vaikuttavan myönteisesti myös eläkkeiden tasoon (ks. teoreettisten nettokorvauslaskelmien yhteenvetotaulukko, taulukko 1).

Suomen eläkejärjestelmän tasa-arvoisuudesta huolimatta haasteena on turvata naisten riittävä eläketaso. Erityisesti vanhemman ikäluokan naiset saattavat olla köyhtymisvaarassa, mikäli he eivät ole kartuttaneet työeläkettä ja avioeron tai perhehuoltajan kuoleman yhteydessä joutuvat täyden kansaneläkkeen varaan. Suomessa naisten työllisyysaste on kuitenkin kansainvälisesti verrattuna korkea ja nuoremmista ikäluokista yhä useampi kartuttaa työeläkettä, mikä vähentää naisten köyhyysriskiä.

Myös nuorena työkyvyttömyyseläkkeelle joutuneet saattavat olla köyhtymisvaarassa.

¹ Työeläkkeissä käytetään työaikaisten ansioiden tarkistamisessa palkkakerrointa, jossa ansiotasoindeksin paino on 80 prosenttia ja kuluttajahintaindeksin paino 20 prosenttia. Kaikkia maksussa olevia työeläkkeitä tarkistetaan indeksillä, jossa ansiotasoindeksin paino on 20 prosenttia ja hintaindeksin paino 80 prosenttia.

² Eläketulovähennys keventää pienituloisten eläkkeensaajien verotusta. Vähennys turvaa sen, ettei pelkän kansaneläkkeen saaja joudu maksamaan eläkkeestään veroa. Eläketulovähennyksen määrä on teknisesti kiinnitetty kansaneläkkeen tasoon.

3.1.2. Eläkejärjestelmien rahoituksen kestävyys – terve rahoitusohja

Eläkkeiden kestävä rahoituksen turvaamiseksi tavoitteena on eläkkeelle siirtymisiän nostaminen pitkällä aikavälillä 2-3 vuodella. Vuonna 2005 käynnistynyt eläkeuudistus (ks. kohta 3.2. koskien eläkeuudistuksen tuloksia) sopeuttaa tulevaisuudessa eläkekustannukset keskimääräisen eliniän kasvuun, mikä alentaa maksujen nousupainetta. Laskelmien mukaan maksujen korotuspaine kuitenkin taittuu vuoden 2030 vaiheilla, jolloin maksu vakiintuisi noin 27 prosentin tasolle. Vuoden 2006 alusta voimaan tulevalla yksityisen sektorin eläketurvan sijoitusuudistuksella pyritään osaltaan edelleen pienentämään maksujen nousupainetta.

Edellisissä raporteissa esiteltyjen laajojen uudistusten ohella myös työeläkeyhtiöiden toimintaa koskevaa lainsäädäntöä ollaan uudistamassa. Uudistussuunnitelmat koskevat mm. työeläkejärjestelmän sijoitustoimintaa ja kate- ja vakavaraisuussäännöstöä. Myös työeläkeyhtiöiden toiminnan valvontaa sekä hallintoa koskevia säännöksiä ollaan uudistamassa.

Nyt valmisteilla olevan uudistuksen tavoitteena on uudistaa eläkelaitosten rahastointiperiaatteita ja vakavaraisuusmekanismeja siten, että ne mahdollistavat osakesijoitusten osuuden nostamisen eläkelaitosten sijoituksista keskimäärin noin 35 prosentin tasolle seuraavan viiden vuoden kuluessa. Työeläkevaroilta saatavilla sijoitustuotoilla on Suomen etuusperusteisessa osittain rahastoivassa järjestelmässä olennainen merkitys työeläkemaksun nousupaineen hillitsemisessä. Lisäämällä eläkelaitosten mahdollisuuksia hakea varoiltaan korkeampaa tuottoa pyritään vaikuttamaan viime kädessä työeläkemaksutasoon. Osakesijoitusten kasvun myötä arvioidaan, että tuottotaso nousee ja vakuutusmaksutason nousupainetta voidaan hillitä pitkällä aikavälillä 1-2 prosenttiyksiköä. (Ks. kuvio 1)

Koska sijoitustuottojen korottamista koskeva uudistussuunnitelma edellyttää lisää riskinottoa, liittyy uudistukseen myös tarve tehostaa eläkelaitosten valvontaa ja ohjausta. Työeläkeyhtiöiden toiminnan valvontaa koskevien säännösten uudistamisella pyritään työeläkeyhtiöiden toiminnan avoimuuden lisäämiseen ja siten myös kilpailun edistämiseen. Tavoitteena on lisätä yhtiöiden velvollisuutta tiedottaa taloudellisesta toiminnastaan ja antaa siihen kuuluvia nykyistä tarkempia tietoja valvontaviranomaisille. Samalla on tarkoitus tehostaa valvontaviranomaisten tiedonsaantia sekä velvollisuutta raportoida riittävästi julkisuudessa työeläkevakuutuslaitosten toiminnasta.

Työeläkeyhtiöiden hallintoa koskevan uudistuksen tavoitteena on parantaa työeläkevakuutusyhtiön toiminnan läpinäkyvyyttä ja hallinnon tasapuolisuutta. Yhtiöiden toiminnan ja hallinnon säätelyssä pyritään käyttämään hyväksi soveltuvien osin pörssi-yhtiöitä varten vahvistettuja ”corporate governance” –suosituksia. Kun työeläkevakuutusyhtiöiden varannot ovat Suomen mittasuhteissa erityisen suuret ja niiden toiminta on osin julkishallinnollista, on myös tärkeää varmistaa yhtiöiden toiminnan valvonnan tehokkuus ja läpinäkyvyys.

Uudistuksia koskevat lakiesitykset annettaneen eduskunnalle kesällä 2006. Uudistusten on tarkoitus tulla voimaan 1.1.2007.

3.1.3. Eläkejärjestelmien uudistaminen vastaamaan talouden, yhteiskunnan ja yksilöiden muuttuviin tarpeisiin

Suomen lakisääteisessä työeläkejärjestelmässä pääsääntöisesti henkilön kaikki palkat ja yrittäjätulot kartuttavat eläkettä. Myös tietyiltä työelämään rinnastettavilta palkattomilta jaksoilta (kuten lastenhoitoaika) karttuu eläkettä. Työnantajilla on velvollisuus järjestää lakisääteinen työeläketurva kaikille palveluksessaan oleville henkilöille työsuhteen ajallisesta kestosta riippumatta. Myös lyhytaikaiset tai muutoin epäsäännölliset työsuhteet kuuluvat eläketurvan piiriin. Kuntien ja valtion eläkkeitä koskevat samat periaatteet kuin yksityisten alojen työeläkkeitä.

Apurahansaajien eläketurvan kehittämisen osalta edellisessä raportissa mainittu selvitystyö on edennyt ja apurahansaajien eläketurvasta tullaan säätämään yrittäjien eläketurvauudistuksen yhteydessä. Tällä hetkellä apurahansaajat eivät pääsääntöisesti kuulu lakisääteisen työeläketurvan piiriin. Uusien säännösten olisi tarkoitus tulla voimaan vuonna 2007.

Muun muassa eläkejärjestelmien avoimuuteen ja läpinäkyvyyteen tähtäävistä työeläkeyhtiöiden toimintaa ja valvontaa koskevista uudistussuunnitelmista on raportoitu kohdassa 3.1.2.

3.2. *Huomio erityiskysymyksiin*

Komission jo edellä mainitussa keväällä 2006 julkaisemassa yhteenvetoraportissa riittävästä ja kestävästä eläketurvasta nostetaan yhtenä yleisenä EU:n jäsenmaita koskevana aiheena esiin eläkkeellejäämisiän joustavuuden ja työurien pidentämisen välinen yhteys (the link between the flexibility in the age of retirement and longer working lives).

Suomessa astui vuoden 2005 alusta voimaan merkittävä yksityisten alojen työeläkeuudistus, josta raportoitiin laajasti vuoden 2005 eläkestrategiaraportissa. Uudistuksen myötä muun muassa vanhuuseläkkeelle siirtyminen tehtiin joustavaksi siten, että eläkkeelle voi siirtyä 63 ja 68 ikävuoden välillä (entisen 65 vuoden sijaan); työssä jatkamiseen kannustaa 4,5 prosentin kannustinkarttuma. Pitkällä aikavälillä uuden järjestelmän on laskettu myöhentävän eläkkeellesiirtymisikää 2-3 vuodella, sopeuttavan eläkejärjestelmää keskimääräiseen elinajan kasvuun ja tasoittavan työeläkevakuutusmaksujen korotuspaineita.

Komission Lissabonin strategian mukaisten reformiohjelmien seurantaraportissa tuodaan Suomen osalta esiin ikääntyneiden työllisyydessä viime aikoina tapahtunut huomattava myönteinen kehitys. Komissio katsoo, että tämä on seurausta muun muassa

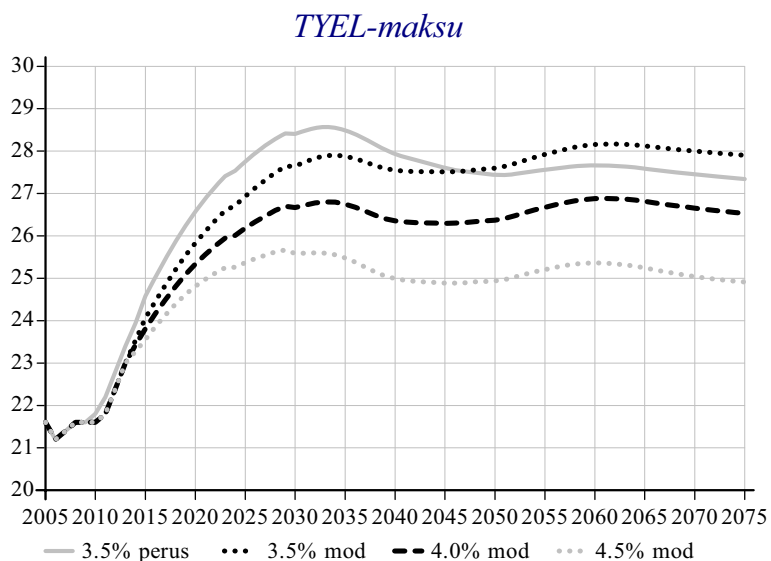
viimeaikaisista eläkeuudistuksista. Tämä myönteinen kehitys näyttäisi edelleen jatkuvan. Tuoreimpien tilastojen mukaan vaikuttaisi siltä, että mahdollisuutta siirtyä vanhuuseläkkeelle 63 vuoden iässä on käytetty maltillisemmin kuin etukäteen oli arvioitu (ks. taulukko 2): noin joka neljäs käytti eläkeuudistuksen mahdollisuutta jäädä eläkkeelle 63–64-vuotiaana. Tätä kehitystä on tukenut ikääntyneiden hyvä työllisyystilanne (ks. kuvio 1). Työllisyyden kehitys vuonna 2005 oli yleisestikin suotuisa. Keskimääräinen työllisyysaste oli 68,0 prosenttia (nousua 0,8 prosenttiyksikköä). Ikäryhmittäin tarkasteltuna työllisten määrä lisääntyi eniten 60–64-vuotiaiden ikäryhmässä, 4,3 prosenttiyksikköä, jossa se oli 33,2 prosenttia. Ikääntyneiden hyvään työllisyyskehitykseen on vaikuttanut työeläkelainsäädännön muutosten ja muiden vastaavien tekijöiden lisäksi erityisesti hyvä taloudellinen suhdanne.

LIITE

Taulukko 1. Replacement rates summary table 2.6.2005 (source: ETK)

	Base case				2/3 of average earnings		Concave earning profile		Rising earnings from 120% of average		Rising earnings from 100% to 200% of average		Broken career(30 years of seniority at retirement)		Working career 38 years between 25-63		Working career 42 years between 25-67				
	In 10 years	2010	2030	2050	2005	2050	2005	2050	2005	2050	2005	2050	2005	2050*	2005	2050	2005	2050			
Gross replacement rate 1 st pillar	56,6	48,7	60,3	57,3	53,9	64,8	53,9	56,6	51,8	54,5	46,1	53,4	42,3	45,8	42,3	44,7	51,2	46,8	64,2	60,8	
Gross replacement rate 2 nd pillar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total gross replacement rate	56,6	48,7	60,3	57,3	53,9	64,8	53,9	56,6	51,8	54,5	46,1	53,4	42,3	45,8	42,3	44,7	51,2	46,8	64,2	60,8	
Total net replacement rate	62,6	55,1	66,2	65,7	63,6	74,1	67,0	63,5	60,7	60,7	56,1	61,5	53,2	54,6	54,3	56,1	58,5	56,2	66,5	69,5	
<i>Of which means-tested benefits in percentage points of total net replacement rate</i>	-	-	-	-	-	4,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Notes: 2005 refers to pension in 2005 with reference to work income in 2004 except in case a MS needs to refer to a different moment or a previous year.

Kuvio 1. TyEL-maksun kehitys eri tuotto-oletuksilla* (lähde: Eläketurvakeskus)

*perus: nykysäännöt

mod: uudistuksen mukaiset säännöt

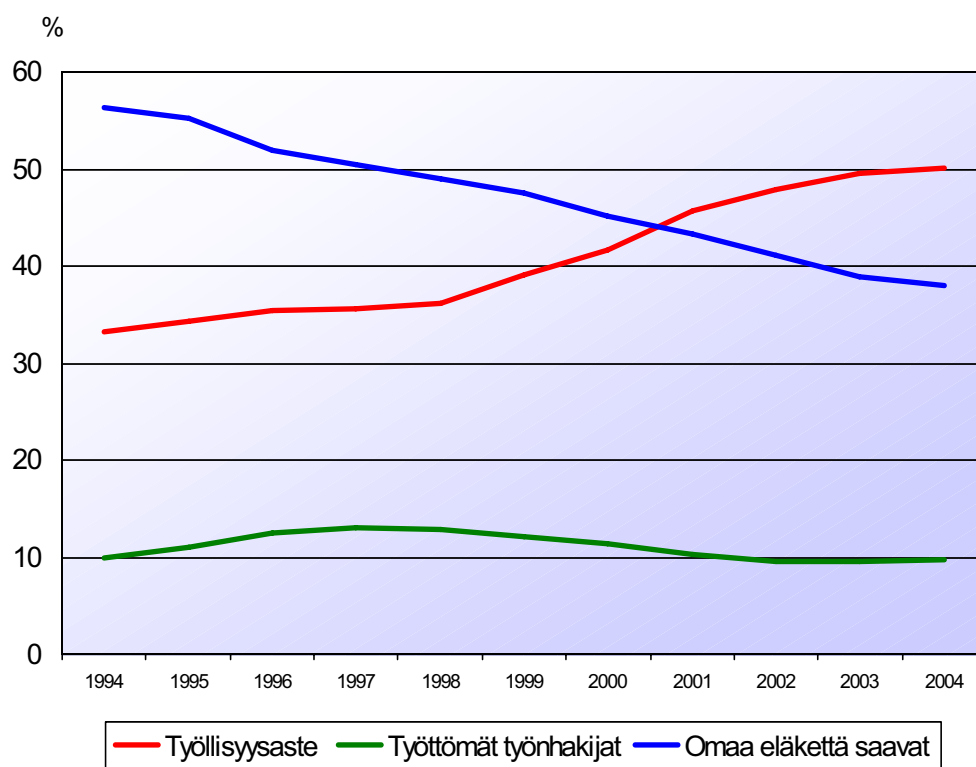
Taulukko 2. Vanhuuseläkkeelle siirtyminen 63-64-vuotiaana vuonna 2005

Työeläkevakuutetut 31.12.2004*	Lkm 160 000	Ei-eläkkeellä 45 000	Eläkkeellä 115 000
	Lkm	Työssä	Ei työssä, ei eläkkeellä
Mahdollisuus jäädä eläkkeelle 2005 aikana	45 000	34 000	11 000
63-64 -vuotiaana eläkkeelle siirtyneiden määrä 2005	16 000	12 000	4 000
Arvio uudistuksen mahdollistamasta vanhuuseläkkeelle siirtyneiden määrästä (63-64 v) 2005	11 000	7 000	4 000

*1940-42 syntyneet työeläkevakuutetut, joilla ikänsä puolesta mahdollisuus käyttää joustavaa eläkeikää vuonna 2005.

Lähde: Eläketurvakeskus

Kuvio 2. Työllisten osuus, työttömien työnhakijoiden osuus (pl. lomautetut) ja omaa eläkettä saavien osuus (pl. osa-aikaeläkeläiset) 55-64-vuotiaassa väestössä 1994-2004



Lähde: Tilastokeskus, Työministeriö, Eläketurvakeskus

4 OSA Terveydenhuoltoa ja pitkäaikaishoitoa koskeva kansallinen suunnitelma

4.1 Yhteenveto

Suomen terveystalouden tavoitteena on pidentää ihmisten tervettä ja toimintakykyistä elinaikaa, turvata jokaiselle mahdollisimman hyvä elämänlaatu sekä vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja ja ennen aikaista kuolleisuutta. Tämä edellyttää terveysnäkökohtien ottamista huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa – terveyden on oltava osa yhteiskuntapolitiikkaa.

Terveydenhuollon perustana on ehkäisevä terveydenhuolto ja hyvin toimivat, koko väestön saatavissa olevat terveyspalvelut. Tavoitteena on psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen – terveydelle on luotava pohja riittävän varhain. Terveystaloudessa painotetaan toimivaa perusterveydenhuoltoa ja työterveyspalveluita, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon oikeaa työnjakoa, avo- ja laitoshoidon oikeaa suhdetta, sekä ympäristöterveyden parantamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen perustan muodostavat kuntien järjestämät verorahoitteiset palvelut, jotka ovat kaikkien saatavilla sosiaalisesta ja taloudellisesta asemasta riippumatta. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut 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.

Pitkäaikaishoito on osa yleistä terveyden- ja sosiaalihuoltojärjestelmää. Suomen vanhuspolitiikan tavoitteena on vanhusten toimintakyvyn ylläpitäminen mahdollisimman pitkään. Palvelut mitoitetaan henkilön toimintakyvyn mukaan. Avopalveluita annetaan henkilöille, joilla toimintakyky on alentunut vain vähän ja pitkäaikaishoitoa niille, joiden toimintakyky on pitkäaikaisesti tai pysyvästi heikentynyt. Näin turvataan vanhusten oikeus mahdollisimman pitkäkestoiseen itsenäiseen elämiseen omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään samalla kun taataan tarvittavat palvelut ja kohdennetaan voimavarat tarkoituksenmukaisella tavalla.

Vanhuspolitiikassa on nykyisellään kuusi päälinjausta: terveyden ja toimintakyvyn parantaminen, kotona asumisen ja kotona selviytymisen tukeminen, palvelujen laadun parantaminen, asiakkaiden oikeuksien vahvistaminen ja selkiyttäminen, kohtuullisen toimeentulon turvaaminen sekä palvelujen ja toimeentuloturvan rahoituksen riittävyden turvaaminen. Näitä linjauksia toteutetaan erilaisilla projekteilla, joiden avulla edistetään ikääntyneiden omatoimisuutta ja lykätään tarvetta laitoshoidon. Sosiaali- ja terveyssek-

tori yhdessä asuntoviranomaisten kanssa tukee itsenäistä asumista ja esteettömyyttä. Palveluiden rahoituksen tulee tukea sitä, että ikääntynyt ihminen saa hänen toimintakykyään vastaavaa hoitoa. Tavoitteena on myös varmistaa laadukkaat palvelut tiiviissä yhteistyössä kuntien, kolmannen sektorin järjestöjen, vapaaehtoistyöntekijöiden ja alan yritysten kanssa.

Vammaispolitiikan tavoitteena on turvata kaikille kunnan asukkaille taloudellisesta ja sosiaalisesta asemasta riippumatta heidän tarvitsemansa palvelut. Toiminnan painopisteitä ovat vammaisten henkilöiden osallistumisen esteiden poistaminen, palvelut ja kuntoutus. Tavoitteena on, että yleiset palvelut vastaavat mahdollisimman pitkälle vammaisten ihmisten tarpeita. Heidän yhdenvertaisuutensa turvataan erityispalveluilla, kuten esimerkiksi henkilökohtaisella avulla ja yksilöllisillä asumisratkaisuilla.

Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tarve on kasvamassa. Se ei kasva kuitenkaan samassa suhteessa vanhusväestön lisääntymisen kanssa, sillä väestön terveys ja toimintakyky ovat jatkuvasti parantuneet ja ikääntyneet selviytyvät entistä vanhemmiksi terveisinä ja oma-toimisina. Kotihoidon palvelujen piiriin tulevat ovat nykyisin keskimäärin 76-vuotiaita ja laitoshoidon siirtyvien keski-ikä on 82 vuotta. Hoivan tarve lisääntyy arvioiden mukaan voimakkaammin vuoden 2020 jälkeen, jolloin hyvin iäkkäitä alkaa olla paljon. Pitkäaikaishoivan tarpeen lisääntymisestä demografiset tekijät selittävät suurimman osan. Haasteena on erityisesti dementoituvien vanhusten turvallisen ja laadukkaan kotihoidon ja palveluasumisen kehittäminen.

Valtion vastuulla on politiikan ohjaus sekä ohjausjärjestelmän systemaattinen kehittäminen. Valtion ohjauksen läpinäkyvyyttä ja hallittavuutta parannetaan. Näitä keinoja tarvitaan hyvinvointipalvelujen ja sosiaalisten tulonsiirtojen tasa-arvoisen saatavuuden ja laadun turvaamiseksi maan eri osissa. Samalla tuetaan valtion, kuntien, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä. Tulonsiirrot ja palvelut muodostavat kokonaisuuden.

Suomalainen terveydenhuollon rahoitus on yhdistelmä kuntien ja valtion rahoitusta, asiakasmaksuja ja sairausvakuutuksen tukemaa yksityistä terveystalouden sektoria. Raha-automaattiyhdistys on merkittävä toimija vammais- ja vanhuspalvelujärjestöjen sekä nuorisotyön rahoittajana. Vuonna 2005 kunnat rahoittivat noin 57 prosenttia sosiaali- ja terveystalouden palvelujen kustannuksista. Valtionosuuksilla katettiin menoista noin 33 prosenttia ja asiakasmaksuilla rahoitettiin loput kymmenen prosenttia.

Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen rahoitusta kehitetään verorahoitteisuuden pohjalta niin, että maksujärjestelmä tukee sosiaali- ja terveydenhuollolle asetettujen yhteiskuntapolitiittisten tavoitteiden toteutumista. Julkisen sektorin rahoituskanavia kehitetään siten, että ne eivät aiheuta epätarkoituksenmukaista palvelujen tarjontaa tai kysyntää. Niiden ei myöskään tule mahdollistaa epätarkoituksenmukaista hoito- ja kustannusvastuun siirtoa toiselle rahoituskanavalle.

Hallitus on valmistellut vuosina 2005-2006 kunta- ja palvelurakennemuutostusta. Hankkeen tavoitteena on, että nykyisin kuntien vastuulla olevat palvelut saavat riittävän vahvan rakenteellisen ja taloudellisen perustan niiden järjestämisen ja tuottamisen turvaa-

miseksi tulevaisuudessa. Samanaikaisesti palveluiden laatu ja vaikuttavuus, saavutettavuus ja tehokkuus sekä teknologinen kehittäminen otetaan huomioon. Puitelaki kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteuttamisesta annetaan syksyllä 2006. Alueellisissa yhteistyörakenteissa kootaan yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä.

Sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä ja rahoituksessa valittavat ratkaisut kuuluvat jäsenvaltioiden toimivaltaan. Näiden järjestelmien kehittämisessä voidaan kuitenkin oppia muilta. EU-tason keskustelusta lisäarvoa voisi olla odotettavissa erityisesti makrotason kustannushallinnassa. Tähän liittyvät yhtäältä yhteiskuntapolitiikan eri tasoilla ja sektoreilla toteutettavan terveyden edistämisen mahdollisuudet ja toisaalta esimerkiksi haasteet hillitä lääkekustannusten nousua.

4.2 Terveystaloudenhuolto

4.2.1 Terveystaloudenhuoltojärjestelmän kuvaus

Suomessa terveystaloudenhuoltojärjestelmä koskee maan kaikkia asukkaita. Kunnat ovat velvollisia järjestämään terveystaloudenhuoltoja asukkailleen. Vuoden 2006 alussa Manner-Suomessa oli 415 kuntaa. Ahvenanmaalla terveystaloudenhuoltojärjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunta.

Lainsäädännössä määrätään palvelujen järjestämisestä pääpiirteittäin mutta ei yksityiskohtaisesti, ja useimmissa tapauksissa järjestämisen tavat jäävät kuntien harkintaan. Kunnat voivat järjestää palvelut itse, yhdessä toisten kuntien kanssa, ostamalla palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta tai ulkomailta, tai antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolla tämä voi ostaa palvelut kunnan hyväksymältä yksityiseltä tuottajalta. Palveluseteli on käytössä lähinnä eräissä sosiaalipalveluissa.

Perusterveydenhuolto järjestetään terveyskeskuksissa, joiden tulee tarjota laissa säädettyjä monipuolisia palveluja. Näihin kuuluvat ehkäisevät palvelut, perhesuunnittelu, äitiyshuolto, lastenneuvolapalvelut, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, avosairaanhoido, laitoshoido, vanhustenhuolto, suun terveydenhuolto, fysioterapia, työterveyshuolto ja paikalliset sairaankuljetuspalvelut. Terveyskeskukset toteuttavat terveystaloudenhuoltoja yhteistyössä muiden kunnallisten palveluiden, kuten peruskoulutuksen ja päivähoidon kanssa.

Erikoissairaanhoido järjestetään sairaaloissa joko poliklinikalla tai vuodeosastolla. Julkiset sairaalat ovat sairaanhoitopiirien omistuksessa. Sairanhoitopiirejä on 20. Sairanhoitopiirien toimialueen väestöpohja vaihtelee 70 000:sta 800 000 asukkaaseen.

Kunnallisen järjestelmän ohella on myös tarjolla yksityisiä terveystaloudenhuoltoja. Yleisimpiä yksityisen sektorin tuottamia palveluja ovat fysioterapia, hammaslääkärin ja lääkärin vastaanotto toiminta ja työterveyshuolto. Yksityislääkärikäynnit ovat suurelta osin erikoislääkärikäynntejä ja niiden osuus kaikista lääkärikäynneistä on vajaa neljännes. Yksi-

tyisten sairaaloiden määrä on nelisenkymmentä, joista useilla on vain muutama lyhytjälkihoitoiseen kirurgiaan varattu sairaansija.

Lakisääteisestä sairausvakuutuksesta korvataan osa lääke- ja matkakustannuksista sekä yksityisen sektorin palvelujen kustannuksista. Sairausvakuutusjärjestelmästä maksetaan myös ansioturvaetuuksia, kun on kyse lyhytaikaisesta sairaudesta, raskaudesta, synnytyksestä tai lapsen hoidosta. Vakuutettuja ovat kaikki maassa asuvat henkilökohtaisesti, myös lapset.

Julkiset viranomaiset rahoittavat kunnalliset terveystalot pääasiassa verovaroin. Valtio osallistuu rahoitukseen maksamalla kunnalle yleisen, ei korvamerkityn, valtionosuuden, joka on keskimäärin 33 prosenttia (2005) kustannuksista. Kunnalle maksettava valtionosuus riippuu pääasiallisesti sen asukkaiden ikärakenteesta ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrästä. Valtionosuuksilla rahoitetaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon todellisista toimintamenoista noin neljännes. Kotitalouksien rahoitusosuus sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista oli 7,7 prosenttia vuonna 2004.

Sairausvakuutuksen rahoitus on uudistettu vuoden 2006 alusta. Sairausvakuutus on jaettu sairaanhoitovakuutukseen ja työtulovakuutukseen. Kaikkien työnantajien sairausvakuutusmaksu on 2,06 prosenttia palkoista. Työntekijöiden sairausvakuutusmaksu on 2,10 prosenttia, mikä muodostuu 1,33 prosentin sairaanhoitomaksusta ja 0,77 prosentin päivärahamaksusta. Eläkeläisillä sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksu on 1,5 prosenttia.

Sairausvakuutusmenojen kannalta lääkekulujen nousun hallinta on avainkysymys. Lääkevaihdon uudistus ja lääkkeiden tukkuhintojen alennus ovat hillinneet lääkekustannusten kasvua. Vakuutettujen omaa rahoitusvastuuta on lisätty.

Suomessa työterveyspalvelut ovat tärkeä osa terveydenhuoltojärjestelmää. Työterveyshuollon tavoitteena on terveellinen ja turvallinen työympäristö, työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisy sekä työ- ja toimintakykyinen työntekijä. Työnantajan on järjestettävä työntekijöille ennaltaehkäisevä terveydenhuolto (korvausluokka I). Halutessaan työnantaja voi järjestää myös sairaanhoito- ja muita terveystalouksia (korvausluokka II). Yrittäjät ja muut omaa työtä tekevät voivat järjestää oman työterveyshuollonsa vapaaehtoiselta pohjalta. Vuonna 2004 järjestelmän piiriin kuuluvien työntekijöiden määrä oli noin 1,8 miljoonaa työntekijää, mikä oli noin 86 prosenttia palkansaajana toimivasta työvoimasta.

Kansaneläkelaitos maksaa työnantajalle 60 prosenttia korvausta työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista (korvausluokka I). Korvausluokassa II korvaus on 50 prosenttia kustannuksista. Kunnan terveyskeskus on velvollinen myymään työterveyshuollon palveluja niitä haluavalle työnantajalle. Työnantaja voi myös järjestää työterveyspalvelut itse tai ostaa ne yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Työntekijöitä ei veloiteta näiden työnantajan lakisääteisesti järjestämien palvelujen käytöstä.

4.2.2 Saatavuus (tavoite j)

Suomen terveystalouden tavoitteena on terveyden edistämisen avulla pidentää ihmisten tervettä ja toimintakykyistä elinaikaa ja täten myös vähentää hoidon tarvetta. Terveyden edistämisen merkitystä osana kuntien terveydenhuollon toimintaa on korostettu vuoden 2006 alussa voimaan tullessa lakimuutoksessa.

Terveyspalveluiden järjestämisvastuu on hajautettu paikalliselle tasolle. Lainsäädäntö asettaa kattavat puitteet kunnallisten terveyspalveluiden järjestämiselle, mutta jättää mahdollisuuden sopeuttaa palvelutarjontaa paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin. Potilaiden kannalta on oleellista saada laadukkaita palveluita mahdollisimman lähellä kotia. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen tavoitteena on palveluiden tuotantotapojen ja organisoimisen kehittäminen siten, että alueellinen yhdenvertaisuus palvelujen saamisessa toteutuu. Aluerakenteissa otetaan huomioon sekä palvelujen järjestäminen että terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen.

Työssä olevan väestön hoidon saantia tehostavat maksuttomat työterveyshuoltopalvelut, minkä on toisaalta katsottu lisäävän epätasa-arvoa hoitoon pääsyssä koko väestön tasolla (esim. OECD).

Hoitoon pääsyn tehostaminen

Terveyspalveluiden saatavuutta kunnallisessa järjestelmässä on parannettu 1.3.2005 voimaan tulleilla lainsäädäntömuutoksilla, joissa on määritetty enimmäisajat kiireettömään hoitoon pääsulle. Uuden lainsäädännön mukaan asiakkaan on saatava välitön yhteys terveyskeskukseen sen normaalina aukioloaikana joko puhelimitse tai käymällä siellä henkilökohtaisesti. Potilaan hoidon tarve voidaan arvioida usein jo puhelimesta, ja sen voi tehdä muukin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri. Jos hoidon tarpeen arviointi vaatii terveyskeskuksessa käyntiä, sinne on saatava aika kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Terveyskeskuksessa hoito aloitetaan tavallisesti jo ensimmäisellä käyntikerällä. Jos näin ei voida tehdä, hoitoon on päästävä viimeistään kolmessa kuukaudessa. Jos terveyskeskuksessa annetaan erikoissairaanhoitoa, siihen on päästävä viimeistään kuudessa kuukaudessa. Hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi arvioitu hoito on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kuudessa kuukaudessa.

Sairaalahoitoon vaaditaan lääkärin lähete, ja hoidon tarve on arvioitava kolmen viikon kuluessa siitä kun sairaala on vastaanottanut lähetteen. Arviointi voidaan tehdä joko lähetteen perusteella tai tutkimalla potilas sairaalassa. Jos lääkärintutkimus osoittaa, että potilas tarvitsee sairaalahoitoa, hoito tulee aloittaa viimeistään kuuden kuukauden kuluessa arvioinnista.

Jos terveyskeskus tai sairaala ei pysty hoitamaan potilasta säädetyssä ajassa, potilaalle on järjestettävä mahdollisuus saada hoitoa muualta, joko toisessa sairaanhoitopiirissä tai yksityissektorilla. Potilaalle ei saa aiheutua ylimääräisiä kuluja tästä järjestelystä. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hoidosta.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein. Yhtenäiset perusteet on laadittu noin 200 sairauden hoitoon ja tutkimiseen. Lääkärit käyttävät näitä ohjeita päättäessään potilaiden hoidosta. Hoitoa koskevan ohjeistuksen lisäksi lääkärin tulee aina ottaa huomioon potilaiden yksilöllinen tilanne ja hoitotarpeet. Lääkäri päättää hoidosta yhdessä potilaan kanssa.

Kiireettömän hoidon saatavuutta koskenut uudistus on lyhentänyt jonoissa olevien potilaiden lukumääriä merkittävästi. Hankkeen käynnistyessä lokakuussa 2002 erikoissairaanhoidon jonoissa oli noin 66 000 henkilöä, vuoden 2005 lopussa 20 000 ja vuoden 2006 kesäkuussa noin 12 000. Leikkausjonojen purussa on ollut suuria sairaanhoitopiirikohaisia eroja. Uudistukseen liittyy jonojen hallintaa ja vertailua koskevan seurannan kehittäminen ja käyttöönotto. Erityistä huomiota kiinnitetään mielenterveyspotilaiden ja kroonisesti sairaiden asemaan sekä polikliiniseen hoitoon pääsyyn.

Hoitotakuu on selvästi uudistanut ja parantanut hoitoon pääsyä myös perusterveydenhuollossa. Toimintakäytäntöjä on muutettu ja palvelua parannettu. Tuloksia on saatu keskittämällä puhelinpalveluja, kehittämällä työnjakoa ja hyödyntämällä teknologiaa eli järjestämällä nettineuvontaa. Tilanne terveyskeskuksissa on nyt merkittävästi parempi kuin ennen hoitotakuuta. Suomessa neljä viidestä asuu alueella, jossa välitön yhteydenosaanti terveyskeskukseen toteutuu. Ennen hoitotakuun voimaantuloa vuoden 2005 tammikuussa lähes neljä terveyskeskusta kymmenestä ilmoitti yhteydenosaannissa olevan jatkuvia tai ajoittaisia ongelmia.

Hoitotakuun edellyttämä hoidon tarpeen arviointi perusterveydenhuollossa kolmen arkipäivän kuluessa onnistuu pääsääntöisesti. Väestöstä 96 prosenttia asuu alueella, jossa hoidon tarve pystytään arvioimaan kolmen arkipäivän kuluessa. Jatkuvia ongelmia hoidon tarpeen arvioinnissa ei sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin helmikuussa 2006 tekemän selvityksen mukaan enää ole. Neljä prosenttia väestöstä asuu alueella, jossa määräajan toteuttaminen aiheuttaa ajoittain ongelmia. Ennen lain voimaantuloa joka kolmas terveyskeskus ilmoitti, ettei hoidon tarpeen arviointi kolmessa arkipäivässä onnistu.

Välitön yhteydenosaanti terveyskeskusten suun terveydenhuoltoon toteutuu lähes kaikkialla. Vuoden 2006 alussa noin 80 prosenttia terveyskeskuksista ilmoitti toteuttavansa hoitotakuun määräajat, vaikka hoidon kysyntä on kasvanut. Hammashoidossa käy entistä enemmän henkilöitä, jotka eivät aikaisemmin ole käyneet hoidossa säännöllisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriö seuraa hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumista yhdessä lääninhallitusten kanssa.

Potilaiden omavastuuosuudet

Valtaosa kunnallisista terveyspalveluista on Suomessa asiakkaalle maksullisia. Maksujen käytöllä on pyritty pääasiassa kahteen tavoitteeseen eli toiminnan rahoittamiseen ja kysynnän ohjailuun. Asiakasmaksujärjestelmä on syntynyt 1980-luvulla ja osin aikaisemminkin. Maksuihin on sen jälkeen tehty lukuisia yksittäisiä muutoksia.

Kotitalouksien rahoitusosuus sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista oli 7,7 prosenttia vuonna 2004. Rahoitusosuus vaihtelee palveluittain. Erikoissairaanhoidossa kotitalouksien osuus oli 4,9 prosenttia, perusterveydenhuollossa 9,9 prosenttia, vanhus-ten laitospalveluissa 18,2 prosenttia ja kotipalveluissa 14,5 prosenttia. Kotitalouksien rahoitusosuudessa lääkekustannusten osuus oli huomattava. Kunnallisessa järjestelmäs-sä ja sairausvakuutusjärjestelmässä on käytössä useita erillisiä maksukattoja, jotka vä-hentävät asiakkaiden maksurasitusta.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudis-tamistarpeita selvitettiin sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettamassa toimikunnassa, joka antoi mietintönsä syyskuussa 2005. Toimikunnan ehdotuksia on tarkemmin selostettu kohdassa 4.3.4.

4.2.3 Laatu (tavoite k)

Terveydenhuollon laadun perustana on laaja-alainen terveyden edistäminen. Toimivan palvelujärjestelmän ja sen laadun varmistavat asiakaslähtöisyys, hyvät ja monipuoliset palvelut, riittävät vanhusväestön palvelut sekä riittävä ja osaava työvoima. Laatutyö saa-tetaan entistä tiiviimmin osaksi palveluorganisaatioiden toimintaa. Kunnat käyttävät eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin laadittuja valtakunnallisia laatusuosituksia, joi-ta myös muut palvelujen tuottajat voivat hyödyntää. Palvelujen laadun arvioinnissa lisätään asiakkaiden ja potilaiden suorittaman arvioinnin ja palautteen hyväksikäyttöä. Pal-velujen saatavuutta koskevat tiedot tarjotaan kansalaisten tietoon. Yksityisiltä palveluil-ta edellytetään samaa laatua kuin kunnalliselta toiminnalta.

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

Laaja-alainen terveyden edistäminen

Terveyden edistämiseen sekä kansantautien ja niiden riskitekijöiden vähentämiseen vai-kutetaan yhteiskuntapolitiikan eri keinoin. Terveys otetaan entistä vahvemmin valintoja ohjaavaksi periaatteeksi yhteiskuntapolitiikan eri tasoilla: kansainvälisessä yhteistyössä, kansallisesti, alueellisesti ja paikallisesti. Päätöksenteossa arvioidaan ennakolta vaikutuk-sia ihmisten terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin, myös päätösten sukupuolivaikutuk-set arvioidaan. Ihmisten omatoimisuutta terveytensä ja hyvinvointinsa ylläpitäjinä ja edis-täjinä tuetaan huolehtimalla siitä, että ympäristö ja olosuhteet edistävät terveellisiä valin-toja. Terveyserojen kaventamiseksi on tarkoitus valmistella laaja-alainen kansallinen toi-mintasuunnitelma. Terveyseroja kavennetaan erityisesti vaikuttamalla ryhmiin, joissa on eniten terveysriskejä, kuten tupakointia, alkoholin käyttöä ja ylipainoisuutta.

Mielenterveysongelmia ehkäistään koko väestöön ja tunnistettuihin riskiryhmiin kohdistuin toimin. Työelämän mielenterveysriskeihin etsitään tehostetusti ratkaisuja. Näiden tueksi laaditaan valtakunnallinen mielenterveys- ja päihdehuollon toimintasuunnitelma aiempien valtakunnallisten kehittämishankkeiden kokemusten pohjalta.

Palvelun käyttäjän aseman vahvistaminen

Potilaiden oikeuksia suojellaan muun muassa potilaiden asemaa ja oikeuksia koskevalla lailla. Jokaisella Suomessa pysyvästi oleskelevalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa vaatimaan terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen puitteissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaalla on oikeus riittävään tietoon hänen terveydentilastaan ja hoitovaihtoehdoista. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Suomessa potilaalla ei ole ehdotonta oikeutta valita lääkäriään terveyskeskuksessa tai sairaalaa, jossa häntä hoidetaan. Potilaan toivomus esimerkiksi lääkärin vaihtamisesta pyritään kuitenkin mahdollisuuksien mukaan ottamaan huomioon. Potilaat voivat yleensä valita hankkivatko palvelut yksityiseltä vai julkiselta palveluntuottajalta siellä missä yksityisiä palveluita on saatavilla. Asiakkaan mahdollisuutta valita hoitopaikkansa on tarkoitus lisätä. Kiireellistä hoitoa tarvitsevalle henkilölle on annettava sairaanhoitoa kotipaikasta riippumatta. Edellä mainitun lain lisäksi potilaan oikeuksia suojellee myös lakisääteinen potilasvakuutusjärjestelmä, josta potilas voi saada korvauksen potilasvahingoista. Korvaus ei ole riippuvainen terveydenhuoltohenkilöstön tuottamuksesta.

Potilaan asemaa turvaavia lakeja täydentävät palveluja ja hoitoa koskevat säännökset ja suositukset, joilla varmistetaan asianmukainen palvelu, hoito ja hoitoon pääsy kohtuullisessa ajassa. Tavoitteena on varmistaa asiakkaiden ja omaisten mahdollisuus osallistua hoidon ja hoitojärjestelyjen suunnitteluun. Monipuolisella palvelutarpeen arvioinnilla ja asiakkaan kanssa laadittavalla yksilöllisellä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmalla selvitetään palvelujen ja hoidon tarve, sovitetaan yhteen asiakkaan tarvitsemat palvelut sekä sovitaan palvelujen tuottajien työnjaosta. Näin lisätään palvelujen vaikuttavuutta. Suunnitelmien sitovuutta korostetaan. Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmilla tehdään myös näkyväksi kunnassa oleva palvelutarve ja palveluihin tarvittavat voimavarat. Ihmisten omatoimisuutta ja itsehoitomahdollisuuksia vahvistetaan tarjoamalla tietoa terveydestä, terveyspalveluista ja itsehoidosta.

Kustannusvaikuttava hoito

Tavoitteena on turvata terveyspalvelujen laatu koko maassa täsmentämällä kuntien palvelujen järjestämisvelvollisuutta ja vahvistamalla asiakkaiden asemaa. Tarpeellisen hoidon ja sen tarjonnan kohtaamista parannetaan käyttämällä hyväksi tutkimustietoa. Ennen uusien hoitomenetelmien käyttöönottoa niiden kustannusvaikuttavuus arvioidaan kansallisesti. Arviossa käytetään hyväksi kansainvälistä arviointitietoa. Myös lääkkeiden korvattavuutta arvioitaessa otetaan huomioon lääkkeen taloudellisuus ja hoidollinen arvo.

Käypä hoito -suositusten tuottaminen on aloitettu 1990-luvun loppupuolella osana kansallista terveysstrategiaa. Tämän tuloksena terveydenhuollolle on kehitetty näyttöön perustuvan kliinisen käytännön ohjeistukset. Suosituksia on valmiina noin 70, joista osa on jo päivitetty. Suomen johtava lääketieteen seura Duodecimin valmistelee hoitosuosituksia. Työtä rahoittaa Raha-automaattiyhdistys (RAY) samoilla varoilla, joilla se tukee kansanterveystyötä. Suositukset sopeutetaan eri olosuhteisiin alueellisilla hoito-ohjelmilla. Kaikki Käypä hoito -suositukset ovat helposti saatavilla Internetissä.

Potilasturvallisuus osana laatutyötä

Laatutyötä on jo pitkään tehty paikallisella tasolla, mutta tarkoituksena on saattaa se vielä kiinteämmin osaksi palveluorganisaatioiden toimintaa. Laatutyöhön kuuluu olennaisena osana potilasturvallisuuden edistäminen. Potilasturvallisuuden edistämisen toimenpiteitä on toteutettu paikallisella tasolla, esimerkiksi sairaalainfektioiden torjuntaan on kiinnitetty erityistä huomiota. Sosiaali- ja terveysministeriö on keväällä 2006 hyväksynyt valtakunnalliset potilasturvallisuuden linjaukset. Kansallinen potilasturvallisuusverkosto on aloittanut toimintansa vuoden 2005 loppupuolella.

4.2.4 Rahoituksen kestävyys (tavoite I)

Terveydenhuoltomenojen BKT-osuus (7,5 % vuonna 2004) on selvästi EU-maiden keskiarvoa pienempi. Myös terveydenhuoltomenot asukasta kohti ovat EU-maiden pienimpiä. Eroa selittää osin Suomen terveydenhuoltohenkilöstön alhainen palkkataso. Toinen eroa selittävä tekijä on vanhusten laitoshoitomenojen tilastointiero Suomen ja monien OECD-maiden välillä. Suomessa vanhusten laitoshoitomenot on sisällytetty terveydenhuoltomenoihin monia muita OECD maita suppeammin. Vaikka nämä menot lisätään terveydenhuollon menoihin, jää niiden bkt-osuus 8,0 prosenttiin.

Vaikka terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotteeseen on pienentynyt viime vuosikymmenen alkuun verrattuna, ovat menot kasvaneet reaalisesti vuodesta 1995 alkaen. Terveydenhuollon menot ovat kasvaneet viime vuosina reaalisesti runsaan 4 prosentin vauhtia. Eniten ovat nousseet lääkkeiden ja hammashuollon menot. Hammashuollon menojen kasvu johtuu hammashuollon kattavuuden laajentumisesta. Joulukuusta 2002 lähtien koko väestö on ollut oikeutettu julkisesti tuettuun hammashuoltoon.

Lääkekustannusten hillitseminen

Lääkehoito on olennainen osa nykyaikaista terveydenhuoltoa ja lääkehoidon merkitys kasvaa edelleen. Avohoidon lääkekustannukset ovat vuositasolla yli kaksi miljardia euroa. Lääkekorvauksiin käytettiin yli miljardi euroa vuonna 2005. Vuonna 2004 lääkekorvaukset kasvoivat peräti 11 prosenttia. Vuonna 2003 kasvu oli lääkevaihdon käytönnoton seurauksena alle 7 prosenttia. Kasvun kiihtymisestä huolimatta lääkkeiden hintatarkistukset ja lääkevaihto hintakilpailuineen hidastivat korvausmenojen kehitystä.

Kehittynyt lääkehoito mahdollistaa potilaiden aiempaa nopeamman kotiuttamisen ja kotihoitoon. Hoitajaksot sairaaloissa ovat entistä lyhyempiä.

Tavoitteena on rajoittaa lääkekustannusten nykyistä noin kymmenen prosentin 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. Lääkekorvausjärjestelmää kehitetään suuntaan, joka ohjaa hoidon kannalta tarkoituksenmukaisiin käytäntöihin. Lääkekorvausten perusteena olevissa hinnoissa otetaan tämän hetkistä paremmin huomioon lääkevalmisteen hoidollinen arvo.

Nykyisin apteekkimaksulla ja lääketaksalla toteutettu lähinnä pieniä apteekkeja tukeva järjestelmä uudistetaan sellaiseksi, että se ei vaikuta lääkkeiden vähittäismyyntihintojen korottavasti. Apteekkijärjestelmää uudistetaan siten, että samalla turvataan koko maan kattava lääkejakelu ja apteekkien toteuttama lääkeinformaatio lääkkeiden käyttäjille.

Lääkehoitojen ja lääkejakelun kustannustehokkuuden lisäämisen ohella selvitetään nykyiseen lääkehoitojen kaksikanavaiseen rahoitukseen liittyvät ongelmat siten, että kunnallisen terveydenhuollon vastuut suhteessa sairausvakuutuksen rahoittamaan lääkehoitoon ovat mahdollisimmat yksiselitteiset. Asianmukainen lääkehoito turvataan sekä avo- että laitoshoidossa oleville potilaille.

Henkilöstön riittävyys ja ammattitaito

Terveydenhuollon henkilöstön riittävyys ja hyvä ammatillinen osaaminen turvaavat asiakkaille laadukkaan palvelun. Kunnallisessa terveydenhuollossa lääkärivaje on pysynyt 2000-luvulla lähes entisellään ja alueelliset vaihtelut ovat suuria. Erityisesti lääkärivaje koskee syrjäseutuja. Lääkärivaje on perusterveydenhuollossa suurempi kuin erikoissairaanhoidossa. Terveyskeskusten hammaslääkärivaje on sen sijaan kasvanut jatkuvasti. Hoitohenkilöstön (sairaanhoitajien ja perus- ja lähihoitajien) vajeet ovat huomattavasti pienemmät. Terveydenhuollon työvoiman tarpeen kehitystä seurataan säännöllisesti. Kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa vuonna 2003 toimineista 43 prosenttia arvioitiin siirtyvän eläkkeelle vuoteen 2020 mennessä. Eläkepoistumaan on pyritty varautumaan lisäämällä lääkärin, hammaslääkärin sekä sosiaali- ja terveysalan ammatillisen peruskoulutuksen ja ammattikorkeakoulutuksen aloituspaikkoja.

Henkilö- ja osaamisrakennetta kehitetään vastaamaan potilaiden tarpeita ja henkilöstön tehtäviä. Henkilöstön määrä mitoitetaan riittäväksi suhteessa potilaiden toimintakykyyn ja avuntarpeeseen. Hyvä ja tehokas palvelu edellyttää henkilöstöltä kattavaa yleis- ja erityisosaamista. Henkilöstön geriatriasta osaamista vahvistetaan sekä terveyden- että sosiaalihuollossa. Varmistetaan, että kunnilla on käytettävissään riittävä sosiaali- ja terveysalan johtamisen asiantuntemus palvelujärjestelmän suunnittelua, kehittämistä, päätöksentekoa ja toiminnan vaikuttavuuden arviointia varten.

Potilaiden vaatimat yksilölliset palvelut, muuttuvat ongelmat ja uuden teknologian hyväksikäyttö vaativat uudenlaista osaamista sekä uusia 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.

4.3 Pitkäaikaishoito

4.3.1 Pitkäaikaishoitojärjestelmän kuvaus

Suomessa ei ole erillistä lainsäädäntöä vanhustenhuollosta ja pitkäaikaishoidosta, vaan pitkäaikaishoito on osa yleistä terveyden- ja sosiaalihuoltojärjestelmää. Jokaisella, joka tarvitsee palveluja tai muuta tukea, on oikeus sosiaali- ja terveyspalveluihin. Kunnat tarjoavat pitkäaikaishoitoa terveyskeskusten vuodeosastolla ja ei-sairaanhoidollista pitkäaikaishoitoa vanhusten ja vammaisten laitoksissa. Jälkimmäiset kuuluvat sosiaalipalvelujen piiriin. On tärkeää huomata, että koska sekä terveys- että sosiaalipalveluiden järjestäminen kuuluu kuntien velvollisuuksiin, mahdollisuudet tiiviiseen yhteistyöhön ja integroituun hoitoon ovat periaatteessa erittäin hyvät.

Kunnissa on käytössä erilaisia malleja hoidon yhteensovittamiseksi riippuen siitä, kuinka sosiaali- ja terveyspalveluja hallinnoidaan. Integroitu hoito voi näin ollen viitata hallinnon integrointiin (yhteinen sosiaali- ja terveyslautakunta) tai toiminnalliseen yhteistyöhön sosiaali- ja terveysalan toimijoiden välillä. Joka tapauksessa tavoitteena on järjestää asiakkaille saumattomat palvelut sekä laatia heille henkilökohtaiset palvelu- ja hoitosuunnitelmat moniammatillisissa ryhmissä. Kotihoito, joka koostuu kotipalveluista, kotisairaanhoidosta ja muista tukipalveluista, on integroidun hoidon tärkeä alue.

Viime vuosina pitkäaikaishoidon järjestäminen on vähentynyt, ja sosiaalipalveluissa on järjestetty selvästi enemmän pitkäaikaishoitoa kuin terveydenhuollossa. Palvelun tuottajat tarjoavat useita erilaisia avopalveluja, jotta ikääntyneet voisivat asua kotona mahdollisimman kauan. Tällaisia palveluja ovat muun muassa kotipalvelut, kotisairaanhoito, päiväsairaalat ja muut päivähoitokeskukset sekä osapäivähoito.

Ikääntyneiden avohoidon osuuden laajeneminen on johtunut pääasiassa palveluasumisen ja omaishoidon tuen osuuden laajenemisesta, sillä kotipalveluja saavien vanhusten osuus on pienentynyt. Vuoden 2004 aikana kotipalvelua sai 17,8 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa hallitus on asettanut kansalliseksi tavoitteeksi, että vuoteen 2007 mennessä kotipalveluja tulisi tarjota vuosittain 25 prosentille yli 75-vuotiaista.

Palveluasunnoissa ihmiset asuvat omissa huoneistoissa mutta heille on tarjolla erilaisia palveluja, kuten ateriat, sairaanhoito ja muu päivittäisessä elämässä tarvittava apu. Vanhusten avo- ja laitosityksiköt ovat kehittäneet myös intervallihoitoa, joka tukee kotona

asumista. Huomattava osa vanhusten palveluasunnoista on rakennettu Raha-automaattiyhdistyksen avustusten tuella. Noin puolet kuntien järjestämästä vanhusten palveluasumisesta on tehostettua ympärivuorokautisen valvonnan sisältävää palveluasumista. Vuoden 2004 lopussa yli 75 vuotta täyttäneistä 5,6 prosenttia asui palveluasunnossa.

Omaishoitajat voivat saada rahallista tukea kunnalta. Järjestelmä on ollut käytössä vuodesta 1984, ja sitä on muutettu useita kertoja, viimeksi vuoden 2006 alussa. Omaishoitajalle maksettavan hoitopalkkion vähimmäismäärä on 300 euroa kuukaudessa. Jos hoitaja on estynyt tekemästä ansiotyötä hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen aikana, hoitopalkkio on vähintään 600 euroa kuukaudessa. Hoitopalkkio on veronalaista tuloa. Kunnan kanssa sopimuksen tehneelle hoitajalle kertyy työstään työeläketurvaa edellyttäen, ettei hän ole jo eläkkeellä. Kunta huolehtii myös omaishoitajan tapaturmavakuutuksesta. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellään hoidettavalle annettavien palvelujen lisäksi myös hoitajalle suunnatut omaishoitoa tukevat palvelut.

Omaishoidon tuen saajalla on oikeus saada vähintään kaksi vapaapäivä sellaista kuu-kautta kohti, jonka aikana hoitotyö on luonteeltaan erittäin sitovaa. Kunta huolehtii hoidon järjestämisestä lakisääteisen vapaan ajaksi. Kunnalla on mahdollisuus järjestää virkistysvapaita hoitopalkkiota alentamatta. Omaishoitajan käyttäessä oikeuttaan vapaapäivän pitämiseen, myös palvelusetelillä järjestettävistä kotipalveluista voi hoidettavan maksettavaksi tulla korkeintaan 9 euroa päivässä.

Suomessa kuntoutusta järjestävät sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaiset, sosiaalivaikuutusjärjestelmä ja työvoimahallinto. Kuntoutuksen tavoitteena on parantaa henkilön toiminta- ja työkykyä ja tukea heidän sosiaalisia kykyjään ja elämän hallintaa sekä itsenäistä asumista. Kuntoutusta voidaan järjestää joko lakisääteisenä tai harkinnanvaraisena.

Kuntoutus ymmärretään laajasti. Se kattaa muun muassa kuntoutusneuvonnan, yksilön kuntoutustarvetta ja –mahdollisuuksia selvittävän tutkimuksen, yleiskuntoa ja työkykyä parantavat hoito- ja kuntoutuskurssit, apuvälineiden hankinnan ja niiden huollon, sopeutumisvalmennuksen ja kuntoutusohjauksen. Lääkinnällisen kuntoutuksen lisäksi siihen kuuluvat muun muassa erityisjärjestelyt peruskouluopetuksessa, erityisammattikoulutus ja ammatillinen kuntoutus. Päävastuu ikääntyneiden kuntoutuksesta ja toimintakyvyn ylläpidosta kuuluu kunnan sosiaali- ja terveydenhuollolle. Kuntoutus muodostaa osan ikääntyneille annettavasta hoidosta ja muista palveluista.

Vammaispalveluissa palvelujen järjestämisen periaatteena on yleisten palvelujen ensisijaisuus. Vammaiselle henkilölle laaditaan henkilökohtainen palvelusuunnitelma hänen tarvitsemiensa palvelujen ja tukitoimien selvittämiseksi. Se laativat kunnan viranomaiset yhdessä vammaisen ja hänen huoltajansa tai omaistensa kanssa. Palvelusuunnitelmalla parannetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja vaikuttamismahdollisuuksia. Suunnitelma tarkistetaan määräajoin ja sille nimetään vastuuhenkilö, joka sovittaa palvelut yhteen ja kokoaa viranomaiset neuvotteluun.

4.3.2 Saatavuus (tavoite j)

Vanhusten kotipalvelujen kattavuustavoitteita ei ole toistaiseksi saavutettu, sen sijaan laitoshoidon henkilöstömitoitus on kohentunut. Hallinnonalojen välinen yhteistyö kiihottaa edelleen vahvistamista. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelelee vuonna 2007 vanhuspoliittisen kehittämisohjelman tehtyjen selvitysten pohjalta.

Vanhuspalvelujen saatavuus ja laatu varmistetaan lisäämällä palveluihin käytettäviä voimavaroja vanhusten määrän kasvaessa. Painopiste on kotona ja lähiympäristössä annettavien palveluissa. Tavoitteena ovat riittävät, oikea-aikaiset ja tarkoituksenmukaiset hoito- ja kuntoutuspalvelut. Sosiaalihuollon palvelujen saaminen riittävän ajoissa varmistetaan säätämällä keskeisiin palveluihin määräajat. Palveluissa otetaan systemaattisesti käyttöön ehkäisevä ja kuntouttava työote ja hoitokäytäntöjä uudistetaan asiakaskeskeisiksi, aktivoiviksi ja moniammatillisiksi. Vanhuksen omat voimavarat, toimintakyky ja läheisverkosto ovat palvelujen lähtökohtana. Kunnat tukevat yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa omaisten panosta ja jaksamista.

Vanhusten yhdenvertaisuutta palvelujen saannissa parannetaan kehittämällä palvelutarpeen arviointia laaja-alaisemmaksi ja yhdenmukaisemmaksi. Maaliskuusta 2006 lähtien kaikki yli 80-vuotiaat ja Kelan erityishoitotukea saavat pääsevät halutessaan kiireettömissä tapauksissa palvelutarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta. Kiireellisissä tilanteissa kaikkien palvelujen tarve on iästä riippumatta arvioitava viipymättä. Palvelutarpeen arvioinnin jälkeen asiakkaalle on annettava hänen niin halutessaan kirjallinen päätös palvelujen myöntämisestä tai myöntämättä jättämisestä. Asiakas voi hakea päätökseen muutosta. Jos päätös palvelujen järjestämisestä on myönteinen on asiakkaalle laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma.

Kunnat voivat järjestää kotipalveluja ja kotisairaanhoitoa joko erikseen tai yhteisesti kotihoitona. Osana sosiaalialan kehittämishanketta on tarkoitus vahvistaa kotipalveluiden ja kotisairaanhoidon kansallisen tason ohjausta. Projektin päätavoitteena on saada aikaan pysyvä parannus kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon saatavuudessa, laadussa sekä taloudellisessa ja toiminnallisessa tehokkuudessa. Parannukset ovat tarpeen palvelujen saatavuudessa, rakenteissa, sisällössä ja työtavoissa. Projekti antaa kunnille mahdollisuuden ottaa osaa ohjattuun prosessiin, jossa ne voivat käyttää hyväksi oppimista, keskinäistä tukea sekä verkostoa kokemusten vaihtamiseksi. Tärkeä näkökohta projektissa on yhteistoiminnan lisääminen sosiaali- ja terveyssektorin välillä. Yhteistoiminnan puutteet voivat keskeisesti vaikuttaa siihen, kuinka asiakas kokee kunnan palvelut. Kotipalvelujen, kotisairaanhoidon ja laitoshoidon tulee muodostaa kiinteä ja toimiva kokonaisuus.

Tavoitteena on myös lisätä riittävän varhaista ja monipuolista ehkäisevää ja kuntouttavaa toimintaa ikääntyneiden toimintakyvyn parantamiseksi. Tähän sisältyy omaehtoista liikuntaa, liikuntapainotteista kuntoutusta ja terveellisen ravitsemuksen opastusta sekä sosiaalisten verkostojen vahvistamista. Toimintaa tarjotaan ikääntyneiden omassa kotona ja lähiympäristössä. Ikääntyneitä motivoidaan ja tuetaan ottamaan vastuuta oman terveyden ja toimintakyvyn säilyttämisestä. Tavoitteena on vanhusten toimintakyvyn ko-

heneminen. Kodin ja lähiympäristön esteettömyys, toimivuus ja turvallisuus mahdollistavat vanhuksen omatoimisuuden toimintakyvyn heikentyessä.

Kunnat lisäävät yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa ja käyttävät hyväksi niiden osaamista ehkäisevän toiminnan, kuntoutuksen ja kansalaistoiminnan lisäämisessä ja vakiinnuttamisessa. Hyväkuntoisten eläkeläisten voimavaroja hyödynnetään aktiivisesti yhteiskuntaelämän eri alueilla vapaaehtoisuuden pohjalta.

Vammaisten ihmisten tasa-arvoinen kohtelu, syrjinnän poistaminen sekä itsenäinen elämä ja osallistuminen yhteiskuntaan edellyttävät yhteiskunnan esteettömyyttä ja palvelujen ja asumismuotojen kehittämistä. Tavoitteena on, että yleiset palvelut vastaavat mahdollisimman pitkälle vammaisten ihmisten tarpeisiin. Erityispalveluilla turvataan vammaisten henkilöiden yhdenvertaisuus keskenään ja muun väestön kanssa. Vammaisten henkilöiden toimintakyvyn parantamiseen liittyviin haasteisiin vastataan uusilla toiminta- ja yhteistyömalleilla, kehittämällä kuntoutusta ja parantamalla sosiaalisesti vastuullista suunnittelua. Kuntia ja kuntayhtymiä aktivoidaan, ohjataan ja tuetaan laitosasumista korvaavien yksilöllisempien asumis- ja palveluratkaisujen kehittämisessä. Vammaispalvelujen kehittämisen painopiste on henkilökohtaisen avun ja tulkkipalvelujen laajentamisessa. Vammaisille soveltuvia asuntoja ja asumisyksiköiden henkilöstöä tarvitaan lisää, jotta siirtyminen laitoshoidosta yksilöllisempiin asumisratkaisuihin lähiyhteisössä on mahdollista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tietoa ja ymmärrystä vammaisuudesta lisätään. Vammaisten yksilöllisyys ja eri vammaisryhmien erityistarpeet otetaan huomioon. Vammaispalvelut tuotetaan riittävän suurella väestöpohjalla. Vammaisten henkilöiden ja vammaisjärjestöjen asiantuntemusta hyödynnetään suunnittelussa, päätöksenteossa ja kehittämistoiminnassa.

4.3.3 Laatu (tavoite k)

Sosiaalihuollon asiakkaiden asemasta ja oikeuksista annetun lain tavoitteena on edistää asiakaslähtöistä lähestymistapaa, tukea asiakkaan oikeutta hyvään sosiaalihuoltoon sekä edistää asiakkaan ja sosiaalihuollon henkilökunnan sitoutumista yhteisesti sovittuihin asioihin. Tätä toteutetaan yksilöllisellä hoito- ja palvelusuunnitelmalla. Asiakas/potilas ja palvelunantaja laativat yhdessä suunnitelman, jossa he sopivat, kuinka palvelu, hoito tai kuntoutus toteutetaan.

Viime vuosina on julkaistu useita laatusuosituksia, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta sekä ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Jälkimmäiseen kuuluu mm. henkilöstön mitoittamista eri hoitoyksiköissä koskevia suosituksia. Suositusten toteutumista seurataan.

Pitkäaikaissairaiden hoidossa vahvistetaan moniammatillisuutta. Perus- ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalihuollon saumatonta palveluketjua on tarkoitus parantaa nykyisestäään. Laadukkailla sosiaali- ja terveydenhuollon avo- ja intervallihoidon palveluilla dementoi-

tuvat vanhukset voivat elää turvallisesti omassa kodissaan. Palvelut turvataan omalla äidinkielellä.

4.3.4 Rahoituksen kestävyys (tavoite I)

Lähivuosina väestö ikääntyy Suomessa nopeammin kuin useimmissa muissa maissa. Elinajanodotteen piteneminen ja syntyvyyden aleneminen johtavat pysyvään muutokseen väestön ikärakenteessa. Lasten ja nuorten, samoin kuin työikäisen väestön määrä vähenee ja ikääntyneiden määrä lisääntyy. Lisäksi ennusteiden mukaan väestö alkaa vähentyä 2020-luvun loppupuolella. Ikärakenteen muutoksella on vaikutuksia koko yhteiskuntaan. Muutos on ennen kaikkea merkittävä haaste julkisen talouden kestävyydelle, koska tulevaisuudessa pienenevä työikäinen väestö on vastuussa yhä suuremmasta määrästä ihmisiä, jotka ovat työelämän ulkopuolella. Arvioiden mukaan ikärakenteen muutos lisää terveyspalvelujen tarvetta keskimäärin yhden prosentin vuodessa ja sosiaalipalvelujen tarvetta 2,5 prosenttia vuodessa vuosina 2005-2020.

Suomi on monessa suhteessa valmistautunut ikärakenteen muutokseen. Suomi on myös onnistunut kustannusten hallinnassa, mikä näkyy matalana terveydenhuoltomenojen osuutena bruttokansantuotteesta. On muistettava, että väestön ikärakenteen muutokseen sisältyy myös mahdollisuuksia. Lisäksi sosiaalimenoja koskevat laskelmat osoittavat, että terveys ja työkyky vaikuttavat näihin kustannuksiin ja hyvinvointipalvelujen kestäväan rahoitukseen enemmän (ja suotuisammin) kuin pelkkä ikääntyneiden ihmisten määrän kasvu.

Koti- ja hoitopalveluiden taloudellista tehokkuutta on tarkoitus parantaa tavoilla, jotka myös työntekijät ja asiakkaat voivat hyväksyä. Näitä voivat olla esim. kohtuulliset työjärjestelyt ja teknologian käyttö asiakasystävällisellä tavalla. Arviointipuitteet toimivat hyvien käytäntöjen kehittämisen ja kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon seurannan välineenä. Koti- ja hoivapalvelujen tuottamiseen ja rahoitukseen luodaan palvelun tarvitsijoiden valinnanmahdollisuuksia lisääviä vaihtoehtoja. Rahoituksella tuetaan sitä, että vanhukset saavat toimintakykyään vastaavia palveluja.

Palvelun käyttäjien osuus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rahoituksesta on tarkoitus mitoittaa siten, että ne mahdollistavat palvelujen saatavuuden kaikille ja ohjaavat tarkoituksenmukaiseen palvelujen käyttöön. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamistarpeita selvitettiin sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa toimikunnassa, joka antoi mietintönsä syyskuussa 2005. Toimikunta katsoi, että nykyinen maksujärjestelmä on keskeisiltä osiltaan toimiva ja perusteltu. Toimikunnan mielestä maksujärjestelmää tulisi muuttaa siten, että palvelun käyttäjältä voitaisiin periä maksuja vain niistä palveluista, jotka on lailla säädetty maksullisiksi. Lisäksi maksuissa tulisi ottaa huomioon palvelujen kustannuskehitys. Toimikunta ehdotti muun muassa, että terveydenhuollon maksukattojärjestelmää yhtenäistettäisiin ja että alaikäisten hoidon maksuista luovuttaisiin. Kotona annettavien palveluiden käyntiperusteisista maksuista tulisi siirtyä aikaperusteiseen maksuun, joka määräytyisi hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellyn hoitoajan perusteella. Toimikunnan ehdotusten toteuttamisesta ei ole vielä päätetty.

Liite 4.1 Esimerkkejä hyvistä käytännöistä

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet

Hoitokäytännöissä on ollut suuria vaihteluita eri puolilla maata, ja päätöksiä kiireettömän hoidon antamisesta on tehty erilaisin perustein. Maaliskuussa 2005 voimaan tulleiden lainsäädäntömuutosten tavoitteena on turvata kansalaisille kiireettömään hoitoon pääsy samantyyppisin perustein asuinpaikasta riippumatta. Muutetun erikoissairaanhoidon mukaisesti sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan laissa säädetyn erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein.

Osana kansallista hanketta terveydenhuollon turvaamiseksi käynnistettiin helmikuussa 2004 yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden laatiminen. Työlle asetettiin johtoryhmä, jossa on edustus mm. sosiaali- ja terveysministeriöstä, Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta, Stakesista, Suomen Kuntaliitosta, sairaanhoitopiireistä, terveyskeskuksista sekä järjestöistä. Johtoryhmän tehtävänä on ollut valvoa, ohjeistaa ja koordinoita yhtenäisten kriteerien laatimistyötä. Työssä on kuultu terveydenhuoltoalan ammattijärjestöjä, erikoislääkäriyhdistyksiä, kuntia, viranomaisia ja potilasjärjestöjä.

Varsinainen hoidon perusteiden laatiminen on jaettu erikoisaloittain erityisvastuualueille. (Maa on jaettu erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten erityisvastuualueisiin). Erityisvastuualueilla työ on tehty yhteistyössä perusterveydenhuollon, hoitotyön ja lääketieteellisen asiantuntemuksen kanssa siten, että mahdollisuuksien mukaan on kuultu järjestöjä, Kansaneläkelaitosta ja kuntia. Lausuntokierroksen ja kuulemistilaisuuksissa esitettyjen näkemysten perusteella hoidon perusteisiin on tehty muutoksia.

Hoidon perusteet on laadittu 193 sairauden hoitoon ja tutkimiseen. Tavoitteena on ollut laatia perusteet noin 80 prosenttia kiireettömästä hoidosta. Kysymyksessä ei ole työ, joka tehdään kerralla valmiiksi, vaan hoidon perusteita korjataan ja kehitetään edelleen saatujen kokemusten perusteella. Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset arvioivat ja seuraavat suositusten toimivuutta. Ohjeet on julkaistu kirjana ja ne ovat saatavilla internetistä. Jokaisen ohjeen lopussa on mainittu yhteystietoineen työn tehneen työryhmän jäsenten nimet ja työryhmän vastuhenkilö.

Perusteita korjataan ja kehitetään jatkuvasti. Uusimmat perusteet on löydettävissä osoitteista www.stm.fi ja www.terveysportti.fi. Avoimen verkkojakelun kautta perusteet ovat myös kansalaisten luettavissa.

Lääkärit käyttävät näitä suosituksia apunaan päättäessään potilaan hoidosta. Suositusten ohella lääkäri ottaa aina hoitopäätöstä tehdessään huomioon potilaan yksilöllisen elämäntilanteen ja hoidon tarpeen. Lääkäri päättää potilaan hoidosta yhteisymmärryksessä tämän kanssa. Potilaalla ei ole oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa. Yksittäinen lääkäri tai hammaslääkäri voi hoidon aiheita asettaessaan myös poiketa oheisista ohjeista perustellusta syystä.

Esimerkki

LONKAN NIVELRIKON KIIREETÖN LEIKKAUSHOITO

ICD-tautiluokitus

M16 Coxarthrosis

Perusterveydenhuolto / Lähetteessä edellytettävät tiedot

Potilaalla on kliinisesti ja radiologisesti todettu selkeä primaarinen tai sekundaarinen nivelrikko.

Kiireettömän leikkaushoidon perusteet erikoissairaanhoidossa

(pisteitys 0-100)

Leikkaushoidon aiheellisuus perustuu aina yksilölliseen arvioon. Hoitoon pääsyn perusteena on 50 pisteen raja, josta poikkeavat hoitopäätökset on perusteltava kirjallisesti. Vaikka pisteraja ylittyy, leikkausta ei tehdä, jos siitä ei ole odotettavissa hyötyä potilaan liitännäissairaudet ja muut tekijät huomioiden.

• Kipu

0 pistettä Kivuton

10 pistettä Lievä kipu, rasituksen aikana

20 pistettä Kohtalainen kipu, usein särkylääkettä

30 pistettä Kova, lepokipu tai voimakas liikekipu

• Kävelymatka

0 pistettä Yli 1000 metriä

5 pistettä 100-1000 metriä

10 pistettä Alle 100 metriä

• Muut toiminnalliset rajoitukset (seisomaan nousu, porraskävely, kenkien laitto, jalkojen hoito, peseytyminen ym.)

0 pistettä Ei rajoittuneet

5 pistettä Lievästi rajoittuneet

15 pistettä Kohtalaisesti rajoittuneet

30 pistettä Uhkaa selviytymistä jokapäiväisessä elämässä

• Kliiniset löydökset (liikerajoitus, raajan eripituisuus, ontuminen)

0 pistettä Ei löydöksiä

5 pistettä Lievät löydökset

10 pistettä Vakavat löydökset

• Mahdollinen sairauden eteneminen röntgen-kuvan perusteella (nivelmaljan sisään työntyminen eli proruusio, murtumariski, luupuutos, kasaan painuma)

0 pistettä Ei uhkaa

10 pistettä Kohtalainen uhka

20 pistettä Selkeä riski

Käypä hoito -suositus: Ei

Työryhmä:

Eero Hirvensalo, Pekka Paavolainen, Jarmo Vuorinen HUS

Yhteyshenkilö: eero.hirvensalo@hus.fi

LIITE OSAAN 2

1 TALOUDELLINEN SYRJÄYTYMINEN

1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005

SUHTEELLINEN PIENTULOISUUS / KÖYHYYSRISKI

*Suhteellista köyhyysriskiä ilmaiseva tuloraja lasketaan kotitalouden käytettävissä olevien tulojen perusteella (modifioitua OECD:n kulutusyksikköä (1,0 - 0,5 - 0,3) kohden), köyhyysriskin raja on 60 % ko. tulojen medianista kunakin tarkasteluvuonna. Köyhyysriski-indikaattoreita pääasiallisen toiminnan ja sukupuolen mukaan sekä kotitaloustyyppin mukaan on julkaistu internetissä, ks. http://www.stat.fi/tk/el/hyv_031.html

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1.1 Pientuloisten lukumäärä																
Köyhyysrajan* allittaneisiin kotitalouksiin kuuluvia henkilöitä	395 000	389 000	353 000	316 000	329 000	370 000	419 000	423 000	494 000	500 000	532 000	554 000	564 000	575 000	618 400	
-- lukumäärä																
1.2 Henkilöiden köyhyysriski - suhteellinen köyhyysraja																
-- kaikki, osuus väestöstä (%)	7,9	7,8	7,0	6,3	6,5	7,3	8,3	8,3	9,7	9,8	10,4	10,8	11,0	11,2	12,0	
-- miehet	6,5	6,9	6,6	6,3	6,6	7,7	8,5	8,5	9,7	9,6	10,1	10,8	11,3	11,1	11,6	
-- naiset	9,3	8,6	7,4	6,3	6,5	7,0	8,1	8,0	9,8	10,1	10,7	10,9	10,7	11,2	12,3	
1.3 Lasten köyhyysriski																
-- % 0-15-vuotiaista	5,0	5,5	4,6	4,9	4,0	4,7	5,6	5,8	8,0	8,2	10,8	10,7	11,0	11,8	12,2	
1.4 Nuorten köyhyysriski																
-- % 16-24 -vuotiaista miehistä	9,3	13,6	16,4	13,0	13,8	17,5	20,8	19,0	17,5	19,4	18,4	21,8	21,6	20,4	22,4	
-- % 16-24 -vuotiaista naisista	13,1	16,8	17,6	16,1	18,7	20,3	23,2	24,4	24,2	24,2	21,2	24,8	24,3	25,8	27,8	
1.5 Keski-ikäisten köyhyysriski																
-- % 25-49 -vuotiaista miehistä	4,8	5,3	5,7	6,1	6,9	7,4	8,2	9,1	9,4	8,5	8,9	9,4	11,0	11,0	10,0	
-- % 25-49 -vuotiaista naisista	4,5	5,3	4,4	4,3	3,9	4,8	6,2	6,1	7,3	7,8	9,1	8,4	8,9	8,4	9,0	
1.6 Ikäntyvien köyhyysriski																
-- % 50-64 -vuotiaista miehistä	8,7	7,8	6,6	6,0	6,4	7,9	7,9	5,9	8,3	8,5	8,5	8,4	8,0	7,7	9,5	
-- % 50-64 -vuotiaista naisista	8,8	6,3	4,3	3,5	3,6	3,5	4,1	5,1	6,5	6,9	6,5	6,7	6,1	5,6	6,7	
1.7 Eläkeikäisten köyhyysriski																
-- % 65+ -vuotiaista miehistä	10,4	6,6	3,5	2,2	2,8	4,3	3,6	4,2	7,4	6,8	6,3	6,6	7,1	7,4	8,1	
-- % 65+ -vuotiaista naisista	23,5	17,6	14,6	9,3	10,1	8,9	8,9	7,6	11,2	10,9	12,2	13,1	11,2	13,3	15,7	
1.8 Työttömien köyhyysriski, osuus työttömistä, %																
-- % työttömistä	27,1	21,6	16,9	14,3	16,9	20,7	23,2	25,6	30,9	33,4	35,6	37,2	40,7	36,0	40,1	
-- % työttömistä miehistä	32,2	23,4	17,5	16,2	20,3	24,9	28,3	32,4	39,0	40,1	43,9	42,0	47,8	42,6	45,7	
-- % työttömistä naisista	18,9	18,8	16	11,6	12,6	15,8	17,9	18,6	23,4	27,0	27,8	32,7	32,8	28,3	33,6	
1.9 Palkansaajien köyhyysriski, osuus palkansaajista																
-- % palkansaajista	1,9	1,9	1,4	1,1	1,2	1,4	2,1	1,9	2,0	2,2	2,5	2,2	2,6	2,5	2,2	
-- % palkansaajamiehistä	1,8	1,7	1,5	1,1	1,0	1,4	2,2	1,9	2,4	2,0	2,5	2,6	2,4	2,6	2,1	
-- % palkansaajanaisista	2,0	2,1	1,3	1,1	1,3	1,3	1,9	2,0	1,7	2,4	2,5	1,8	2,7	2,4	2,4	

1.10 Henkilöiden köyhyyssaste ennen saatuja tulonsiirtoja

Nettomääräisten tuotannontekijätulojen + eläkkeiden perusteella köyhyysrajan alittaneisiin kotitalouksiin kuuluvien henkilöiden osuus väestöstä (%)	17,7	20,3	24,0	25,4	26,9	25,8	25,5	24,7	24,0	23,4	22,9	22,7	22,0	22,3
-- % väestöstä														
Pelkkien nettomääräisten tuotannontekijätulojen perusteella köyhyysrajan alittaneisiin kotitalouksiin kuuluvien henkilöiden osuus väestöstä (%)	33,0	36,0	40,9	44,2	45,1	43,9	43,7	43,1	41,5	40,8	39,6	40,3	40,0	40,0
-- % väestöstä														

1.11 Pitkittäisköyhyys

Vähintään kolmena neljästä peräkkäisestä vuodesta 60% -köyhyysrajan alittaneita

-- % väestöstä	4,8	5,5	6,0	6,5	7,0	7,3	7,6
----------------	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

1.12 Tulonjaon epätasaisuus (S80/S20)

Suurituloisimman tuloviidenneksen keskitulo jaettuna pienituloisimman tuloviidenneksen keskitulolla

-- suurituloisin/pienituloisin	2,8	2,8	2,7	2,8	2,8	2,9	3,0	3,2	3,4	3,5	3,7	3,6	3,6	3,6	3,7
Poverty gap: köyhyysrajan alittaneiden keskitulojen ja köyhyysrajan erotus, % köyhyysrajasta															
-- kaikki	13,5	15,1	14,6	13,4	14,0	13,1	13,3	14,3	13,6	13,7	14,2	15,0	15,2	14,3	14,4
-- miehet	14,0	15,3	16,2	15,5	15,9	13,3	14,6	14,8	13,9	14,1	14,7	16,4	16,1	14,7	15,1
-- naiset	13,2	15,1	12,9	11,8	11,8	12,9	12,3	13,8	13,4	12,8	13,0	13,1	13,7	13,1	13,7

1.14 Köyhyysaste vaihteoisilla suhteellisilla köyhyysrajoilla

-- 40 % mediaanista	1,3	1,6	1,4	1,3	1,1	1,3	1,4	1,6	1,7	1,5	1,5	1,9	2,0	1,8	2,0
-- 50 % mediaanista	3,4	3,7	3,1	2,8	2,8	3,0	3,5	3,6	4,1	4,1	4,3	4,8	5,1	4,7	5,2
-- 70 % mediaanista	16,0	15,6	14,0	13,6	14,3	14,8	16,5	17,0	19,2	19,0	19,3	19,7	19,8	20,3	20,4

1.15 Köyhyysaste kiinteällä köyhyysrajalla (vuoden 1995 inflaatiokorjattu köyhyysraja)

-- kaikki, osuus väestöstä (%)	5,9	5,6	6,3	6,9	7,3	7,3	7,3	6,5	6,6	5,8	5,9	5,7	5,2	4,2	3,8
(vuoden 2000 deflaoitu köyhyysraja)															
-- kaikki, osuus väestöstä (%)	10,5	9,2	10,8	12,3	13,4	12,7	13,0	11,7	11,7	10,4	10,4	9,8	8,7	7,7	6,7

VIIMESIJAISET SOSIAALIETUUKUDET

1.16 Toimeentulotuki

-- toimeentulotukea saaneet henkilöt vuoden aikana	314 000	396 000	465 000	528 000	577 000	584 000	610 000	594 000	535 000	483 000	454 000	443 000	430 000	424 000	401 000	380 000*
-- toimeentulotukea saaneiden henkilöiden osuus väestöstä, %	6,3	7,9	9,2	10,4	11,3	11,4	11,9	11,5	10,4	9,5	8,8	8,5	8,3	8,1	7,7	7,2
-- toimeentulotukea saaneet kotitaloudet vuoden aikana	182 000	223 000	259 000	293 000	329 000	339 000	350 000	345 000	313 000	292 000	272 000	264 000	263 000	261 000	251 000	238 000*
-- toimeentulotukea saaneiden yksinhuoltajatalouksien osuus kaikista toimeentulotuen saajatalouksista, %	..	..	27,3	31,6	32,0	30,7	31,9	31,3	29,5	28,1	27,0	27,6	28,6	28,1	26,9	
-- toimeentulotukea 10-12 kuukautta vuoden aikana saaneita kotitalouksia	21 000	26 000	30 000	43 000	57 000	68 000	80 000	84 000	73 000	68 000	66 000	67 000	68 000	63 000	60 000	56 000*
-- 10-12 kuukautta toimeentulotukea saaneiden osuus tukeaa saavista kotitalouksista, %	11,8	12,0	11,5	14,6	17,5	20,1	23,0	24,6	23,3	23,4	24,4	25,6	26,1	24,2	24,1	23,5*

VELKAANTUNEISUUS

1.17 Ulosottovelalliset

Ulosottovelallisia, % väestöstä

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
	8,7	8,1	9,0	8,0	7,7	7,0	5,6	5,3	5,8	5,6	5,2	4,5

2 TERVEYDELLISET ONGELMAT

KOETTU TERVEYDENTILA

2.1 Oman terveydentilan huonoksi tai melko huonoksi arvioineiden osuus

- 25-64-vuotiaat miehet, %	9,7	9,7	8,6	8,6	8,6	8,4	8,4	8,4	8,9	8,9	9,0	8,2	7,6	10,6	7,5
- 25-64-vuotiaat naiset, %	7,6	7,6	6,9	6,9	6,9	7,4	7,4	7,4	7,2	7,2	7,8	8,5	7,0	8,3	7,7

ELÄKEIKÄISEN VÄESTÖN TOIMINTAKYKYISYYS

2.2 Niiden ikävakioitu osuus 65-84-vuotiaista, joilla on ongelmia liikuntakyvyssä (mitattu portaisa kulkemisella)

- miehet, %	..	..	..	23,4	..	20,7	..	22,1	..	18,3	..	18,8	..	19,9	..
- naiset, %	..	..	..	30,3	..	25,6	..	29,5	..	27,7	..	27,4	..	26,9	..

SOSIAALISET TERVEYSEROT

2.3 35-vuotiaiden elinajanodote sosiaaliryhmittäin (ylemmät toimihenkilöt = 100)

-ylemmät toimihenkilömiehet	100,0	..	..	..	..	100,0	..	..	..	..	100,0	..	..	..	..
-alemmat toimihenkilömiehet	94,5	..	..	..	..	94,9	..	..	..	..	94,7	..	..	..	..
-työntekijämiehet	86,4	..	..	..	..	86,7	..	..	..	..	86,5	..	..	..	..
-maanviljelijämiehet	92,1	..	..	..	..	93,2	..	..	..	..	92,1	..	..	..	..
-ylemmät toimihenkilönaiset	100,0	..	..	..	..	100,0	..	..	..	..	100,0	..	..	..	..
-alemmat toimihenkilönaiset	97,7	..	..	..	..	98,1	..	..	..	..	98,2	..	..	..	..
-työntekijänaiset	94,0	..	..	..	..	93,9	..	..	..	..	93,4	..	..	..	..
-maanviljelijänaiset	94,9	..	..	..	..	95,9	..	..	..	..	95,0	..	..	..	..

3 TYÖMARKKINOILTA SYRJÄYTYMINEN

TYÖTÖMYYSS

3.1 Työttömyysaste, %

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
-- kaikki	3,2	6,6	11,7	16,3	16,6	15,4	14,6	12,7	11,4	10,2	9,8	9,1	9,1	9,0	8,8	8,4
-- miehet	3,6	8	13,6	18,1	18,1	15,7	14,3	12,3	10,9	9,8	9,1	8,6	9,1	9,2	8,7	8,2
-- naiset	2,7	5,1	9,6	14,4	14,8	15,1	14,9	13	12	10,7	10,6	9,7	9,1	8,9	8,9	8,9

3.2 Ulkomaalaisten työttömyysaste

-- kaikki	..	..	..	..	53,0	49,0	48,0	44,0	39,0	37,0	31,0	31,1	28,4	28,6	29	28
-- miehet	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	25,8	24,0	24,6	..	21
-- naiset	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	37,7	34,0	33,7	..	31

3.3 Nuorisotyöttömyysaste (15-24 v.)

-- kaikki	9,3	16,3	26,4	33,6	34,0	29,7	28,0	25,2	23,5	21,5	21,4	19,8	21,0	21,8	20,7	20,1
-- miehet	10,2	19,0	30,1	36,4	37,2	30,7	29,5	25,4	22,8	20,8	21,1	19,6	21,2	21,9	22,0	20,6
-- naiset	8,2	13,4	22,5	30,6	30,4	28,6	26,3	25,1	24,3	22,1	21,6	20,0	20,9	21,6	19,4	19,5

3.4 Pitkäaikaisyöttömyysaste

Yli vuoden työttömänä olleiden osuus työvoimasta

-- kaikki	..	0,7	..	5,8	..	5,5	4,6	4,5	3,9	2,9	2,7	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0
-- miehet	..	1,1	..	7,3	..	6,2	4,9	4,7	4,2	3,1	2,7	2,3	2,4	2,4	2,1	2,1
-- naiset	..	0,7	..	4,2	..	4,7	4,4	4,4	3,6	2,7	2,6	2,0	1,8	1,8	1,8	1,8

3.5 Pitkään työttömänä oleita työvoimatoimistoissa rekisteröityjä työttömiä työnhakijoita

-- yli vuoden työttömänä	3 029	5 298	29 239	86 018	133 561	140 224	134 898	124 558	112 612	97 981	88 968	82 693	77 661	72 426	73 040	72 366
-- yli kaksi vuotta työttömänä	..	539	1 302	10 079	32 740	53 620	59 957	56 957	54 656	50 620	43 508	39 224	36 407	33 336	31 756	31 397

3.6 Vajaakuntoiset työttömät työnhakijat

-- vuoden aikana	..	..	42 000	46 000	48 800	50 900	54 900	59 600	62 500	66 600	68 700	68 600	67 400	66 900	67 500	67 300
-- % työttömistä työnhakijoista	..	..	6,5	6,0	6,0	6,3	6,9	7,9	8,9	10,0	10,9	11,6	11,7	11,7	11,8	12,1

3.7 Alueellisten työllisyysasteiden hajonta (NUTS2-taso) **

-- kaikki	..	..	..	..	..	..	7,4	7,1	7,4	6,7	6,8	7	6,7	6,1	5,5
-- miehet	..	..	..	..	..	..	7,8	7,6	7,0	6,5	6,2	6,4	6,3	5,7	5,2
-- naiset	..	..	..	..	..	..	7,6	7,2	8,4	7,4	7,8	8,1	7,6	6,7	6,2

TYÖLLISTÄMISTOIMENPITEET

3.8 Tukitoimenpiteillä työllistetyt

Palkkaperusteisin toimenpitein työllistetyt, vuosikeskiarvo *

-- kaikki	30 500	40 300	52 100	56 800	66 400	63 600	64 600	62 600	57 000	51 500	43 000	38 500	38 300	39 800	39 800	38 500
-- naisia, %	..	45,3	43,7	45,1	50,3	54,3	56,7	58,0	59,8	61,6	62,7	63,9	62,6	58,5	59,3	57,1

3.9 Työvoimapolitiisessa koulutuksessa olevat,

Kuuauuden lopussa keskimäärin

16 800	17 300	26 300	27 200	28 400	33 900	42 300	46 800	41 300	38 100	30 900	26 350	29 700	29 200
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

TYÖHÖN OSALLISTUMATTOMUUS

3.10 Työssäkäymättömyysaste vuoden aikana

Tulonjakotilaston mukaan

Henkilöitä kaikkiaan kotitalouksissa, joihin kuuluu vähintään yksi työkäinen (18-59-vuotias), mutta ei yhtään työllistä vuoden aikana, osuus kaikista henkilöistä, jotka kuuluvat työkäisten kotitalouksiin (opiskeijat foudet pl)

-- kaikki	3,8	4,4	6,9	8,9	9,7	9,2	10,0	9,6	9,3	8,9	8,4	8,3	7,4	7,6	8,1
-- miehet	3,8	4,6	7,2	9,1	10,1	9,5	10,2	9,8	9,8	9,5	8,5	8,6	7,5	7,9	8,4
-- naiset	3,8	4,3	6,6	8,8	9,3	8,9	9,8	9,4	8,7	8,4	8,3	7,9	7,2	7,4	7,8
-- lapset (0-17 v.)	1,2	1,9	4,8	5,7	6,6	5,4	5,6	6,1	5,6	6,2	5,9	5,9	4,4	4,5	5,6

Työvoimatutkimuksen mukaan (työtön kotitalous on sellainen, jonka jäsenistä yksikään ei ollut työssä tutkimusviikon aikana)

-- kaikki	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	10,9	11,0
-- miehet	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	11,6	11,2
-- naiset	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	10,3	10,9
-- lapset (0-17 v.)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5,7	5,7

* Palkkaperusteisten tukitoimenpiteiden määrä vuosina 2003 ja 2004 edellisvuosia tarkemmin rajattu.

** Alueellisten työllisyysasteiden (15-64 v.) variaatiokerroin NUTS2-tasolla laskettuna.

4 ASUNTOMARKKINOILTA SYRJÄYTYMINEN	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ASUINOLOJEN ONGELMAT																
4.1 Erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvia																
-- % kaikista asutokunnista	9,7	9,3	8,8	8,2	7,9	7,8	7,5	7,3	7,2	7,1	7,0	6,8	6,7	6,7	5,7	
-- henkilöitä, % väestöstä	30,5	29,6	29,1	28,6	28,1	27,5	26,9	26,3	25,4	24,5	23,4	22,5	21,7	20,9	20,2	
4.3 Aravvuokra-asuntoihin jonottavia																
-- kaikkiaan	57 000	69 000	86 000	57 000	69 000	86 000	90 000	96 000	106 000	107 000	118 000	112 000	110 900	95 600	87 400	79 315
-- erittäin kiireellisessä asunnontarpeessa olevien hakijaruokakuntien osuus	..	23,9	24,4	22,7	24,4	22,6	24,5	24,5	26,7	24,5	26,7	26,2	24,2	21,7	22,1	21,5
ASUNNOTTOMUUS																
4.4 Yksinäiset asunnottomat																
-- yhteensä	15 250	14 100	12 880	11 670	10 560	10 430	9 610	9 820	9 990	9 990	10 000	10 000	9 560	8 186	7 651	7 430
-- maahanmuuttajia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	330	330	243	282	232
-- ulkona ja tilapäisissä suojissa ja yömajajoissa yms.	3 610	3 370	3 030	2 560	1 760	1 710	1 720	1 720	1 770	1 750	1 790	2 160	2 060	1 986	1 912	1 623
-- laitoksissa asunnon puuttumisen vuoksi	3 690	3 340	3 030	2 410	2 170	2 110	2 110	2 450	2 350	2 390	2 420	2 080	2 080	1 307	1 264	1 277
-- tilapäisesti sukulaisten ja tuttavien luona	7 950	7 390	6 820	6 700	6 630	6 610	5 780	5 650	5 870	5 850	5 790	5 720	5 420	4 556	4 192	4 244
-- naisia, %	..	..	..	..	..	..	18,7	25,6	19,6	18,2	17,5	17,5	17,3	19,2	19,0	19,3
-- alle 25-vuotiaita, %	..	..	..	..	..	..	15,7	22,0	19,8	18,4	17,5	16,8	16,7	19	18,6	18,4
4.5 Asunnottomat perheet																
-- kaikkiaan	800	700	570	250	380	560	360	600	820	780	780	780	770	415	357	355
-- maahanmuuttajia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	130	210	79	80	50

5 KOULUTUKSESTA SYRJÄYTYMINEN 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005

PUUTTEELLINEN KOULUTUS

5.1 Perusasteen suorittamatta jättäneet

-- oppivelvollisuutensa laiminlyöneet, erotodistuksen saaneet ja ilman erotodistusta eronneet

335 363 228 .. 304 253 210 197 262 322 296 292 315* 335 301 353

5.2 Vähäiselle koulutukselle jääneet nuoret

-- 18-24 -vuotiaiden, joilla on vain perusasteen koulutus ja jotka eivät enää ole missään koulutuksessa, osuus ikäryhmästä, %

.. 12,8 11,1 8,1 7,9 9,9 7,4** 10,3 9,9 8,2 8,7
 -- miehiä 11,4 9,1 8,6 12,0 9,8** 13,0 12,6 10,1 10,6
 -- naisia 10,8 7,0 7,2 7,9 5,1** 7,7 7,3 6,5 6,9

* vuoden 2002 luku korjattu.

** korjattu aikasarja vuodesta 2000 eteenpäin. Asevelvolliset jätetty tarkastelun ulkopuolelle. Lisäksi tilaston viiteaika vuosina 1995-1999 on vuoden 2. neljännes, vuodesta 2000 eteenpäin 1. neljännes.

6 MUU SYRJÄYTYMINEN 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005

SYRJÄYTYMISVAARASSA OLEVAT LAPSET JA NUORET

6.1 Koulutuksen lopettaneet ei-työlliset nuoret

Nuoret, joilla ei ole perusasteen jälkeistä koulutusta ja jotka eivät ole työllisiä eivätkä ole koulutuksessa, varusmiespalveluksessa, siviilipalveluksessa tai eläkkeellä*)
15-19 -vuotiaat

-- lukumäärä	..	..	..	..	19 000	18 000	18 000	18 000	20 000	20 000	20 000	19 000	18 000	18 000
-- osuus 15-19-vuotiaista, %	..	..	..	..	5,8	5,6	5,5	6,0	6,0	5,9	6,0	6,0	5,8	5,6
-- miehet, osuus 15-19-vuotiaista, %	..	..	..	..	6,5	6,2	6,1	5,9	6,3	6,2	6,3	6,3	6,0	5,9
-- naiset, osuus 15-19-vuotiaista, %	..	..	..	..	5,0	5,0	5,1	5	5,6	5,8	5,7	5,6	5,4	5,2
20-24 -vuotiaat														
-- lukumäärä	..	..	..	..	25 000	24 000	19 000	18 000	18 000	17 000	17 000	18 000	18 000	18 000
-- osuus 20-24-vuotiaista, %	..	..	..	..	8,2	7,6	6,1	5,6	5,4	5,2	5,4	5,5	5,6	5,4
-- miehet, osuus 20-24-vuotiaista, %	..	..	..	..	8,8	8,1	6,3	5,7	5,4	5,4	5,5	5,9	5,9	5,8
-- naiset, osuus 20-24-vuotiaista, %	..	..	..	..	7,5	7,0	5,8	5,4	5,4	5,2	5,1	5,1	5,2	5,1

6.2 Lastensuojelulapset

Avohuollon piirissä lapsia ja

nuoria

..	24 700	27 800	30 700	33 300	35 800	39 700	43 700	49 350	49 600	54 300	56 400	59 900	59 100
----	----	----	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Kodin ulkopuolelle sijoitetut

lapset ja nuoret

-- yhteensä	..	8 700	9 400	10 200	10 950	11 350	11 800	12 000	12 300	12 850	13 500	14 150	14 350	14 800	15 050
-- sijoitettujen 0-17 v. osuus	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1
-- vastaavasta ikäryhmästä, %	6 200	6 400	6 400	6 400	6 400	6 500	6 800	6 800	6 900	7 300	7 500	8 000	8 400	8 700	9 200
-- huostaanotetut lapset ja nuoret	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

RIKOLLISUUS, ITSETUHO, PÄIHDEONGELMAT

6.3 Vangit

-- keskimäärin päivittäin	3 441	3 467	3 511	3 421	3 248	3 197	2 974	2 809	2 743	2 855	3 135	3 433	3 578	3 577
-- naisten osuus	3,2	3,2	3,1	3,5	3,7	4,1	4,7	5,0	4,6	5,0	5,1	5,9	5,7	5,8

6.4 Henkeen ja terveyteen kohdistuvat rikokset

-- tapauksia	26 274	25 067	22 845	21 767	24 884	27 320	27 586	28 293	28 750	30 408	29 974	30 611	31 667	32 668
-- 10 000 henkeä kohden	52,7	50,0	45,3	43,0	44,9	53,3	53,7	54,9	55,7	58,7	57,8	58,9	60,7	62,4

6.5 Nuorten rikollisuus

-- poliisin selvittämiin rikoksiin

syylisiksi epäillyt 15-20-vuotiaat	126 200	114 130	122 188	111 726	109 817	118 500	102 700	102 000	103 900	113 200	110 400	107 600	107 718	110 810
------------------------------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

6.6 Huumausainerikoksista epäillyt

-- 10 000 henkeä kohden	4,5	4,5	6,3	7,8	11,5	18,8	16,9	18,5	18,6	23,5	27,7	30,8	28,9	28,8	29,5
-- kaikki	2 267	2 240	3 200	3 952	5 835	9 593	8 641	9 526	9 594	12 123	14 332	15 992	15 010	15 009	15 448
-- naisia	281	277	445	458	679	1 026	1 116	1 422	1 241	1 537	1 899	2 283	2 068	2 319	2 610

6.7 Itsemurhat

lukumäärä:

-- miehet	1 198	1 189	1 156	1 107	1 080	1 080	965	1 038	962	954	873	933	824	815	812
-- naiset	322	304	296	291	307	309	282	284	266	253	292	271	271	260	252

ikävakioitu kuolleisuus 100 000 henkeä kohden:

-- miehet	50,1	49,2	46,6	44,6	43,5	42,8	38,0	41,0	37,9	37,5	33,7	35,7	32	31	31,1
-- naiset	12,1	11,3	11,1	10,8	11,3	11,5	10,3	10,3	9,7	9,2	10,6	9,5	9,5	9,1	9,1

ALKOHOLI

6.8 Alkoholi kuolemat

-- peruskuolinsyy alkoholisairaus tai vastaava	2 500	2 475	2 535	2 476	2 467	2 541	2 257	2 251	..	2 474	2 411	2 454	2 431	2 507	2 826
-- päihdyksissä tapaturmaan tai väkivaltaan kuolleet	1 417	1 341	1 341	1 372	1 326	1 483	1 316	1 246	1 503	1 428	1 477	1 490	1 465	1 560	1 860
	1 036	1 074	1 123	1 059	1 097	1 020	901	967	..	1 001	879	887	913	896	966

Kaikki kuolemantapaukset, joissa alkoholi vaikuttavana tekijänä tavalla tai toisella

6.9 Alkoholisairauksien takia sairaaloissa hoidetut henkilöt

Alkoholisairaus pää- tai sivudiagnoosina

-- yhteensä	16 600	16 800	16 900	17 700	19 100	19 800	20 200	20 000	20 400	19 750	20 200	19 750	20 200	19 175	21 148
-- naisten osuus, %	17,7	17,8	17,4	18,6	19,2	19,3	20,1	20,6	21,6	22,0	21,8	22,0	21,8	23,0	23,1

HUUMEET

Huumausaineisiin liittyvät

6.10 oikeuskemialliset löydökset kuolemantapauksissa

6.11 Huumesairauksien takia sairaaloissa hoidetut henkilöt

Huumesairaus pää- tai sivudiagnoosina

-- yhteensä	4 700	4 800	4 850	5 000	5 600	5 400	5 300	5 400	5 450	5 900	6 550	5 900	6 550	6 980	7 040
-- naisten osuus, %	48,1	45,8	45,0	45,5	45,9	44,5	43,6	43,6	42,7	41,0	42,8	41,0	42,8	44,8	46,5

6.12 Päihdehuollon avohoidon asiakkaita vuoden aikana

-- A-klinikat	38 500	37 500	35 500	34 100	35 400	35 600	38 200	39 100	39 300	40 000	39 300	41 800	42 000	42 000	43 000
-- nuorisotasemat	3 000	2 700	2 600	2 600	2 700	2 700	3 100	3 700	3 800	4 300	5 600	5 600	5 200	5 400	5 900

* korjattu aikasarja. Asevelvolliset ja eläkeläiset jätetty tarkastelun ulkopuolelle.

- 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.
ISBN 952-00-1933-2 (nid.)
ISBN 952-00-1934-0 (PDF)
- 3 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007. Tarkistusvuosi 2006.
ISBN 952-00-1937-5 (nid.)
ISBN 952-00-1938-3 (PDF)
- 4 Seppo Tuomola. Kansallisen terveyshankkeen 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.
ISBN 952-00-1944-8 (nid.)
ISBN 952-00-1945-6 (PDF)
- 8 Terveystieteiden tutkimuskeskusten yhteistyön periaatteet. Alueellisista ratkaisuksista kansalliseen kokonaisuuteen.
ISBN 952-00-1948-0 (nid.)
ISBN 952-00-1949-9 (PDF)
- 9 Christel Lamberg-Allardt, Heli Viljakainen ja työryhmä. D-vitamiinitilanteen seurantatutkimus 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.
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.
ISBN 952-00-2000-4 (nid.)
ISBN 952-00-2001-2 (PDF)
- 16 Niilo Färkkilä, Tarja Kahiluoto, Merja Kivistö. Lasten päivähoiton tilannekatsaus. Syyskuu 2005.
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.
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 palkkausjärjestelmäuudistuksin. Työn vaativuuden ja henkilön pätevyyden arviointi Suomessa.
ISBN 952-00-2016-0 (nid.)
ISBN 952-00-2017-9 (PDF)
- 23 Valtioneuvoston vammaispoliittisen selonteon tausta-aineisto.
ISBN 952-00-2020-9 (nid.)
ISBN 952-00-2021-7 (PDF)
- 24 Työurat pitenevät? Veto-ohjelman indikaattorit.
ISBN 952-00-2030-6 (nid.)
ISBN 952-00-2031-4 (PDF)
- 25 Lastensuojelulain kokonaisuudistustyöryhmän muistio.
ISBN 952-00-2032-2 (nid.)
ISBN 952-00-2033-0 (PDF)
- 26 Liisa Heinimäki. Varhaisen tuen vahvistaminen varhaiskasvatuksessa. VarTu -hankekuvaus 2004-2005.
ISBN 952-00-2041-1 (nid.)
ISBN 952-00-2042-X (PDF)

- 2006: 27 Rakennusalan terveystarkastusten seurantarekisteri.
ISBN 952-00-2043-8 (nid.)
ISBN 952-00-2044-6 (PDF)
- 28 Petri Virtanen, Janne Jalava, Mari Ruuth. Valtakunnallisen työtapaturmaohjelman 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.
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.
ISBN 952-00-2079-9 (nid.)
ISBN 952-00-2080-2 (PDF)
- 34 EVO-tutkimusrahoituksen jakoperusteiden uudistaminen. Työryhmän raportti.
ISBN 952-00-2085-3 (nid.)
ISBN 952-00-2086-1 (PDF)
- 35 Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskaatsaus 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.
ISBN 952-00-2102-7 (nid.)
ISBN 952-00-2103-5 (PDF)
- 41 Longer careers? The Veto Programme Indicators.
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.
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.
ISBN 952-00-2118-3 (nid.)
ISBN 952-00-2119-1 (PDF)
- 49 Maria Rautio. Terveiden 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.
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)