

Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015

– mot ett socialt hållbart och ekonomiskt
livskraftigt samhälle



Strategier för social- och hälsovårdspolitiken 2015

Till läsaren	3
Sammandrag	4
1 Syftet med omstruktureringen	6
Finland 2015	7
2 Strategiska riktlinjer – mot år 2015	8
Främja hälsa och funktionsförmåga	8
Göra arbetslivet mera attraktivt	11
Minska fattigdom och utslagning	15
Trygga en fungerande service och ett skäligt utkomstskydd	18
3 Riktlinjernas ekonomiska verkningar	23
BAKGRUND	
4 Utfallet för de mål som sattes upp 2001	25
5 Bakgrund till riktlinjerna	28
5.1 Principiella riktlinjer för utvecklingen av den sociala tryggheten	28
5.2 Den sociala tryggheten i dagens Finland	31
5.3 Förändringsfaktorer i omvärlden	38
5.4 De sociala utgifternas utveckling enligt gällande lagstiftning	48

Till läsaren

Den sociala tryggheten måste snabbt svara på förändringar i omvärlden. Den måste också ta ansvar för människorna genom hela livet. Under de senaste femton åren har den här spänningen tänjts till det yttersta. Det var en kraftansträngning att lotsa socialpolitiken genom de svåra depressionsåren och anpassa den till trycket från internationaliseringen utan att radera människornas förtroende för att skyddet fungerar. Så här i efterhand kan man se att den sociala tryggheten även då var en stark sammanhållande kraft i samhället.

Det blev nödvändigt att kritiskt granska den sociala tryggheten och återställa de sociala utgifterna till en lägre nivå. Vår strategi som utarbetades för tio år sedan ("Fem år till 2000-talet") var ett svar på dessa villkor som dikterades av ekonomin. Den snabba ekonomiska tillväxten och sparprogrammet ledde till att de sociala utgifternas andel av nationalprodukten snabbt gick ner från 35 % till en fjärdedel, dvs. till samma nivå som före depressionen.

Men bekymren var inte över. Nästa hot var den försämrade försörjningskvoten. I vår följande strategi som publicerades 2001 antog vi den här utmaningen. Vi lyfte fram en förbättring av arbets- och funktionsförmågan och en höjning av pensionsåldern som de viktigaste målen. Genom lagändringar och effektiverade handlingsprogram lyckades det att förbättra samsättningen för äldre personer och höja pensionsåldern.

De grundläggande riktlinjerna i den här strategin är desamma som för fem år sedan. De yttre utmaningarna har inte förändrats men nog förstärkts: den försämrade försörjningskvoten, internationaliseringen samt differentieringen mellan regioner och socialgrupper. Efter tio års ansträngningar har vi en större beredskap att anta den utmaning som åldrandet innebär. Ändå måste arbetet fortsätta inom den här sektorn.

Problemen med genomförandet har accentuerats. Det är inte så lätt att omsätta riktlinjerna i praktiken. Ju mer komplicerat ett problem är, desto svårare är det att tackla genom administrativa åtgärder. I många fall är lagstiftning ett grovt redskap, rekommendationer för vaga och utbildningen långsam. Det ineffektiva genomförandet är beklagligt med tanke på dem som har det sämst ställt. Deras problem är mest komplexa.

För att understryka genomförandets betydelse har vi nu sökt oss närmare praktiska handlingsmodeller. Vi försöker svara på frågorna: vart är vi på väg, vad skall vi göra och hur, i stället för att enbart svara på den vanliga strategifrågan vart är vi på väg. Strategin närmar sig ett handlingsprogram. Det finns frågor som kräver centraliserade lösningar, men det finns också andra frågor som bara kan lösas genom en förbättring av påverkningskanalerna nerifrån och uppåt. Det här förutsätter större insyn och mera kunskap.

Strategin har utarbetats i samråd mellan sakkunniga och ministeriets avdelningar. Ministeriets ledningsgrupp har dragit upp riktlinjerna för arbetet. Utvecklingsdirektör *Klaus Halla* har svarat för den praktiska koordineringen.

Helsingfors, maj 2006

Markku Lehto

Kanslichef

Sammandrag

Denna strategi presenterar social- och hälsovårdsministeriets syn på de viktigaste prioriteringarna inom social- och hälsovårdspolitiken under de närmaste åren. Strategin är upplagd på samma sätt som sin föregångare, som sträckte sig fram till 2010.

Finland 2015

Målsättningen är att Finland år 2015 skall vara ett socialt livskraftigt, ekonomiskt hållbart, effektivt och dynamiskt samhälle. Grundstenen för den sociala tryggheten är ett vittgående gemensamt ansvar. Finland deltar aktivt i utformningen av den europeiska socialpolitiken. Upprätthållande av individernas arbetsförmåga och handlingskraft är viktiga hörnstenar inom välfärden.

Hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper har minskat, befolkningens funktionsförmåga har förbättrats och behovet av krävande vård har förskjutits högre upp i åldrarna. Tiden i arbetslivet har förlängts med i medeltal tre år, fattigdomen och utslagningen har minskat och jämställdheten mellan könen har ökat. Det förebyggande arbetet har fått en starkare ställning inom samhällsätgårderna och blivit en del av servicesystemet. Tillgången till service har förbättrats och likaså dess kvalitet och effektivitet, utkomstskyddet tryggar en skälig utkomst och uppmuntrar till att söka arbete. Det finns transparens i regleringen av social- och hälsovårdspolitiken och jämställdhetsfrågorna och utbudet av information om dessa är stort.

Riktlinjerna – mot målbilden

Ministeriet sammanfattar inriktningen för den sociala tryggheten under det närmaste årtiondet i följande fyra strategiska riktlinjer:

- Främja hälsa och funktionsförmåga
- Göra arbetslivet mera attraktivt
- Minska fattigdom och utslagning
- Trygga en fungerande service och ett skäligt utkomstskydd

Utgångspunkten är att förbättra människornas hälsa och funktionsförmåga. När arbetslivet blir mera attraktivt ökar deltagandet i arbetet. Samtidigt förstärks arbetets betydelse som grund för den sociala tryggheten. Det ankommer på välfärdssamhället att å ena sidan se till att människorna har en skälig utkomst och att utslagna tas om hand. Lika viktigt är att säkra tillgången till social- och hälsovårdstjänster. De här faktorerna stärker sammanhållningen i samhället samt människornas delaktighet och välfärd.

Hur påverkar riktlinjerna de sociala utgifterna

Till en början kommer utgifterna att öka snabbare än i dag. I slutet av nästa årtionde förändras läget; sysselsättningsgraden stiger, folk går i pension senare, funktionsförmågan förbättras, utslagningen minskar och finansieringen stärks. Social- och hälsovårdsservicen fungerar och utkomstskyddet kan skötas. En förutsättning för att det skall gå så här är att systemet fortlöpande förnyas och anpassas särskilt till den förändrade åldersstrukturen.

Strategi 2015

– RIKTLINJER

Främja hälsa och funktionsförmåga

- Samhällspolitiken skall stödja funktionsförmågan och välfärden
- Minska hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna
- Grundlägg hälsa och social välfärd i barndomsåren
- Förbättra den arbetsföra befolkningens hälsa och funktionsförmåga
- Nya verksamhetsmodeller för att förbättra de äldres funktionsförmåga
- Stödja handikappades möjligheter att aktivt delta i samhället
- Klar betoning på miljöhälsa

Göra arbetslivet mera attraktivt

- Fokusera på välbefinnande i arbetslivet
- Stärka jämlikheten och verka för lika lön i arbetslivet
- Göra det lättare att förena arbete och familjeliv
- Stärka socialförsäkringens sporrande effekt
- Verka för en hållbar och sporrande finansiering av socialförsäkringen

Minska fattigdom och utslagning

- Prioritera ett preventivt perspektiv
- Ta itu med problem hos barn, ungdomar och familjer
- Stödja svårsysselsatta
- Trygga utkomsten för dem som har det sämst ställt
- Stödja invandrades och etniska gruppers delaktighet
- Stärka missbrukarservicen och förebyggandet av missbruksproblem
- Stärka medborgarorganisationernas verksamhetsmöjligheter

Trygga en fungerande service och ett skäligt utkomstskydd

- Trygga klientens ställning, servicekvaliteten och -tillgången
- Nyckeln är mångsidig service
- Trygga servicen för barn
- Förbättra tillgången till och kvaliteten på äldreservicen
- Stödja handikappades möjligheter till ett självständigt liv med hjälp av service
- Trygga arbetskraftstillgången och personalens kompetens
- Effektiva styrmodeller för servicen
- Förnya servicestrukturerna
- Utnyttja informations- och kommunikationsteknik som stöd för social- och hälsovårdsservicen
- Kostnadseffektivare läkemedelsförsörjning
- Trygga ett skäligt utkomstskydd

I Syftet med OMSTRUKTURERINGEN

■ I den här rapporten används termen social trygghet i vid bemärkelse. I begreppet ingår utkomstskydd, social- och hälsovårdstjänster, förebyggande verksamhet, arbetarskydd och delvis även jämlikhet.

En bra social trygghet är en av samhällets grundpelare. Genom reglering och omfördelning av resurser skapar det allmänna förutsättningar för att familje- och arbetsgemenskaperna, när- och lokalsamhället, företagen och tredje sektorn skall kunna axla sin del av det gemensamma ansvaret för människornas välfärd. En fungerande social trygghet är en del av en hållbar samhällsutveckling. Den ökar sammanhållningen i samhället och mjukar upp konsekvenserna av samhällsförändringar.

Syftet med den sociala tryggheten är att främja befolkningens hälsa, funktionsförmåga och välfärd samt en sund arbets- och livsmiljö. Dess uppgift är att trygga en tillräcklig utkomst samt service. När välfärden och jämlikheten ökar bland befolkningen har alla möjlighet att leva ett människovärdigt och tryggt liv samt använda och utveckla sina förmågor och färdigheter i olika skeden av livet.

Finland 2015

Målsättningen är att det finländska samhället år 2015 skall vara socialt livskraftigt, ekonomiskt hållbart, effektivt och dynamiskt. Socialskyddssystemet grundar sig på ett vittgående gemensamt ansvar. Förändringar i den internationella omvärlden och deltagandet i internationella avtal påverkar allt mer den nationella politiken. Finland deltar aktivt i utformningen av den europeiska socialpolitiken. Hörnstenarna i den sociala välfärden är upprätthållande av arbets- och funktionsförmågan, ett skäligt utkomstskydd samt egen aktivitet.

År 2015

- Befolkningens funktionsförmåga och sociala välfärd har förbättrats
- Hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper har minskat
- Tiden i arbetslivet har förlängts med i medeltal tre år
- Fattigdomen och utslagningen har minskat
- Jämställdheten mellan könen har ökat
- Främjande av hälsa och välbefinnande är ett etablerat perspektiv i samhällspolitiken
- Tillgången till service samt dess kvalitet och effektivitet har förbättrats
- Utkomstskyddet garanterar en skälig utkomst och uppmuntrar till att söka arbete
- En hållbar finansiering av den sociala tryggheten grundar sig på gemensamt ansvar som kompletteras av individens eget ansvar

2 Strategiska riktlinjer – MOT ÅR 2015

Social- och hälsovårdsministeriet och dess förvaltningsområde ansvarar för planeringen, beredningen, ledningen och uppföljningen av social- och hälsovårdspolitiken samt jämställdhetspolitiken. En hållbar finansiering av den sociala tryggheten förutsätter en fortlöpande justering av social- och hälsovårdspolitiken. Förändringsriktningen sammanfattas i följande fyra huvudstrategier

- Främja hälsa och funktionsförmåga
- Göra arbetslivet mera attraktivt
- Minska fattigdom och utslagning
- Trygga en fungerande service och ett skäligt utkomstskydd

Nedan definieras målen för de fyra huvudstrategierna, de centrala riktlinjerna samt fokusområdena vid genomförandet.

Främja hälsa och funktionsförmåga

Målet är att få hela samhällspolitiken att stödja hälsa och välbefinnande. Strävan är att lägga grunden för dessa redan i barn- och ungdomsåren. Lika viktigt är det att förbättra funktionsförmågan hos dem som är i arbetsför ålder, finna nya handlingsmodeller som hjälper den växande äldrebefolkningen att klara sig på egen hand och minska hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper. En sund livsmiljö och dess betydelse för folkhälsan accentueras.

Samhällspolitiken skall stödja funktionsförmågan och välfärden

Grunden till välfärd läggs i människornas egna när-samhällen. Social välfärd och jämlikhet är ledstjärnor för verksamheten inom alla samhällssektorer. Den sociala enhetlighet som härigenom förstärks lägger också grunden för individens hälsa.

Hälsan främjas och folksjukdomarna jämte riskfaktorer minskas genom olika samhällspolitiska metoder. Hälsan görs till en styrande princip på olika samhällspolitiska nivåer: i det internationella samarbetet, nationellt, regionalt och lokalt. Vid beslutsfattandet bedöms på förhand de socioekonomiska konsekvenserna för människornas hälsa och sociala välfärd samt könseffekterna. Man uppmuntrar människorna att ta ansvar för sin egen hälsa och välfärd genom att se till att miljö och omständigheterna stödjer sunda val.

Den internationella verksamheten in-
verkar allt mer på människornas hälsa och välfärd
samt på levnads- och hälsovanorna. Hälso- och
välfärdsaspekterna beaktas på EU-nivå och som
en del av de internationella relationerna. De är en
del av strategin för hållbar utveckling.

- Social- och hälsovårdsministeriet verkar
aktivt för att inom alla samhällssekto-
rer stärka perspektivet som betonar
hälsa och social välfärd. Verksamheten
viljar på riktlinjerna Välfärd 2015 samt
programmet Hälsa 2015. Verksamheten
inriktas på att minska riskfaktorer för
folksjukdomar, förebygga olyckor och
skapa förhållanden som stödjer hälsa.
Man förbereder sig också för eventuella
epidemier.

Minska hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna

Målet är att det allmänna hälsotillståndet skall
förbättras. Samtidigt minskar ojämlikheten i fråga
om hälsan, då de befolkningsgrupper för vilka si-
tuationen är sämst får det bättre relativt sett. Strä-
van är att minska skillnaderna i dödlighet mellan
olika utbildningsgrupper. Hälsoskillnaderna skall
minskas särskilt i de grupper som har de största
hälsoriskerna, såsom rökning, alkoholkonsum-
tion, övervikt och stress. Dessa faktorer förstärker
ofta fattigdom och utslagning. Jämlikheten i ser-
vicesystemet ökas och kommunernas arbete för
att minska hälsoskillnaderna förstärks.

- En brett upplagd nationell verksam-
hetsplan som skall minska hälsoskillna-
derna utarbetas. Uppföljningen av
hälsoskillnaderna systematiseras.
- Rökningen och alkoholkonsumtionen
minskas genom satsningar på strukturell
politik; tillgången och reklamen begränsas
och produkterna förses med varnings-
märkning. Konsumtionen påverkas
även skattevägen.

Grunden för hälsa och social välfärd läggs i barn- och ungdomsåren

Grunden för hälsa och funktionsförmåga samt
social välfärd under hela livet läggs i barn- och
ungdomsåren. Det är av största vikt att i rätt tid
stödja en sund och trygg utveckling hos barn och
unga samt föräldrarnas välbefinnande. Barnens
och ungdomarnas förmåga att hantera sitt liv
stöds genom samarbete mellan hem, skola, social-
och hälsovårdstjänster, idrotts- och ungdomsvä-
sendet, organisationer och medier. Målet är att
främja en sund, ansvarsfull och drogfri livsstil och
stärka de ungas delaktighet.

En annan viktig sak är att effektivera
det tidiga ingripandet i störningar i barnens fy-
siska och socioemotionella utveckling, inlärnings-
svårigheter, levnadsförhållanden som äventyrar
hälsan samt sjukdomar. Bara man tar itu med
problemen i tid kan hälsoskillnaderna minskas
och utslagning motverkas.

- Breda satsningar görs på tidig identi-
fikation av problem bland barn och unga
och i barnfamiljer och handlingsätt införs
som gör det lättare att ta itu med de här
problemen. Social- och hälsovårdsperso-
nalen skall ha tillräcklig kompetens.
- Familjeservicenätverkens funktion stärks,
likaså skol- och studerandehälsovården
och elevvården och samarbetet mellan
dem.

Förbättra den arbetsföra befolkningens hälsa och funktionsförmåga

I fråga om den arbetsföra befolkningen är hu-
vudmålsättningen att upprätthålla individer-
nas arbets- och funktionsförmåga så att de kan
stanna kvar i arbetslivet 2–3 år längre. Problem
som gör det svårare att delta i arbetslivet före-
byggs. Särskild tonvikt läggs på medvetenheten
om riskgrupper, dimensioneringen av tjänsterna
som riktar sig till dem och en ändamålsenlig in-
riktning av tjänsterna. I äldre åldersgrupper inom
den arbetsföra befolkningen sammanjämkas ar-
betslivets krav med arbetstagarnas fysiska och
psykiska funktionsförmåga. Arbetstagarnas hälsa
och funktionsförmåga förbättrar arbetsprodukti-
viteten; det är en viktig källa till tillväxt när ar-
betskraften krymper.

En annan målsättning är att minska antalet dödsfall genom olyckshändelser och våld bland männen så att siffran är bättre än medelnivån för EU-länderna. Förutom fysisk, psykisk och yrkesinriktad rehabilitering satsar man även på tidig social rehabilitering. Verksamheten på arbetsplatsnivå och ledarskap och samarbete som en del därav är nyckeln till problem som rör arbetsförmågan och hur individerna orkar med sitt arbete och orkar fortsätta arbeta. Individens eget ansvar för att bevara och förbättra sin arbetsförmåga är viktigt.

- Företagshälsovården utvecklas med utgångspunkt i riktlinjerna i Hälsa i arbetet 2015. Arbetslivets kvalitet förbättras genom att man identifierar nya belastningsfaktorer i arbetet och intensifierar åtgärderna som förebygger problem inom företagshälsovården. De som deltar i arbetslivet tillförsäkras högklassiga och omfattande företagshälsovårdstjänster.
- Samarbetet mellan företagshälsovården och rehabiliteringen effektivteras för att minska sjukfrånvaro och säkerställa att rehabilitering sätts in i rätt tid.
- Hälsan främjas för studerande, arbetslösa och andra som står utanför arbetslivet.

Nya verksamhetsmodeller för att förbättra de äldres funktionsförmåga

För att förbättra de äldres funktionsförmåga utökas den förebyggande och rehabiliterande verksamheten, som skall sättas in tillräckligt tidigt och vara mångsidig. Strävan är att få de äldre att självständigt ägna sig åt motion, ge dem råd om hälsosam kost och stärka de sociala nätverken samt öka satsningarna på motionsinriktad rehabilitering. Verksamheten tillhandahålls i de äldres egen hem- och närmiljö. De äldre motiveras och uppmuntras att själva ta ansvar för att bevara sin hälsa och funktionsförmåga. Målet är att förbättra de äldres funktionsförmåga. En tillgänglig, fungerande och trygg bostad och närmiljö hjälper de äldre att klara sig själva när funktionsförmågan försvagas.

Kommunerna uppmuntras att öka samarbetet med aktörer inom tredje sektorn och utnyttja deras kompetens vid förstärkningen och permanentningen av den förebyggande verksamheten, rehabiliteringen och medborgarverksamheten. Resurserna hos pensionärer som är i god kondition utnyttjas aktivt inom olika samhällsområden på frivillig basis. Skillnaderna i funktionsförmåga mellan könen uppmärksammas separat.

- De äldres funktionsförmåga och aktiva deltagande i samhället främjas.
- Den nya teknikens möjligheter utnyttjas för att förbättra de äldres funktionsförmåga och hjälpa dem att klara sig på egen hand. I de äldres bostäder vidtas åtgärder som gör bostaden tillgänglig och trygg.

Stödja handikappades möjligheter att aktivt delta i samhället

För handikappade tryggas förutsättningarna för ett självständigt liv och en suverän rätt att delta i samhällslivet inom ramen för de personliga resurserna. Handikappade får hjälp att klara sig på egen hand genom fungerande och trygga bostäder samt när- och arbetsmiljöer som är tillgängliga och därmed möjliggör deltagande på lika villkor. Handikappolitikens ställning stärks inom olika samhällspolitiska områden. De handikappades och handikapporganisationernas sakkunskap utnyttjas vid planeringen, beslutsfattandet och utvecklingsverksamheten.

Utmaningarna som rör förbättrandet av handikappade personers funktionsförmåga tacklas genom nya verksamhets- och samarbetsmodeller, utveckling av rehabiliteringen och förbättrande av en socialt ansvarsfull planering. Utnyttjandet av hjälpmedel och datateknik öppnar nya möjligheter för handikappade till studier och arbete samt till social delaktighet.

- De handikappades ställning och olika handikappgruppers behov beaktas inom de olika förvaltningsområdenas verksamhet.
- Man försäkras om att de datatekniska lösningarna lämpar sig för handikappade och kan användas av dem.

Klar betoning på miljöhälsa

Målet för miljö- och hälsoskyddet är att förebygga och undanröja hälsorisker i miljön genom nationella och internationella åtgärder. Vid utvecklandet av miljö- och hälsoskyddet beaktas de speciella förhållanden som Finlands nordliga läge och glesa befolkning innebär. Till de viktigaste målen för miljö- och hälsoskyddet hör att främja markanvändnings- och byggplaneringen för att åstadkomma en trygg och sund miljö och exempelvis reducera bullerproblem och utsläpp från trafiken.

EU:s kemikalielagstiftning utgör grunden för kemikalietylösningen. Forskning i miljöhälsa stöds för att man skall kunna motivera miljöåtgärder och bedöma deras relevans. Den tillsyn som kommunerna utför effektiveras genom att man förbättrar planeringen av tillsynen samt rapporteringen och betalningssystemen.

Inom forskningsverksamheten är strävan att följa gemensamt överenskomna etiska, rättsliga och administrativa principer för att man skall få fram forskningsinnovationer som är viktiga för folkhälsan och kunna dra nytta av dem.

- Samarbetet mellan centralförvaltningsmyndigheterna effektiveras särskilt när det gäller uppgörandet av nationella tillsynsprogram. Byggkvaliteten förbättras för att förhindra fuktskador och mikrobiella problem samt förbättra inomhusluften. Hälsoriskerna och epidemierna som orsakas av livsmedel och hushållsvatten minskas.
- Ändamålsenliga verksamhetsföretagningar skapas för användning av s.k. biobanker och insamling av material till dem.

Göra arbetslivet mera attraktivt

Arbetslivet görs mera attraktivt genom att man förbättrar trivselen i arbetet, ökar jämställdheten i arbetslivet samt gör det lättare att förena arbete och familjeliv. Ett finansiellt hållbart socialförsäkringssystem som uppmuntrar till arbete och tryggar en skäligen utkomst stärker arbetets betydelse som konsoliderare av den finansiella basen för den sociala tryggheten.

Fokusera på välbefinnande i arbetslivet

Goda arbetsförhållanden förbättrar produktiviteten och utgör en viktig konkurrensfaktor. Ett meningsfullt arbete där människans fysiska och psykiska hälsa och säkerhet är tryggad är av central betydelse för livskvaliteten och välbefinnandet. Arbetshälsa bidrar till att höja sysselsättningsgraden. En god minimistandard på arbetsförhållandena tryggas genom lag. Målet är att ytterligare minska arbetsolycksfallen och yrkessjukdomarna. För att arbete skall vara det primära alternativet för var och en bör arbetets attraktivitet och chanserna att få arbete förbättras.

Arbetsplatserna har huvudansvaret för utvecklingen av arbetsförhållandena. I sin verksamhet har arbetsplatserna stöd av arbetarskyddet, företagshälsovården och övriga experttjänster. Arbetstagarnas psykiska välbefinnande är den största utmaningen under den närmaste tiden. Arbetarskyddsmyndigheternas verksamhet fokuseras på centrala problem i arbetslivet. Övervakningens syfte är att säkerställa att arbetsplatserna tillägnar sig och inför systematisk säkerhetsledning. Företagshälsovården hjälper till med att identifiera problem i tillräckligt god tid. Arbetsmarknadsorganisationerna har en viktig roll vid utvecklingen av arbetslivet. På arbetsplatserna är detta i första hand en fråga om information, vilja och kompetens.

- Nätverkssamarbetet för utveckling av arbetslivet fortsätter. Övervakningen effektiveras genom ett intensifierat samarbete med arbetarskyddsmyndigheterna.
- Arbetsplatsernas färdigheter att använda metoder för bedömning och förebyggande av arbetsstress och psykisk belastning förbättras. För arbetsgemenskapernas bruk utvecklas metoder för att ta upp problem till diskussion och för tidigt ingripande, särskilt när det gäller förebyggande av psykiska problem.

Stärka jämställdheten och verka för lika lön i arbetslivet

Bristen på jämställdhet mellan könen i arbetslivet märks bland annat i att kvinnorna har en lägre lönenivå och avancerar långsammare och i att tidsbundna anställningsförhållanden är vanligare bland kvinnor. Främjande av likalönsprincipen är en central utmaning för jämställdhetspolitiken. Målet är att klart minska löneskillnaden fram till 2015. Detta förutsätter att lönesystemen utvecklas och förenhetligas, segregationen minskas, kvinnornas karriärutveckling förbättras, löne- och avtalspolitikens konsekvenser för jämställdheten bedöms, jämställdhetsplaner genomförs och förenande av arbete och familjeliv stöds. Målet är att en allt större del av löntagarna i början av 2010-talet skall arbeta i yrken där andelen män och kvinnor är lika stora. Andelen kvinnor i chefsställning skall på lång sikt bli betydligt större.

- Effekterna av åläggandena i jämställdhetslagen och åtgärderna inom likalönsprogrammet övervakas och utvärderas regelbundet.
- Arbetsplatsernas kunskap om jämställdhetsfrågor förbättras och arbetsplatserna uppmuntras till jämställdhetsplanering i samband med arbetarskyddsinspektioner.

Göra det lättare att förena arbete och familjeliv

Det är nödvändigt att beakta arbetstagarens livssituation utanför arbetet och dess inverkan på hur personen orkar med sitt arbete. Att förena arbete och familjeliv är en fortlöpande utmaning vid utvecklingen av arbetslivet. Attityderna skall formas så att arbetsgemenskaperna accepterar arbetstagarnas familjeplikter. Lagstiftningen om familjeledighet reformeras så att den stödjer arbetstagarna när de sköter omsorgsåtaganden utanför arbetslivet. Man kan också öka arbetstidsflexibiliteten i samband med detta.

För att minska förekomsten av visstidsanställningar utökas antalet permanenta anställningar framför allt inom de kvinnodominerade branscherna i den offentliga sektorn. Jämställdheten inom arbets- och familjelivet stöds genom att man uppmuntrar papporna att utnyttja familjeledigheten och även i övrigt ta ansvar för barnens och familjernas välbefinnande. Osäkerheten

om det egna arbetet och den ekonomiska situationen gör det ofta svårare att bilda familj och skaffa barn och gör att man skjuter upp saken.

- En jämnare fördelning av familjeledigheten mellan män och kvinnor främjas. Informationen om familjeledighet ökas för att papporna i högre grad skall utnyttja familjeledigheten.

Stärka socialförsäkringens sporrande effekt

Ålderspensioner

Ålders- och invalidpensionerna utgör kärnan i arbetspensionssystemet. Förtidspensionerna såsom arbetslöshetspensionerna kommer gradvis att frångås i och med 2005 års pensionsreform. I stället för arbetslöshetspension erbjuds aktiva satsningsmetoder.

Tidpunkten då människorna går i ålderspension måste ytterligare skjutas upp för att en del av den ökade livslängden skall användas till arbete. Den höjda intjäningsprocenten och livslängdkoefficienten uppmuntrar till detta. Syftet är att förhindra en situation där en allt högre livslängd automatiskt ökar pensionsutgifterna och medför tryck på pensionsbetalningssystemet. En sådan situation vore ohållbar med tanke på försäkringssystemet. Genom att fortsätta arbeta längre kan man kompensera livslängdkoefficientens pensionsminskande effekt.

Pensionsreformen gör det möjligt att gå i pension som 63 - 68-åring med fullt intjänad pension. Om livslängden ökar måste den undre åldersgränsen för pension höjas ytterligare.

Systemet med familjepension tillkom under en tid då de flesta kvinnor inte förvärsarbetade och en enda inkomsttagare stod för familjens utkomst. Kvinnornas deltagande i arbetslivet har förändrat änkepensionens roll och dess ställning i socialförsäkringssystemet borde omvärderas. Till exempel har man i Sverige frångått familjepensionerna. De fattigaste pensionstagarnas ställning måste tryggas genom en reform av den allmänna familjepensionen.

- Om livslängden fortsätter att öka senare lägg pensioneringen gradvis så att befolkningen går i pension flexibelt vid 64 – 70 års ålder.
- Änkepensionerna förnyas så att försäkringsprincipen och egenpensionens primära natur beaktas. För de fattigaste änkorna med ålderspension tryggas utkomsten med allmän familjepension.
- För att säkra konsekvensen i pensionsystemen koncentreras beredningen av pensionslagstiftningen till social- och hälsovårdsministeriet.
- Folkpensionerna höjs på lång sikt i den takt som ekonomin klarar av.

Invalidpensioner

I Finland är andelen personer med invalidpension stor jämfört med andra EU-länder. Individuell förtidspension finns inte längre som separat pensionsform och under de närmaste åren slopas arbetslöshetspensionen gradvis. Under de två senaste årtiondena avgick allt färre med egentlig arbetslöshetspension. De senaste åren har den här gynnsamma utvecklingen vänt. Eftersom förtidspensionerna har slopats finns det risk för att allt fler ansöker om arbetslöshetspension under de närmaste åren.

Det går inte att förlänga tiden i arbetslivet om man inte lyckas få ner antalet personer som går i invalidpension. Arbetslösheten bland de äldre inverkar också på hur lång tiden i arbetslivet blir. Skälen som inte är medicinska är komplicerade och man måste kunna komma åt orsakerna till att personer går i invalidpension eller blir arbetslösa. Det är inte förenligt med arbetspensionssystemets intressen att arbetspensionssystemet används som hjälpmedel vid företagssaneringar.

- Antalet personer som går i invalidpension minskas genom snabbare och effektivare insättning av rehabilitering och behandling.
- Det utreds om invalidpension oftare än i dag borde beviljas för en bestämd tid, så att förutsättningarna för återgång till arbetslivet kartläggs under denna tid.
- Arbetsoförmögna personer uppmuntras att återvända till arbetslivet genom tidsbestämda arbetsförsök.

Sjukförsäkring

Sjukförsäkringsreformen och den ändrade finansieringen av den accentuerade sambandet mellan premie och förmåner enligt försäkringsprincipen. Inkomstgrundade sjukdagpenningar och moderskaps-, faderskaps- och föräldrapenningar samt företagshälsovården bildar tillsammans en arbetsinkomstförsäkring som finansieras av arbetsgivarna och arbetstagarna. Staten finansierar minimiförmånerna. Reformen uppmuntrar de betalande parterna att ägna uppmärksamhet åt orsakerna till insjuknande och arbetsoförmögenhet. Kostnaderna för föräldraledighet fördelas jämnare mellan arbetsgivarna så att de kvinnodominerade branscherna inte försätts i ett sämre läge än andra. Efter reformen utgör sjukvårdersättningarna en särskild försäkring som finansieras till lika delar av staten och de försäkrade.

Arbetsinkomstförsäkring

- Satsning på tidigt ingripande för att förkorta sjukfrånvaron.
- Minimidagpenningarna höjs på lång sikt i den takt som ekonomin klarar av.

Sjukvårdsförsäkring

- Sjukvårdsförsäkringen utvecklas genom att man förnyar grunderna för ersättning av kostnader för läkar- och tandläkararvoden, undersökningar och vård.
- Ersättningsprinciperna för psykoterapi som ersätts av sjukvårdsförsäkringen och stöds av Folkpensionsanstalten samt principerna för ersättning av fysioterapi förnyas. Samtidigt utreds utvecklingsbehoven i fråga om ersättningssystemet för övriga sjukvårdskostnader.

■ Kontrollen över läkemedelskostnaderna som anknuter till sjukvårdsförsäkringen behandlas på sidan 22 i samband med "Trygga en fungerande service och...".

Utkomstskydd för arbetslösa

Utkomstskyddet för arbetslösa är av väsentlig betydelse vid höjandet av sysselsättningsgraden. Utkomstskyddet för arbetslösa är i första hand avsett att vara ett kortvarigt skydd som stödjer ett aktivt arbetssökande och främjar flexibiliteten på arbetsmarknaden. Utbildning, upprätthållande av arbetsförmågan och rehabilitering prioriteras framom utkomstskydd för arbetslösa och förtida pension. En arbetslös persons ställning på arbetsmarknaden försämras snabbt ju längre arbetslösheten varar. En aktiv sysselsättningspolitik, en s.k. tillfällig arbetsmarknad för långtidsarbetslösa, utbildning, ett tidsbegränsat utkomstskydd för arbetslösa och slopande av tilläggsdagarna inom utkomstskyddet för arbetslösa förkortar arbetslösheten. Utkomstskyddet för arbetslösa utvecklas och moderniseras som en del av socialförsäkringen. Skyddet görs mera sporrande: så att arbeta skall alltid vara det primära alternativet och det skall löna sig ekonomiskt att arbeta. Systemet med utkomstskydd för arbetslösa borde förenklas och förtydligas och det bör vara begripligt och transparent för den enskilda medborgaren.

- Maximilängden för det passiva utkomstskyddet för arbetslöshet förkortas genom att man inför sysselsättande aktiveringsåtgärder och kopplar utkomstskyddets längd till personens arbetshistoria.
- Åldersgränsen för när en person har rätt till tilläggsdagar inom utkomstskyddet för arbetslösa höjs gradvis och på lång sikt slopas tilläggsdagarna.
- Utkomstskyddet för arbetslösa höjs på lång sikt i den takt som ekonomin klarar av.

Frivilliga försäkringar

I Finland sköts personförsäkringsskyddet till stor del via det lagstadgade systemet. De privata pensions- och livförsäkringarnas andel av befolkningens sammantagna försäkringsskydd är liten. De frivilliga försäkringarnas andel kan ökas ytterligare.

Pensionerna skall trygga en tillräcklig utkomst även när tiden i arbetslivet av olika orsaker blir uppsplittrad. Samhället stödjer i dag det pensionssparande som försäkringsanstalterna erbjuder genom att pensionspremierna delvis är avdragbara i beskattningen. Det lagstadgade pensionsskyddet kan kompletteras med pensionsförsäkringar. Gränsdragningen mellan privat och offentligt ansvar görs klarare både i fråga om finansiering av service och skadeförsäkring.

- Sådant sparande uppmuntras som passar ihop med och kompletterar den lagstadgade sociala tryggheten. Sådant frivilligt pensionssparande uppmuntras som bl.a. har familjepolitiska orsaker och inte leder till att medborgarna lämnar arbetslivet för tidigt. Ansvarsfördelningen görs klarare mellan den privata och offentliga sektorn när det gäller täckande av risker i samband med pensionsskyddet och den övriga sociala tryggheten.
- Ansvarsfördelningen mellan den privata och offentliga sektorn vid skadeförsäkring förtydligas.
- Insynen ökas i hela försäkringssystemet.

Verka för en hållbar och sporrande finansiering av socialförsäkringen

I Finland vilar finansieringen av socialförsäkringen för närvarande på en stabil och hållbar grund. Redan de närmaste åren stiger socialförsäkringsutgifterna i förhållande till bruttonationalprodukten på grund av högre pensionsutgifter. Inom finansieringen av socialförsäkringen måste man förbereda sig på att utgifterna stiger på lång sikt och inte kortsynt sänka pensionsavgifterna de närmaste åren, trots att den ekonomiska utvecklingen skulle medge det. Finland har fonderat mer än de flesta andra EU-länder med tanke på framtida lagstadgade pensionsutgifter. Pensionsfondernas placeringsintäkter står för en betydande andel vid finansieringen av den sociala tryggheten och denna andel fortsätter att öka.

Vid pensionsinrättningarnas placeringspolitik eftersträvas bättre avkastning än idag, dock så att en tillräcklig solvens säkras. Det här förutsätter en måttfull ökning av riskplaceringarna. Inhemska arbetsplatser är livsviktiga med tanke på

finansieringen av den sociala tryggheten. Därför bör man fortsätta att utreda hur man genom pensionssystemet kan bevara inhemska arbetsplatser och skapa nya.

Pensionsinrättningarna skall vara tillräckligt många och konkurrera sinsemellan för att man skall kunna kontrollera kostnaderna och hantera riskerna. Möjligheterna till konkurrensut-sättning av pensionsinrättningarna ökas. Målet är en mera decentraliserad pensionsinrättningssektor än i dag. En effektiv försäkringstillsyn ser till att försäkrings- och pensionssystemets risker inte ökar och att de försäkrades intressen säkras.

- Pensionsinrättningarnas riskplaceringar ökas måttfullt samtidigt som en tillräcklig solvens säkras inom placeringsverksamheten.
- Arbetsgivarpremier som inte har anknytning till utförande av arbete slopas gradvis, samtidigt som man fokuserar på sysselsättningsutvecklingen.
- Konkurrenten mellan arbetspensionsinrättningarna och insynen i deras verksamhet förbättras. Målet är en effektiv finansierings- och försäkringsmarknad.
- En fungerande försäkringstillsyn med tillräckliga resurser skall effektivt bevaka de försäkrades intressen och övervaka konkurrenten inom försäkringssystemet samt se till att försäkringssystemet är hållbart och fungerande.

Minska fattigdom och utslagning

Fattigdom och utslagning minskas genom att man som primär verksamhetsmodell tacklar problemet ur ett preventivt perspektiv. Det nya greppet anläggs på barnens, ungdomarnas och familjernas problem, den onda cirkeln med långtidsarbetslöshet bryts och utkomsten tryggas för dem som löper den största risken för fattigdom. Effektiva åtgärder vidtas för att komma till rätta med den allt svårare missbrukssituationen. Invandrarnas och etniska gruppers delaktighet i samhället stärks. Medborgarorganisationerna får bättre verksamhetsförutsättningar för att kunna stödja grupper som löper risk för utslagning.

Prioritera ett preventivt perspektiv

Utgångspunkten för den preventiva politiken är att beakta ansvaret och de sociala aspekterna inom alla politikområden och identifiera problemen i ett tidigt skede. Förebyggande av problem befästs som en normal del av verksamheten. Bedömning- en av de sociala och hälsomässiga konsekvenserna av olika beslut ökas inom alla samhällspolitiska områden. Satsningar görs på uppväxtmiljöerna för att dessa skall stödja en balanserad utveckling hos barn och unga.

Rådgivningsbyråerna, daghemmen och skolorna samt arbetsplatserna är i nyckelställning vid det förebyggande arbetet. Tjänster som stöd- jer boende samt förhindrande av uppkomsten av segregerade bostadsområden är gemensamma utmaningar för förvaltningsområdena vid motver- kandet av utslagning. För att man skall kunna bry- ta den onda cirkel som leder till utslagning måste man se till att individerna har en tillräcklig mini- mitrygghet och bl.a. minska överskuld-sättning.

Psykiska problem förebyggs genom åtgärder som riktar sig dels till hela befolkningen, dels till identifierade riskgrupper. Satsningar görs på att finna lösningar på de psykiska riskerna i ar- betslivet. Identifieringen av våld förbättras och li- kaså det tidiga ingripandet mot orsakerna till det.

- En nationell handlingsplan för mental- och missbrukarvården görs upp utifrån erfarenheterna från tidigare nationella utvecklingsprojekt.
- Förebyggandet och behandlingen av våld effektiveras genom att man förbättrar kompetensen i samband med behand- lingen samt tjänsterna för olika befolknings grupper och samarbetet mellan de olika tjänsterna.

Ta itu med problem hos barn, unga och familjer

För att man skall kunna sköta om barnens, ungdomarnas och barnfamiljernas välbefinnande måste man granska deras livssituation som en helhet. Det gäller att beakta alla psykosociala och hälsomässiga aspekter av välbefinnandet. För att kunna stödja barn, barnfamiljer och unga och effektivt lösa problem måste man öka kunskapen och kompetensen, förändra strukturerna och införa aktiva handlingsätt. Genom förebyggande arbete hjälper man individerna att framgångsrikt ta sig igenom respektive livsfas och gå vidare till nästa.

Där utslagningsprocessen redan har börjat ingriper man aktivt för att bryta den i ett så tidigt skede som möjligt. Man ser till att personen går ut grundskolan, inleder yrkesutbildning och genomför den framgångsrikt.

- Yrkespersonalen som arbetar med barn och unga inom social- och hälsovården och inom skolväsendet får fler verktyg för tidigt ingripande till sitt förfogande. Myndighetssamarbetet intensifieras bland annat när det gäller att tidigt identifiera och stödja barn som är på väg att falla ur skolsystemet.
- Yrkespersonalen som arbetar med barn och unga inom social- och hälsovården och inom skolväsendet får fler verktyg för tidigt ingripande till sitt förfogande. Myndighetssamarbetet intensifieras bland annat när det gäller att tidigt identifiera och stödja barn som är på väg att falla ur skolsystemet.

Stöd till svårsysselsatta

Nära samarbete mellan utbildning och rehabilitering, flexibel utredning av hälsoproblem som hindrar äldre långtidsarbetslösa från att få arbete och arbetslivsrehabilitering för dem samt förbättrande av de handikappades förutsättningar att få arbete är åtgärder som bidrar till att öka sysselsättningen. Alla långtidsarbetslösa får inte arbete på den öppna arbetsmarknaden, åtminstone inte permanent. De arbetslösas delaktighet i samhället tryggas. Arbetslöshetsproblemen lindras genom att man utvecklar och testar modeller för social sysselsättning och en s.k. tillfällig arbetsmarknad.

Beskattningen, inkomstöverföringarna och förvärvsinkomsterna sammanjämkas i syfte att minska den strukturella arbetslösheten, för att kraven på den sysselsatta arbetskraftens kompetens och arbetsförmåga skall mildras. Samarbete mellan socialvården och arbetskraftsförvaltningen är det effektivaste sättet att komma åt orsakerna till långtidsarbetslöshet och undanröja hindren för sysselsättning.

- De långtidsarbetslösa möjligheter att få social sysselsättning utökas genom samarbete mellan servicecentralerna för arbetskraft och aktörerna som tillhandahåller arbetstillfällen. Långvarig arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte och social- och hälsovårdstjänster erbjuds i form av servicehelheter.
- Det görs lättare för handikappade personer att få arbete och stanna kvar i arbetslivet. Tillsammans med arbetsmarknadsorganisationerna utreds möjligheterna att utveckla arbetet och den sociala tryggheten för att stödja sysselsättningen av handikappade.

Trygga utkomsten för dem som har det sämst ställt

En stor del av utkomstskyddet består av inkomstgrundade förmåner. Därför följer förmånernas nivå huvudsakligen inkomstnivåns utveckling. Långvarig arbetslöshet eller långvarig frånvaro från arbetslivet av andra orsaker innebär att en person tvingas klara sig med minimiförmånerna eller med utkomststöd, som är den form av utkomstskydd som kommer i sista hand. De allra äldsta pensionerade kvinnorna lever också ofta på enbart folkpension eller på folkpension och en liten förvärvspension. Nivån på minimiförmånerna och de förmåner som beviljas i sista hand hålls även framdeles på en nivå som tryggar ett människovärdigt liv.

- Nivån på minimiförmånerna och utkomststödet som beviljas i sista hand justeras för att förhindra fattigdom och utslagning och trygga ett människovärdigt liv.

Stödja invandrares och etniska grupper delaktighet

Ett allmänt mål för samhällspolitiken är att effektivt förebygga tillspetsning av kulturella konflikter och främja etniska grupper delaktighet. Målet är ett balanserat samhälle där välfärden inte är bunden till den kulturella bakgrunden. Med tanke på etniska grupper delaktighet och integrationen av invandrare är det viktigt att personer som tillhör dessa grupper kan placeras i arbetslivet och inte diskrimineras på arbetet eller inom utbildningen. Genom social- och hälsovårdsåtgärder får invandrarna stöd i att klara sig själva. Tillgången till service på individens eget språk och tolktjänster förbättras. En bra integrering gör det möjligt för arbetstagare med invandrarbakgrund att vara med och producera tjänster där invandrarnas särdrag och anpassning till den dominerande kulturen beaktas.

- Samarbetet intensifieras mellan arbetskrafts-, social- och hälsovårds-, undervisnings-, kultur- och organisationssektorerna, som fungerar som stöd för invandrare och etniska minoritetsgrupper.
- Invandrarnas och de etniska gruppernas deltagande i utbildning och i arbetslivet stärks. Språkkunskapernas betydelse för integreringen av invandrarna i samhället accentueras.

Stärka missbrukarvården och förebyggandet av missbruksproblem

Den kraftigt ökade alkoholkonsumtionen har ökat missbruksproblemen och behovet av service. Ett särdrag för Finland är att man dricker för att berusa sig, vilket medför betydande folkhälso- och sociala problem. Målet är att minska riskanvändningen av alkohol och användningen av narkotika bland vuxna och förebygga problem som missbruket leder till. Särskilda satsningar görs för att förebygga att barn och unga experimenterar med och använder alkohol och narkotika.

Målet är att högst 15 procent av 16 - 18-åringarna skall röka och att användningen av alkohol och narkotika bland ungdomar skall ligga på högst samma nivå som i början av 1990-talet. Minutförsäljningsmonopolet bibehålls för att man skall kunna kontrollera tillgången till alkohol.

- Det förebyggande arbetet och tillgången till missbrukarservice förbättras och dessutom utökas vårdtjänsterna så att de motsvarar behovet. Fler vårdplatser till vilka tröskeln är låg inrättas och avgiftningsvården byggs ut.
- Miniintervention för storkonsumenter av alkohol görs till en etablerad del av den grundläggande verksamheten inom primärvården och företagshälsovården.

Stärka medborgarorganisationernas verksamhetsmöjligheter

Medborgaraktivitet är en viktig faktor som främjar välfärden. Medborgarorganisationerna gör en betydande insats när det gäller att producera stöd och tjänster för de grupper som har det sämst ställt och som faller mellan maskorna i välfärdsnätet. Tredje sektorn är en viktig aktör vid förebyggandet av problem och vid tillämpningen av nya verksamhetsmodeller på kommunnivå. En långsiktig finansiering av medborgarorganisationerna säkrar deras verksamhet. Den finländska modellen där organisationer inom social- och hälsovårdssektorn får stöd och finansiering har visat sig fungera. För att man skall kunna bevara den nationella finansieringsmodellen måste grunderna för monopoliseringen av penningssystemet stärkas.

Ur penningautomatmedlen anvisas allmännyttiga sammanslutningar långsiktiga resurser för främjande av hälsa och social välfärd. Genom understöd säkras man också de centrala verksamhetsförutsättningarna för organisationerna.

- Samarbetet stärks mellan kommunerna och tredje sektorn inom självhjälps- och frivilligarbetet. Uppföljnings- och utvärderingsdata utnyttjas i högre grad vid inriktningen av projektunderstöd och planeringen av understödsobjekt. Medborgarorganisationernas utvecklingsverksamhet effektivteras.
- Åtgärder vidtas för att minska spelberoendet, identifiera de nya slag av beroende som den nya tekniken för med sig och förbättra behandlingen av dem. De förebyggande insatserna inriktas på att minska multipelt spelberoende och på att skjuta upp starten för spelmissbruket till en högre ålder.

Trygga en fungerande service och ett skäligt utkomstskydd

Klientorientering, bra och mångsidig service, tillräcklig service för äldrebefolkningen samt en tillräcklig och kunnig arbetskraft är faktorer som tryggar ett fungerande servicesystem av god kvalitet. För att trygga befolkningens regionala jämlikhet behövs det en välfungerande styrmoddell och samarbete mellan regionerna. Ett brett utnyttjande av den nya informations- och kommunikationstekniken är ett hjälpmedel härvidlag. Tillräckliga minimiförmåner tryggar en skälig utkomst.

Trygga klientens ställning, servicekvaliteten och -tillgången

Tillgången till och kvaliteten på social- och hälsovårdstjänster tryggas i hela landet genom att man stärker klienternas ställning och preciserar kommunernas skyldighet att ordna service. Ett effektivt utnyttjande av forskningsdata gör det lättare för vårdbehovet och -utbudet att mötas. Genom att följa bestämmelserna och rekommendationerna om service och vård försäkras man sig om att individerna får ändamålsenlig service och vård och får vård inom rimlig tid. Rekommendationerna för servicens kvalitet kan utnyttjas av kommunerna och övriga serviceproducenter. Medborgarna informeras om servicetillgången. Den privata servicen förutsätts hålla minst samma kvalitet som den kommunala verksamheten.

Behovet av tjänster och sammanjämförande av dem utreds genom en mångsidig bedömning av vårdbehovet och genom individuella vård-, service- och rehabiliteringsplaner som görs upp tillsammans med klienten. I samband med bedömningen kommer man överens om arbetsfördelningen mellan producenterna. Man ser till att klienterna och deras anhöriga har möjlighet att delta i planeringen av vården och vårdarrangemangen. Genom omsorgsfullt uppgjorda planer försäkras man sig om att vården är högklassig och individuell samt effektiv och relevant. Det framhålls att planerna är bindande. Man uppmuntrar individerna att ta hand om sig själva genom att tillhandahålla information om hälsa, hälsotjänster och egenvård.

Kvalitetsarbete tas med i serviceorganisationernas verksamhet. I kvalitetsarbetet ingår även främjande av patientsäkerheten. Vid utvärderingen av servicekvaliteten utnyttjas i högre grad betygsättning och respons från klienter och patienter.

- Man vinnlägger sig om att ta hand om de grupper som inte får tillräckligt med service. Klienten ges större möjligheter att välja vårdplats. Man ser till att individerna får vård inom de uppsatta tidsgränserna. Man förbättrar särskilt mental- och missbrukspatienternas och de kroniskt sjukas ställning och gör det lättare för dem att få poliklinisk vård.
- Verksamheten baserar sig på vårdprogram och kvalitetsrekommendationer. Införandet av sådana bedöms och främjas. Nationella riktlinjer för patientsäkerheten genomförs.
- Man ser till att individerna får socialvårdstjänster i ett tillräckligt tidigt skede. Reformen av socialvårdslagstiftningen fortsätter genom lagstiftning om tidsfrister för de centrala serviceformerna.

Nyckeln är mångsidig service

Grunden för social- och hälsovårdstjänsterna utgörs av skattefinansierade tjänster som ordnas av kommunerna och som är tillgängliga för alla oberoende av social och ekonomisk ställning. Hälsovårdscentralerna är en del av basservicen och utgör grunden för hälso- och sjukvården. Privata social- och hälsovårdstjänster kompletterar den kommunala servicen och erbjuder alternativ till den. Privata tjänster produceras av privata företag och tredje sektorn. Beställar-producentmodeller kan införas inom sådan service där det finns en fungerande marknad och där en produktifiering av tjänsterna är möjlig och rationell och förenlig med klienternas bästa.

Den offentliga sektorns finansieringskanaler utvecklas så att de inte leder till ett oändamålsenligt utbud eller en oändamålsenlig efterfrågan på tjänster och inte heller möjliggör en oändamålsenlig överföring av vård- och kostnadsansvaret till en annan finansieringskanal. Finansieringen av social- och hälsovårdstjänsterna utvecklas utgående från skattefinansieringen så att avgiftssystemet stödjer uppnåendet av de samhällspolitiska mål som satts upp för social- och hälsovården.

- Arbetsfördelningen mellan den privata och offentliga social- och hälsovården preciseras och samarbetet effektiveras så att tjänsterna bildar en funktionell helhet.
- Kommunernas kompetens i fråga om köp av tjänster från den privata och den tredje sektorn förbättras i samråd mellan olika aktörer så att tjänsternas kvalitet säkras.

Trygga servicen för barn

Rådgivningsbyråerna, stödet för vård av små barn och skolan bildar tillsammans ett basservice-system som stödjer barnens välfärd och uppväxt. Genom basservicen kan man också i ett så tidigt skede som möjligt sätta in effektivt stöd till familjer i speciella situationer. För att servicen skall fungera och hålla god kvalitet behövs det tillräckliga verksamhets- och personalresurser samt en kvalitativ utveckling av verksamheten. Servicen ges även framdeles i form av närservice. Familjernas roll som servicenyttjande klienter och experter på sitt eget barns uppväxt stärks och utnyttjas.

Verksamhetsområdet för de specialtjänster som barnfamiljer behöver kan vara lokalt eller större, ofta regionalt eller landskapsomfattande.

- Hemservicen blir på nytt en förebyggande basservice som även är avsedd för barnfamiljer. Rådgivningsarbetet, skolhälsovården och barnskyddet tillförsäkras tillräckliga verksamhetsförutsättningar.
- Servicen till familjer samlas lokalt och regionalt i familjecenter så att de stödjer barnfamiljernas välbefinnande.

Förbättra tillgången till och kvaliteten på äldreservicen

Tillgången till och kvaliteten på äldreservicen säkras genom en större resurstilldelning när äldrebefolkningen ökar. Tyngdpunkten ligger på service som ges i hemmet och närmiljön. Vård- och rehabiliteringstjänsterna skall vara tillräckliga, ändamålsenliga och sättas in i rätt tid.

De äldres likställdhet när det gäller att få service förbättras genom att bedömningen av servicebehovet görs bredare och enhetligare. Ett preventivt och rehabiliterande arbetssätt införs systematiskt inom servicen. Vårdpraxisen läggs om så att den blir kundorienterad, aktiverande och mångprofessionell. Den äldre personens funktionsförmåga, egna resurser och anhörignätverk är utgångspunkten för tjänsterna. Tillsammans med aktörerna inom tredje sektorn stödjer kommunerna de anhörigas insats och hjälper dem att orka med sin uppgift.

Den sammanhängande servicekedja som består av primärvård och specialiserad sjukvård samt socialvård förbättras ytterligare. Högklassiga öppenvårds- och intervallvårdstjänster inom social- och hälsovården gör det även möjligt för äldre med begynnande demens att bo kvar hemma. Servicen på det egna modersmålet tryggas. Alternativ skapas för ordnandet och finansieringen av hem- och omsorgstjänster.

- Mått på funktionsförmågan används i större utsträckning som hjälpmedel vid bedömningen av äldre personers servicebehov och vid planeringen av serviceutbudet samt vid kontrollen av servicekvaliteten.
- Social- och hälsovårdstjänsterna bildar en fungerande helhet inom vilken utbudet av hemtjänster för äldre utökas. De äldre får hjälp att klara sig hemma så länge som möjligt och övergången till intensivare service görs smidig. Personalens geriatriska kompetens höjs.

Stärka handikappades möjligheter till ett självständigt liv med hjälp av service

Målet är att den allmänna servicen så långt som möjligt skall motsvara de handikappades behov. Genom specialtjänster tryggas jämlikheten för de handikappade. Kommunerna och samkommunerna aktiveras, styrs och stöds vid utvecklandet av boende- och servicelösningar som är mera individuella och ersätter boende på institution. Det behövs fler bostäder som lämpar sig för handikappade och mera personal vid boendeenheterna för att det skall vara möjligt att övergå från institutionsvård till mera individuella boendelösningar i närsamhället. Vid utvecklandet av servicen för handikappade ligger tyngdpunkten på att bygga ut den personliga hjälpen och tolktjänsterna.

Kunskapen om och förståelsen för vad det innebär att vara handikappad ökas. De handikappades individualitet och olika handikappgruppers specialbehov beaktas. Genom styrning av servicen gör man det lättare för handikappade att utträtta ärenden samtidigt som man sammanställer stödåtgärderna och tjänsterna till en helhet som motsvarar de individuella behoven. Man försäkras sig om att befolkningsunderlaget för ordnande av service för handikappade är tillräckligt stort.

- Lagstiftningen utvecklas så att handikappade personer får bättre möjligheter till personlig hjälp och personer med svår tal- och hörselskada får bättre möjligheter att få tolkservice.
- Ett nationellt handlingsprogram utarbetas för svårt handikappade personers boende och tjänster i samband med boendet.

Trygga arbetskraftstillgången och personalens kompetens

En tillräcklig och kompetent personal inom social- och hälsovården garanterar att klienterna får högklassig service. Person- och kompetensstrukturen utvecklas för att motsvara klienternas behov och personalens uppgifter. Personalvolymen dimensioneras så att den är tillräcklig i förhållande till klienternas och patienternas funktionsförmåga och hjälpbehov.

En bra och effektiv service förutsätter en bred allmän- och specialkompetens hos personalen. Kommunerna skall förfoga över en tillräcklig ledarkompetens inom social- och hälsovården med tanke på planeringen och utvecklingen av servicesystemet, beslutsfattandet och bedömningen av verksamhetens effektivitet.

De individuella tjänster som klienterna och patienterna kräver, de föränderliga problemen och utnyttjandet av ny teknik kräver ett nytt slags kompetens, nya handlingsmodeller och nya arbetsrutiner. Genom regelbunden, lagstadgad fortbildning hjälper man personalen att uppdatera sin kompetens och utveckla sitt arbete. Personalens och arbetsgemenskapernas färdigheter att arbeta i en mångkulturell miljö förbättras och integrationen av utländsk personal i arbetsgemenskaperna inom social- och hälsovården underlättas.

- Utbildning ordnas och arbetsförhållandena utvecklas för att det skall finnas arbetskraft som är villig att arbeta inom social- och hälsovården.
- Styrningen av kommunerna effektiveras genom införande av rekommendationer för personalstrukturen och dimensioneringen av personalen inom socialvården.

Effektiva styrmodeller för tjänsterna

Insynen i och kontrollen över statsstyrningen förbättras. Det fyraåriga mål- och handlingsprogrammet för social- och hälsovården görs om till ett nationellt utvecklingsprogram för social- och hälsovården. Programmet används för att styra genomförandet av de social- och hälsovårdsreformer som formulerats i regeringsprogrammet. Finansieringen av utvecklingsprojekt fogas till målen för programmet. Programmet bereds och genomförs i samråd med aktörerna inom social- och hälsovården samt intressentgrupperna, särskilt kommunerna. Programmet innehåller en plan för styråtgärder från olika myndigheters sida inom statens central- och regionalförvaltning. Fokusområdena för tillsynen över social- och hälsovården tas med i programmet.

Vid övervakningen av social- och hälsovårdstjänsternas kvalitet betonas förhandskontroll samt rådgivning, handledning och uppföljningsdata som ges till serviceproducenterna. På det här sättet kan man på förhand komma till rätta med problem som rör servicens innehåll och kvalitet. Länsstyrelsens och kommunernas skyldigheter och arbetsfördelning vid tillsynen görs klarare och tillsynsförfarandena förenhetligas och preciseras.

Lagstiftningen om social- och hälsovården omstruktureras så att tonvikten läggs på främjande av befolkningens hälsa och funktionsförmåga samt tryggnad av en tillräcklig service.

- Mål- och verksamhetsplanen för social- och hälsovården och bestämmelserna om finansiering av utvecklingsprojekt ses över så att man 2008 kan ta i bruk ett förnyat nationellt utvecklingsprogram för social- och hälsovården och en förnyad praxis för beviljande av statsbidrag.
- Lagstiftningen om social- och hälsovården omstruktureras gradvis så att tonvikten läggs på garanterande av en tillräcklig och högklassig service. Folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård slås ihop. Socialvårdslagen förnyas med särskilt avseende på servicen för äldrebefolkningen.

Förnya servicestrukturerna

Organiseringen av de social- och hälsovårdsuppgifter som ankommer på kommunerna är en central del av kommun- och servicestrukturreformen. Genom social- och hälsovårdens strukturer skapas förutsättningar för tryggnad av jämlik och tillräcklig service för befolkningen och för övrig social- och hälsovård i en föränderlig omvärld.

En fungerande servicestruktur är en central förutsättning för att man skall kunna trygga den sociala välfärden och främjandet av hälsan samt ordna servicen effektivt och förbättra dess relevans. Vid organiseringen av social- och hälsovårdstjänster som kräver ett brett befolkningsunderlag behövs regionala strukturer. I den regionala strukturen beaktas både organiseringen av service och främjandet av hälsa, funktionsförmåga och social trygghet.

Befolkningens hälsa och välfärd påverkas även av andra åtgärder än dem som vidtas inom social- och hälsovården. Vid de strukturella lösningarna beaktas behoven av samarbete med olika uppgiftsområden inom kommunsektorn samt mellan statens och kommunernas uppgiftsområden. Social- och hälsovårdens uppgifter samlas i regionala samarbetsstrukturer samtidigt som man ser till att primärvården och specialsjukvården bildar en funktionell helhet. Regionstrukturen och systemet för finansiering av den bidrar till att stödja balanseringen av kommunens finansieringsansvar och skyldigheterna att ordna social- och hälsovårdstjänster.

I samband med de strukturella förändringarna betonas funktionella reformer. Exempel på sådana är förnyande av personalens arbetsfördelning, ett smidigt förenande av lokal service och regional konsultation, tillägnande av effektiva verksamhetsmodeller samt införande av arbetsätt som förbättrar kompetensen.

- Genom en servicestrukturreform försäkras man sig om en jämlik tillgång till social- och hälsovårdstjänster i hela landet.

Utnyttja informations- och kommunikationsteknik som stöd för social- och hälsovårdsservicen

Informations- och kommunikationstekniken möjliggör en effektiv hantering av klientdata samt processtyrning utifrån realtidsinformation. Med hjälp av dessa kan man stärka den enskilda individens position genom att framställa allmänt tillgänglig och tillförlitlig information om hälsa, välbefinnande och om servicesystemet samt genom att erbjuda den enskilda individen möjlighet att hantera informationen om sig själv och ha smidiga kontakter med servicesystemet. Med hjälp av datasystem och elektronisk kommunikation får klienterna bättre information än tidigare samtidigt som de får stöd i att reda sig på egen hand.

För att informationstekniken skall kunna utnyttjas systematiskt och kontrollerat måste den styras på nationell nivå. Vid införandet av informationsteknik bör organisationerna inom social- och hälsovården kunna stödja sig på uppdaterad lagstiftning, riksomfattande anvisningar samt datasystemtjänster på riksnivå. Bäst stödjer informationsteknologin servicesystemets produktivitet då man följer gemensamma standarder och väljer lösningar som är nationellt kompatibla. De underlättar reformen av serviceprocesserna. För att målen skall nås fram till 2015 krävs det effektiviserad myndighetsstyrning samt en nationell systemarkitektur där kraven på dataskydd och datasäkerhet beaktas.

- Under ledning av social- och hälsovårdsministeriet införs en nationellt enhetlig systemarkitektur inom social- och hälsovården.

Kostnadseffektivare läkemedelsförsörjning

Läkemedelsbehandling är en väsentlig del av den moderna hälsovården och läkemedelsbehandlingarnas betydelse fortsätter att öka. Inom öppenvården är läkemedelskostnaderna över två miljarder euro per år. Målet är att begränsa den årliga ökningen av läkemedelskostnaderna till högst fem procent åren 2008 - 2011. Läkemedelsbehandlingarnas kostnadseffektivitet kan förbättras betydligt genom att man främjar en rationell förskrivning och användning av läkemedel och ökar priskonkurrensen mellan läkemedelstillverkarna. Läkemedelspreparatets terapeutiska värde beaktas bättre än i dag i de priser som ligger till grund för läkemedelsersättningarna.

Stödsystemet för små apotek som hittills genomförts med hjälp av apoteksavgiften och läkemedelstaxan reformeras så att systemet inte höjer minutpriserna på läkemedel. Apotekssystemet läggs om så att man samtidigt garanterar att läkemedelsdistributionen är rikstäckande och att användarna får den läkemedelsinformation som apoteken tillhandahåller.

Läkemedelsbehandlingarnas och läkemedelsdistributionens kostnadseffektivitet förbättras. Problemen med den nuvarande tvåvägsfinansieringen av läkemedelsbehandlingarna reds ut så att den kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar i förhållande till läkemedelsbehandling som finansieras av sjukförsäkringen blir så entydigt som möjligt. Patienter inom öppen och slutenvård tillförsäkras en ändamålsenlig läkemedelsbehandling.

- En fungerande läkemedelsförsörjning tryggas i hela landet. Läkemedelsbehandlingen styrs så att den i alla situationer är medicinskt motiverad och ändamålsenlig med tanke på kostnaderna.
- Incitament skapas för en rationell och kostnadseffektiv praxis vid förskrivning av läkemedel. Systemet med läkemedelsersättningar utvecklas så att det styr verksamheten mot en praxis som är ändamålsenlig ur behandlingssynvinkel.

Trygga ett skäligt utkomstskydd

Syftet med inkomstskyddet är att trygga en skälig utkomst för personer i arbetslivet i händelse av inkomstbortfall eller höga kostnader på grund av sjukdom, arbetsförmågenhet, arbetslöshet, olycksfall, ålderdom, makens död och ett barns födsel.

Minimiskyddsförmånerna tryggar en skälig utkomst när en person saknar förvärvsinkomst. Genom ett skäligt minimiskydd avvärs hotet om långvarig fattigdom. Utkomststödet är en stödform som ges i sista hand.

Kostnaderna som orsakas av barn utjämnas genom familjepolitiska inkomstöverföringar mellan barnfamiljer och barnlösa hushåll. Samtidigt stöds föräldrarnas möjlighet att välja ett vårdalternativ som passar familjens livssituation.

- Utkomstskyddet och beskattningen utvecklas så att det alltid skall vara lönsamt att ta emot ett arbete och så att även personer med nedsatt arbetsförmåga skall kunna få arbete.
- Sammanjämkningen av familjepolitiska och andra stöd görs klarare. Stöden följer den allmänna levnadsstandardens utveckling. Barnfamiljernas frihet att välja vårdform tryggas genom en balanserad utveckling av olika stöd- och servicealternativ.

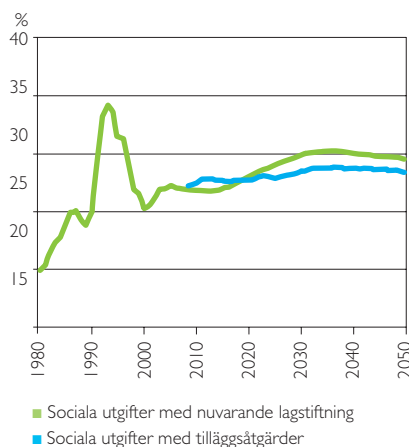
3 Riktlinjernas ekonomiska VERKNINGAR

De strategiska riktlinjerna stärker det finländska samhällets beredskap att möta förändringar i omvärlden. Riktlinjerna i denna strategi stödjer målet att nå en sysselsättningsgrad på 75 procent. Bättre folkhälsa och fler levnadsår med bibehållen funktionsförmåga kommer att minska det åldersstandardiserade behovet av vård. Minskad arbetslöshet och högre pensionsålder bromsar ökningen av de sociala utgifterna och ökar den totala produktionen.

Med hjälp av riktlinjerna kan man under prognosperioden hålla de sociala utgifterna på en nivå som klart understiger 30 procent av bruttonationalprodukten. Detta förutsätter att debuten i arbetslivet sker tidigare, att folk arbetar längre upp i åren än i dag, att sysselsättningsgraden stiger och utnyttjandet av omsorgstjänster skjuts upp i tiden tack vare ökad livslängd och bättre funktionsförmåga. Särskilt viktigt är det att stärka förebyggandet av problem som ett led i social- och hälsopolitiken och att få individerna att ta större ansvar för sin hälsa. De resurser som används till förebyggande verksamhet får man på längre sikt tillbaka med ränta.

De ekonomiska antagandena i kalkylen i figur 1 är desamma som i den s.k. baskalkylen för de sociala utgifterna som presenteras i kapitel 5.4. I utvecklingsalternativet har resursökningen för social- och hälsovårdstjänster och rehabilitering samt indexförhöjningar av utkomstskyddsförmånerna beaktats. Till en början kommer de extra satsningarna att höja utgiftsnivån. I slutet av 2010-talet förändras situationen: då blir kurvan för de sociala utgifterna klart lägre än med nuvarande lagstiftning.

Figur 1.
De strategiska riktlinjernas uppskattade inverkan på de sociala utgifternas utveckling, de sociala utgifternas andel av bruttonationalprodukten



Källa: Social- och hälsovårdsministeriet

BAKGRUND

4 Utfallet för de mål som sattes upp 2001

I 2001 års rapport ställde man upp en målbild för 2010. I det här kapitlet ges en kortfattad bedömning av hur de olika delmålen utfallit 2005, halvvägs i perioden.

Medborgarna fortsätter i arbetslivet i medeltal 2–3 år längre än i dag

Bedömning: Lagstiftningen om utkomstskydd för arbetslösa, förtidspensioner och arbetspensioner reformerades i stor utsträckning enligt de strategiska riktlinjerna. Den arbetspensionsreform som gradvis träder i kraft från och med 2005 uppmuntrar befolkningen att stanna kvar i arbetslivet. Sysselsättningsgraden har stigit bland både ungdomar och äldre. Sysselsättningsgraden steg framför allt i gruppen 60-64-åringar från 2004 till 2005, men antalet 65- och 67-åringar som deltog i arbetslivet ökade också. Enligt Pensionskyddscentralens långtidsprognos kommer pensionsåldern att senareläggas med ett år fram till 2010. De skärpta villkoren för förtidspension har bidragit till att en större andel fortsätter arbeta. Utvecklingen av arbetsförhållandena och arbetarskyddet bedömdes i en uppföljningsrapport för arbetarskyddsstrategin. Enligt resultaten har arbetsförhållandena utvecklats gynnsamt. Arbetslivets attraktion har ökat genom brett upplagda program.

Befolkningens funktionsförmåga har förbättrats och därmed har behovet av omsorg förlagts till ett senare skede i livet

Bedömning: Befolkningens förväntade livslängd har fortsatt att stiga, och samtidigt har antalet levnadsår med bibehållen funktionsförmåga ökat. Den arbetsföra befolkningen har fått bättre hälsa. För männens del har utvecklingen inte varit lika positiv som för kvinnorna. Trots den gynnsamma utvecklingen är antalet personer som går i invalidpension fortfarande högt; psykiska problem är en växande orsak till detta. År 2004 gick å andra sidan färre personer än året innan i invalidpension. Trenden att äldre personer har bättre funktionsförmåga har fortsatt; 75-84-åringarnas förmåga att röra sig på egen hand utomhus har förbättrats. Andelen 75-84-åringar samt 85-åringar och äldre som bor hemma har varit relativt stabil. I de yngre åldersklasserna förefaller behovet av omsorg att senareläggas.

Skillnaderna i befolkningens hälsotillstånd har minskat i jämförelse med dagens situation

Bedömning: Trots den allmänt förbättrade folkhälsan har hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper inte krympt. I de högre socioekonomiska klasserna har hälsan förbättrats snabbare än i andra grupper. Skillnaderna i förväntad livslängd mellan män och kvinnor har blivit en aning mindre, men internationellt sett är skillnaden fortfarande stor. Faktorer som förklarar hälsoskillnaderna är rökning, alkohol och socioekonomiska faktorer. Övervikt, ökad alkoholkonsumtion och otillräcklig motion är faktorer som hotar den gynnsamma utvecklingen. Övervikt ökar risken att insjukna i vuxendiabetes. Antalet personer med typ II diabetes är betydligt större än vad man tidigare räknat med och siffran stiger snabbt. Utslagning är ett hot mot en gynnsam utveckling av folkhälsan. Skillnaderna i dödlighet påverkas bl.a. av levnadsvanor och levnadsförhållanden.

Det förebyggande arbetet har etablerats som en kontinuerlig del av verksamheten

Bedömning: Man har nått goda resultat vid förebyggandet av många sjukdomar. Antalet självmord har klart minskat på lång sikt. Skärpt reglering och en negativare allmän attityd till rökning har minskat rökningen. Genomförandet av en rad program som betonar preventiv politik pågår som bäst. Inom företagshälsovården har man gått in för ett förebyggande arbetssätt, bland annat genom lagändringar. I ett hundratal kommuner har man börjat med förebyggande hembesök hos äldre personer. Ett riksomfattande program för att få äldre att motionera mera har inletts. Förankringen av metoder som går ut på tidigt stöd och ingripande har effektiverats inom yrkespraxisen. Trots de positiva sakerna har situationen i fråga om förebyggande tjänster försämrats i många kommuner, visar en rådgivningsutredning och en hälsocentralenkät som utfördes 2005. Många beslut har undergrävt grunden för det förebyggande arbetet; däribland sänkningen av alkoholskatten 2004, vilket ökade alkoholkonsumtionen och problemen.

Tjänsternas tillgänglighet och kvalitet har förbättrats genom en utökning av det regionala samarbetet

Bedömning: De brett upplagda programmen för servicesektorn har stärkt det regionala samarbetet. Reformen i fråga om tillgången till icke brådskande vård inom hälso- och sjukvården som trädde i kraft 1.3.2005 var ett led i det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet och har förkortat patientköerna betydligt. Vid projektstarten i oktober 2002 väntade cirka 66 000 personer på vård, medan det uppskattade antalet i juni 2006 var bara 6 000. Målen har i hög grad nåtts. Vid förkortandet av operationsköerna var skillnaderna stora mellan olika sjukvårdsdistrikt. Även vårdkriterierna har förnyats. Enligt kvalitetsbarometern för offentlig service gav medborgarna ett gott betyg åt den kommunala dagvården och ett aningen sämre betyg åt hälso- och sjukvårdsservicen. På små orter har det varit svårt att tillsätta hälsocentral- och tandläkartjänsterna. I de största kommunerna i södra och västra Finland samt i små kommuner i östra och norra Finland är det brist på socialarbetare. Social- och hälsovårdsväsendet har fått större statsandelar. Målen för täckningen i fråga om hemservice för äldre har inte nåtts, däremot har personaldimensioneringen vid institutionsvård förbättrats. I det kommun- och servicestrukturprojekt som startade 2005 betonas regionalt samarbete. Utvecklingsprojektet för den sociala sektorn har som mål att trygga tillgången till och kvaliteten på social service i hela landet.

Utkomstskyddet garanterar en rimlig utkomst samtidigt som det sporrar människor i arbetsför ålder att söka arbete

Bedömning: Minimiförmånerna har höjts. Även familjeförmånerna har höjts, men deras realvärde har släpat efter i förhållande till den allmänna inkomstutvecklingen. När självriskandelen för boendeutgifter slopas i utkomststödet hösten 2006 förbättras ställningen för hushållen med den sämsta ekonomin. Genom att sänka arbetsgivaravgifterna har man uppmuntrat sysselsättningen av äldre och svårssysselsatta personer. Den förbättrade sysselsättningen och de höjda minimiförmånerna har minskat behovet av utkomststöd. Reformen av finansieringen av arbetsmarknadsstödet uppmuntrar kommunerna att sysselsätta långtidsarbetslösa.

En hållbar finansiering av den sociala tryggheten grundar sig på gemensamt ansvar som kompletteras av individens eget ansvar

Bedömning: Vid internationella bedömningar har det finländska pensionssystemet ansetts ha en god ekonomisk hållbarhet. Pensionsreform år 2005 kommer att tygla behovet av att höja arbetspensionspremierna. Finansieringen av socialförsäkringen blir tydligare och hållbarare genom den reform av sjukförsäkringsfinansieringen som trädde i kraft 1.1.2006 och delade upp sjukförsäkringen i en sjukvårdsförsäkring och en arbetsinkomstförsäkring. Att få bukt med de stegrade läkemedelskostnaderna är en nyckelfråga med tanke på sjukförsäkringsutgifterna. Införandet av generisk substitution och sänkningen av partiprierna på läkemedel har bromsat upp stegringen av läkemedelskostnaderna. En höjd självrisk för de försäkrade gör finansieringen hållbarare.

Fattigdomen i Finland hålls på samma låga nivå som under de senaste årtiondena

Bedömning: Graden av fattigdom i Finland hör fortfarande till de lägsta i EU, trots att den har stigit en aning under åren 2001 - 2004. Den höga strukturella arbetslösheten är ett problem. Antalet bostadslösa och långtidsarbetslösa har minskat från toppnivån under 1990-talets ekonomiska nedgång och samtidigt har behovet av utkomststöd minskat. Eftersom arbetslösheten och utkomstproblemen har blivit långvariga är det svårare än förut att bryta den onda cirkel som leder till utslagning. Klyftan mellan arbetslivets krav och de utslagnas arbetsförmåga har vuxit. Brett upplagda program, åtgärder som skall göra det lättare att komma in på arbetsmarknaden, social sysselsättning, minskning av bostadslösheten, tidigt ingripande i problem hos barn och unga, underlättande av invandrarnas integration samt genomförande av alkohol- och drogprogram och förebyggande av kriminalitet har varit de viktigaste projekten för att minska utslagning.

Helhetsomdöme: Utvecklingen har huvudsakligen överensstämt med målen. För de flesta målen del medger faktaunderlaget inga långtgående slutsatser. Resultaten av pensionsreformens första skede är uppmuntrande. Flera breda program – framför allt det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet – förverkligar målen. Den allmänna utvecklingen av arbetsförhållandena har varit positiv. I arbetslivslagstiftningen har det gjorts många ändringar som möjliggör en gynnsam utveckling. De största problemen är att minska hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper, stärka det preventiva greppet, öka incitamentet och samarbeta regionalt. Ökad alkoholkonsumtion, övervikt och psykiska problem hotar den positiva allmänna bilden av folkhälsan. Det ökade behovet av barnskydd kastar en skugga över barnfamiljernas situation. Inom äldreservicen finns det utrymme för kvantitativa och kvalitativa förbättringar. I fråga om utslagning är den svåraste frågan att behovet av utkomststöd har blivit långvarigt.

5 Bakgrund till riktlinjerna

5.1 Principiella riktlinjer för utvecklingen av den sociala tryggheten

Utgångspunkter

Omstruktureringen av den sociala tryggheten i Finland vilar på följande principer

- Den sociala trygghetens goda täckningsgrad bibehålls och servicekvaliteten och förmånsnivåerna förbättras
- Människorna uppmuntras att söka arbete, deras funktionsförmåga förbättras och egen aktivitet understöds
- Jämställdheten mellan könen och jämlikheten mellan generationerna stärks, likaså samhörigheten mellan olika regioner och befolkningsgrupper
- Större klarhet skapas i ansvarsfördelningen vid organiserandet och finansieringen av den sociala tryggheten
- Finansieringen står även framdeles på en solid grund

Referensram för omstruktureringen

Enligt 19 § i Finlands grundlag har alla rätt att få oundgänglig försörjning och omsorg som behövs för ett människovärdigt liv. Genom lag skall var och en garanteras rätt att få sin grundläggande försörjning tryggad vid arbetslöshet, sjukdom, arbetsoförmåga och under ålderdomen samt vid barnafödsel och förlust av en försörjare. Det allmänna skall också tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Barnens välfärd och möjligheter till individuell uppväxt skyddas i grundlagen. Grundlagen (18 §) innehåller också en bestämmelse om skydd av arbetskraften. I grundlagens 6 § understryks jämlikhetsprincipens betydelse.

Modellen för det nordiska välfärdssamhället ligger även i framtiden till grund för reformer av den sociala tryggheten. Finlands starka konkurrenskraft vilar på en klar arbetsfördelning och samarbete mellan den ekonomiska politiken, sysselsättnings- social- och utbildningspolitiken, på ett brett samförstånd om målen samt på förmågan att verkställa fattade beslut. Den sociala tryggheten stärker jämställdheten mellan könen och solidariteten mellan generationerna. Den sociala tryggheten i Finland har starka ekonomiska, politiska och sociala förutsättningar att klara av förändringarna i omvärlden även på medellång sikt, när befolkningen åldras och ekonomin globaliseras. Den stödjer en behärskad övergång till informationssamhället och en hållbar utveckling.

Den sociala tryggheten är en produktiv faktor. Den möjliggör anpassning till omstruktureringar i samhället, stabiliserar samhällsutvecklingen, uppmuntrar till livslångt lärande och aktivt åldrande samt stärker den sociala sammanhållningen genom att erbjuda trygghet i risksituationer i livet. Genom att stödja förenandet av arbete och familjeliv ökar den sociala tryggheten välfärden i samhället.

Social- och hälsovårdspolitiken verkar i en omvärld som förutom vårt eget land även består av vårt medlemskap i Europeiska unionen och Europeiska rådet samt internationella åtaganden och samarbete med internationella organisationer. Våra viktigaste internationella samarbetspartners är FN och dess avtal om mänskliga rättigheter och socialt hållbar utveckling, Världshälsoorganisationen (WHO), Internationella arbetsorganisationen (ILO) samt det nordiska samarbetet i Nordiska ministerrådet. Inom många områden av den sociala tryggheten är EU-lagstiftningen en del av vår nationella lagstiftning. Internationella människorättsavtal och globala processer som stödjer socialt hållbar utveckling är en global bakgrund till EU-ländernas och Finlands socialpolitik. Domstolsavgöranden från Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna som är underställd Europeiska rådet och från Europeiska gemenskapernas domstol påverkar och formar även den nationella lagstiftningen.

Verksamhetslinjer med koppling till Europeiska unionen

Europeiska unionens sociala dimension har snabbt förändrats. De social- och hälsopolitiska riktlinjerna och uppsättandet av mål i medlemsländerna och på unionsnivå påverkas även av politiska processer av olika slag samt verkställandet av lagstiftningen om den inre marknaden och konkurrenslagstiftningen. Det här beror på att social- och hälsopolitiken har kopplingar till bl.a. den ekonomiska politiken, konkurrens-, sysselsättnings-, regional- och strukturpolitiken, som alla allt tydligare även har en EU-dimension. Det är särskilt effektiveringen av den inre marknads funktion och verkställandet av konkurrenslagstiftningen som skapar nya ramar för den nationella social- och hälsovårdsservicen. Europeiska gemenskapernas domstol har även omdefinierat gränsytorerna mellan marknaden och den sociala tryggheten, så att det inte alltid längre går att på ett trovärdigt sätt åberopa proportionalitets- och subsidiaritetsprinciperna, vilket tidigare var motiverat inom den sociala tryggheten.

Inom Europeiska unionen har omstruktureringen av den sociala tryggheten uppmärksamats. "Den europeiska sociala modellen grundas på goda ekonomiska resultat, en hög nivå på det sociala skyddet och en hög utbildningsnivå samt social dialog", heter det i Europeiska rådets definition. Inom unionen dryftas inom olika politiska segment bl.a. socialskyddssystemens hållbarhet och incitament samt frågor som rör diskriminering och jämlikhet mellan könen. Inom arbetarskyddet bygger det nationella utvecklingsarbetet på EU:s arbetarskyddsstrategi för åren 2002 - 2006. Strategin förnyas i samråd mellan medlemsländerna. Europeiska unionens betydelse inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde fortsätter att öka.

För Finland är målet en sådan europeisk social modell som är legitim ur medborgarnas synvinkel och globalt konkurrenskraftig. Modellen förutsätter en omsorgsfull balansering av ekonomiska dimensioner, sysselsättnings- och konkurrensdimensioner samt hälsopolitiska dimensioner både inom unionen och i globala forum. Ur finländsk synvinkel är det viktigt att vi aktivt påverkar de politiska processerna och lagstiftningsförslagen på EU-nivå för att kunna trygga utgångspunkterna och utvecklingsmöjligheterna för vår välfärd.

Forskning och utveckling som stöd för riktlinjerna

Forsknings- och utvecklingspolitiken har som mål att leda och koordinera framtagningen av sådana forskningsdata som kan utnyttjas och tillämpas vid beslutsfattandet (vid beredning och verkställande av lagstiftning, inom olika program och projekt samt vid övrigt beslutsfattande på ministeriernivå). Inom forsknings- och utvecklingsverksamheten betonas framtagning och förankring av sociala innovationer samt ökande av den samhälleliga relevansen och utnyttjningsbarheten.

Forsknings- och utvecklingsverksamheten inom förvaltningsområdet är ett verktyg för ledning och en förutsättning för att de strategiska målen skall kunna nås. Forsknings- och utvecklingspolitiken stödjer det strategiska beslutsfattandet, beredningen och verkställandet av lagstiftningen och budgeten samt informationsstyrningen. Ministeriets möjligheter att utnyttja forsknings- och utvecklingsprojekt stärks.

En omfattande forsknings- och utvecklingspolitik inom ministeriets verksamhetsområde förutsätter ett brett samarbete mellan olika organisationer, en omsorgsfull prioritering av forsknings- och utvecklingsteman samt en kraftig styrning av forsknings- och utvecklingsanslagen till dessa teman och till större helheter.

Behovet av samarbete och framtagning av verksamhetsmodeller som bygger på nätverk ökar inom forsknings- och utvecklingsverksamheten. Förutom ett mångvetenskapligt forskningsgrepp accentueras även forskningens kvalitet och tillförlitlighet, särskilt i en internationell konkurrensmiljö. De utmaningar och möjligheter som följer av EU-medlemskapet styr i högre grad än tidigare utvecklingen av forsknings- och utvecklingsinstituterna och förutsätter ett intensifierat internationellt samarbete.

Internationalisering av forsknings- och utvecklingsverksamheten är ett berättigat mål till den del det stödjer de strategiska mål som är viktiga med tanke på beslutsfattandet och utvecklingen av social- och hälsopolitiken. Dessa strategiska mål uppräknas i planeringsdokumenten på strategisk nivå samt i regeringsprogrammet och andra politiska dokument.

Forsknings- och utvecklingspolitiken vilar i första hand på de forsknings- och utvecklingsenheter som är underställda ministeriet (sektorforskningsinstituterna) samt på andra förvaltningsområdens forsknings- och utvecklingsenheter. Sektorforskningsinstituterna ges en klarare ställning inom forsknings- och utvecklingspolitiken och -verksamheten. Kommunernas möjligheter att få experthjälp för utvecklingsarbetet förbättras. Här kan man utnyttja utvecklingscentren inom det sociala området. Stakes och de övriga sektorforskningsinstitutens expertstöd fungerar som stöd för utvecklingsarbetet inom olika områden.

När det gäller större helheter som omspänner flera områden främjar ministeriet samarbete mellan forskningsinstitut som specialiserat sig på olika angreppssätt. Forskning om socialförsäkringen och finansieringen av social- och hälsopolitiken ägnas särskild uppmärksamhet.

Resultatstyrningen för de forskningsinstitut som verkar inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde effektivteras och forskningen inriktas enligt de strategiska riktlinjerna. Med tanke på resultatstyrningen måste ministeriet vara tillräckligt insatt i forskningen i området.

Öppen informationsförmedling

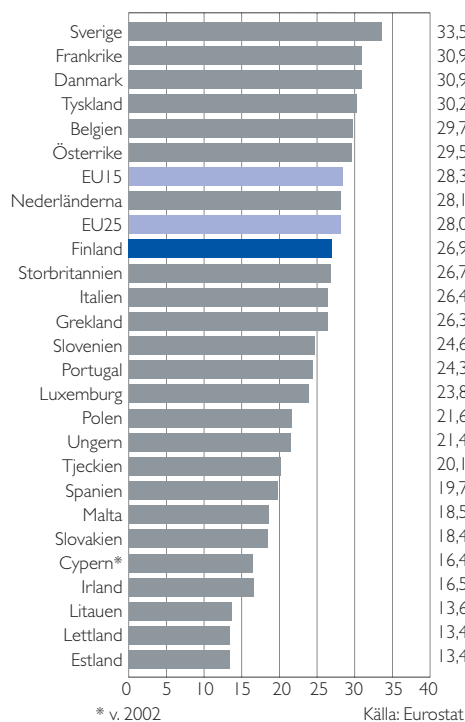
Arbetsätt som bygger på nätverk och partnerskap mellan olika aktörer är framgångsrika bara om de har stöd av en föregripande och öppen kommunikation som sker i rätt tid. Aktuell information om planerade reformer är en förutsättning för att samarbetspartnerna, intressentgrupperna och medborgarna skall kunna följa med beredningen och beslutsfattandet samt delta i dem.

Målet är att öka insynen i verksamheten och förbättra informationen inom hela förvaltningsområdet. Härvid utnyttjas en klar arbetsfördelning och de möjligheter som den nya teknologin erbjuder. Arbetsfördelningen vid informationen till allmänheten preciseras. Särskild vikt fästs vid arbetet med intressentgrupper och vid samarbetet med ministeriets intressentorganisationer i fråga om kommunikation och informationsförmedling.

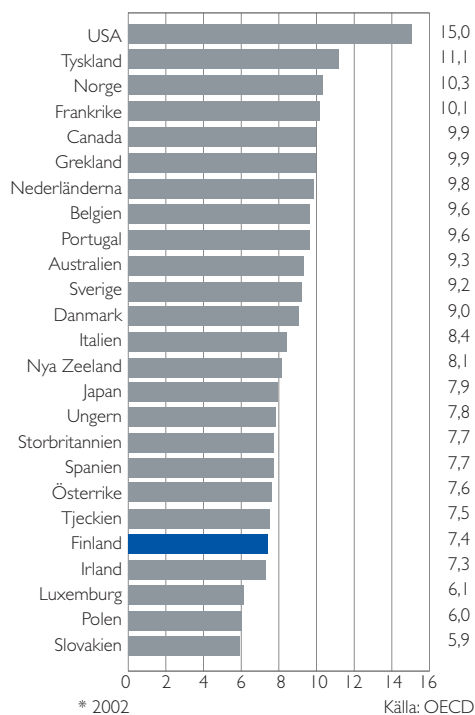
5.2 Den sociala tryggheten i dagens Finland

Den sociala tryggheten i dag

Figur 2.
De sociala utgifternas andel av BNP i EU-länderna 2003



Figur 3.
De totala hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP i vissa OECD-länder 2003

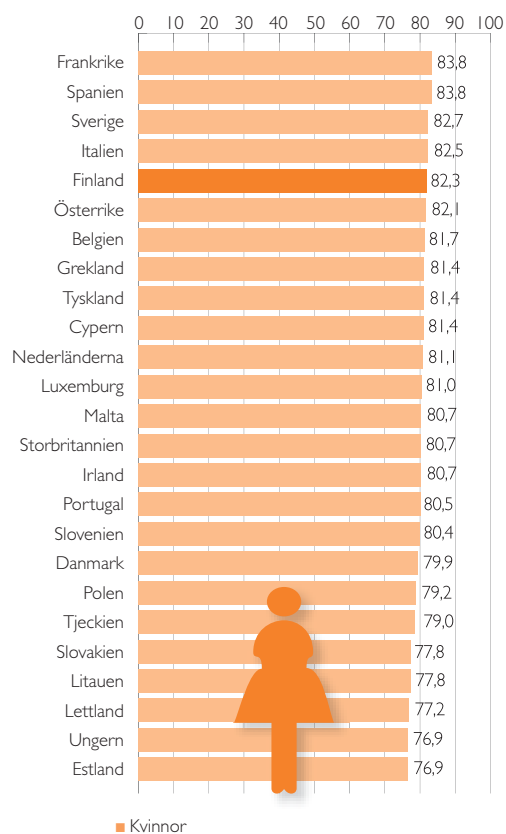
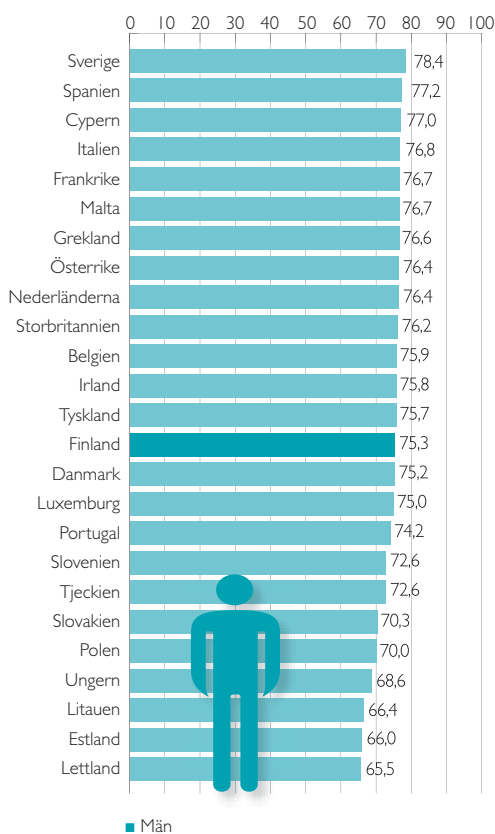


	Offentliga sektorn	Arbetsgivarerna	De försäkrade	Ränte- o. d. intäkter	Totalt
Danmark	63,0	9,7	20,7	6,7	100
Irland	61,7	22,8	13,9	1,6	100
Polen	50,1	26,5	23,0	0,3	100
Storbritannien	49,5	32,7	16,2	1,6	100
Sverige	48,8	40,6	8,8	1,8	100
Luxemburg	44,5	27,3	24,2	3,9	100
Finland	44,3	39,0	10,9	5,7	100
Portugal	40,0	33,4	16,9	9,7	100
Italien	39,8	43,7	14,9	1,6	100
Litauen	38,8	54,6	6,1	0,4	100
Ungern	34,8	43,5	14,9	6,9	100
Tyskland	34,6	36,3	27,5	1,7	100
Österrike	34,5	37,6	26,2	1,7	100
Slovenien	31,5	27,3	39,9	1,3	100
Slovakien	30,2	49,3	19,2	1,3	100
Frankrike	29,7	46,1	20,9	3,2	100
Grekland	29,6	37,5	23,5	9,4	100
Malta	29,4	46,5	20,7	3,4	100
Lettland	28,9	52,1	19,0	0,0	100
Spanien	28,4	52,3	16,4	2,8	100
Belgien	25,7	50,1	21,9	2,4	100
Tjeckien	23,4	50,9	24,5	1,2	100
Estland	20,1	79,2	0,6	0,1	100
Nederländerna	19,4	32,8	34,7	13,1	100

Tabell 1.
Finansieringen av de sociala utgifterna i EU-länderna 2003, %

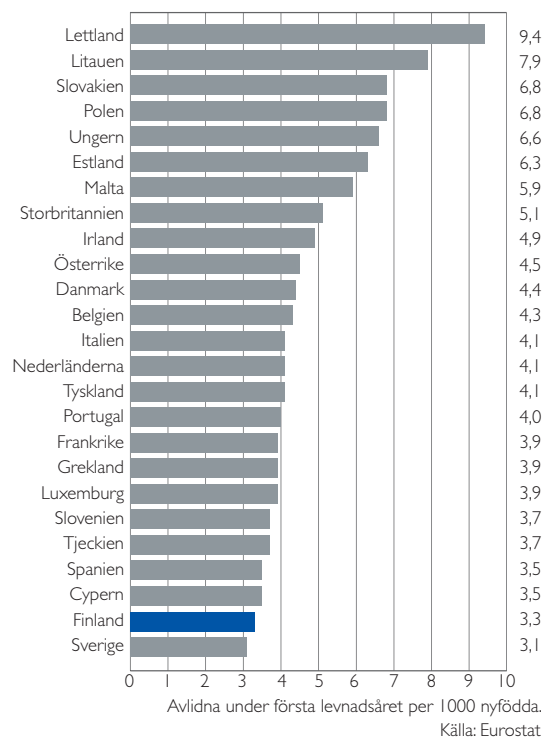
Källa: Eurostat

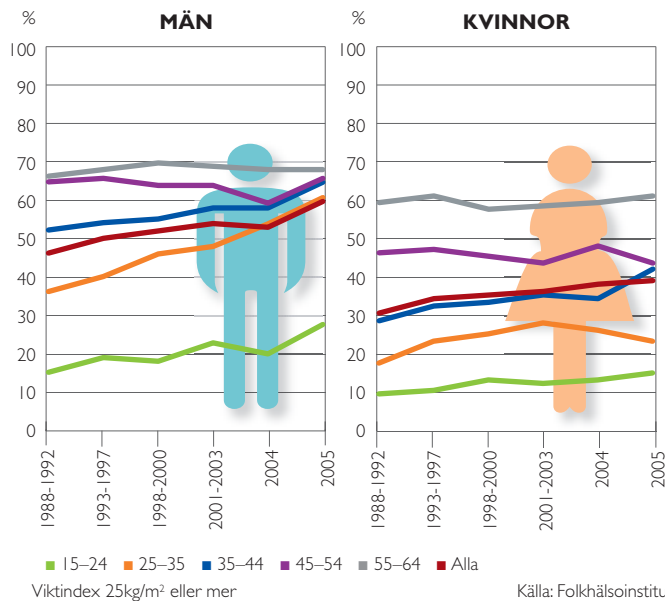
Figur 4.
Förväntad livslängd i EU-länderna 2003/2004



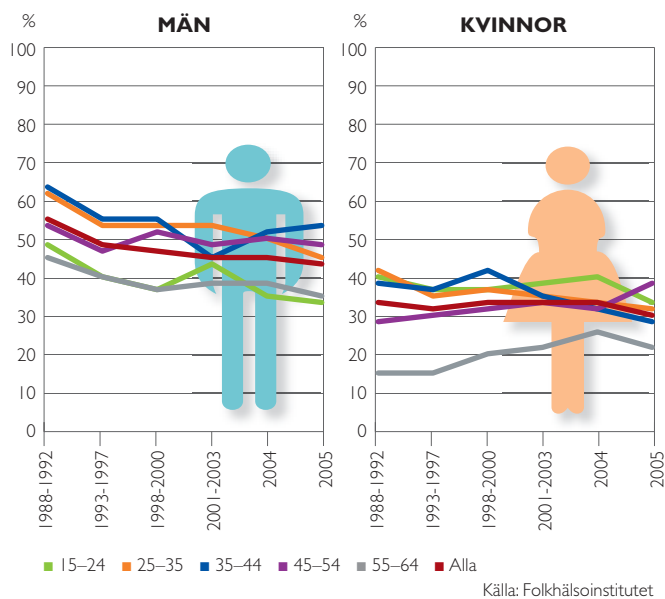
Källa: Eurostat

Figur 5.
Spädbarnsdödlighet i EU-länderna 2004

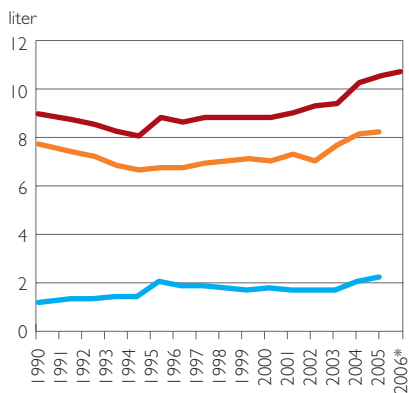




Figur 6.
Andel överviktiga 1988-2005, %



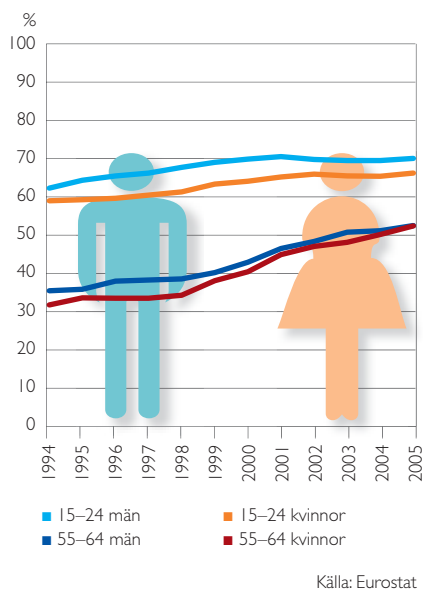
Figur 7.
Andel som röker dagligen 1988-2005, %



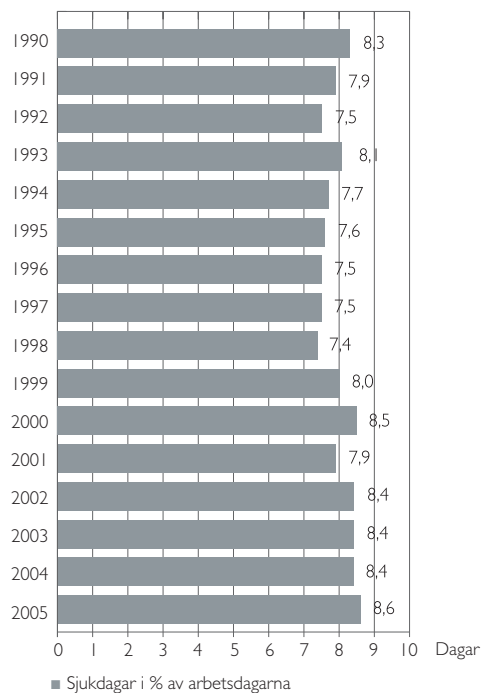
Figur 8.
Total alkoholkonsumtion i 100 % alkohol
per invånare 1990-2006

* uppskattning

Figur 9.
Sysselsättningsgrad 1994-2005



Figur 10.
Sjukfrånvaro 1990-2005



Källa: Statistikcentralen

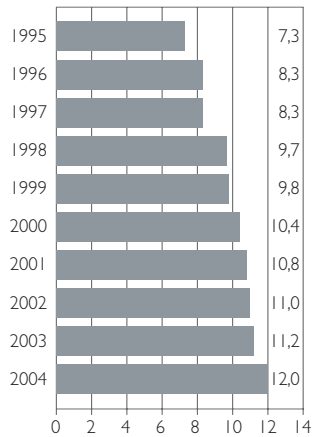
Tabell 2.
Arbetsförhållandenas utveckling 1996-2005

	1996	2001	2003	2004	2005*
Ersatta arbetsolycksfall per miljon arbetstimmar	30	30	29	28	29
Dödsfall på arbetsplatsen	47	44	41	40	60
Dödsfall på väg till eller från arbetet	24	42	22	20	30
Yrkessjukdomar som ersatts	6 399	4 836	4 816	4 826	4 800

* uppskattning

Källa: Olycksfallsförsäkringsanstaltens förbund.
 Statistik över olycksfall och yrkessjukdomar

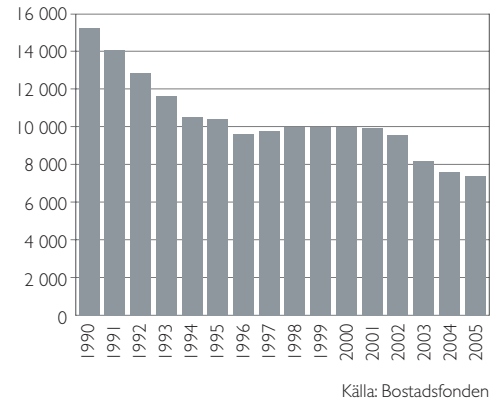
Figur 11.
Graden av fattigdom i Finland 1995-2004



Andel personer vars inkomst är lägre än 60 % av medianinkomsten

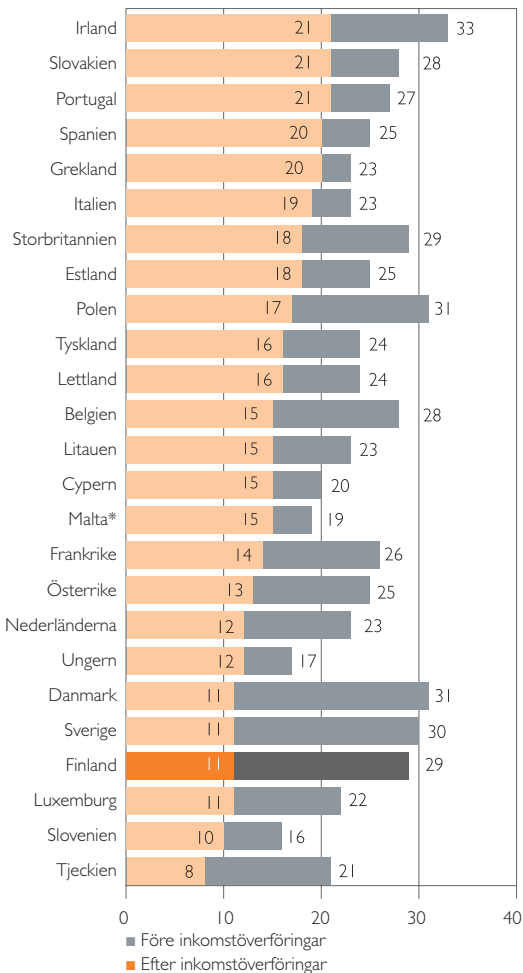
Källa: Statistikcentralen

Figur 13.
Antal bostadslösa 1990-2005



Källa: Bostadsfonden

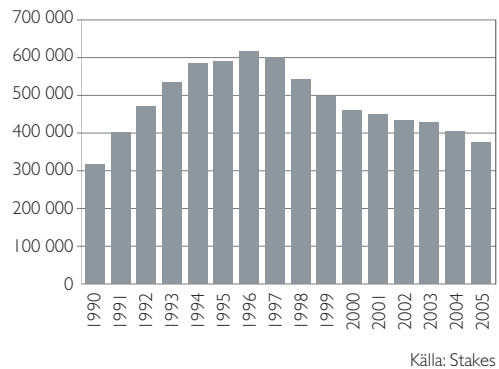
Figur 12.
Graden av fattigdom i EU-länderna före och efter inkomstöverföringar 2003



Pensioner räknas inte som inkomstöverföring * 2000

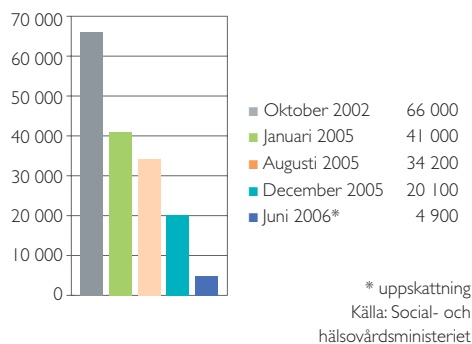
Källa: Eurostat

Figur 14.
Mottagare av utkomststöd 1990-2005

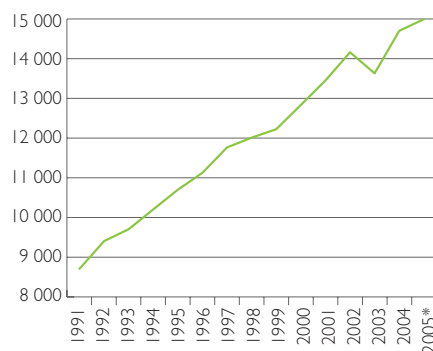


Källa: Stakes

Figur 15.
Antal personer som väntat på sjukhusvård i över 6 månader 2002-2006



Figur 17.
Barn och unga som placerats utanför hemmet 1991-2005

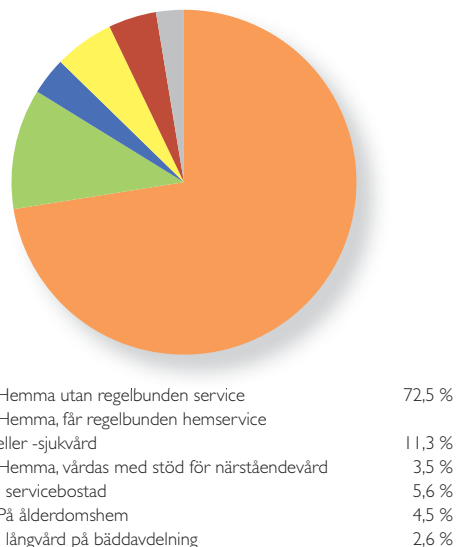


Tabell 3.
Kommunal personal inom social- och hälsovården, personår

	1990	2000	2004
Socialvården sammanlagt	79 100	89 600	91 260
Barndagvård	38 800	47 100	46 020
Institutionsvård av äldre	17 500	17 400	18 160
Hemservice	11 400	12 800	13 230
Hälsa- och sjukvården sammanlagt	110 300	109 900	117 240
Primärvård	45 900	46 900	49 190
Specialiserad sjukvård	64 300	63 000	68 040
Förvaltning	11 900	12 400	14 430
Social- och hälsovårdsväsendet sammanlagt	202 700	212 900	224 080

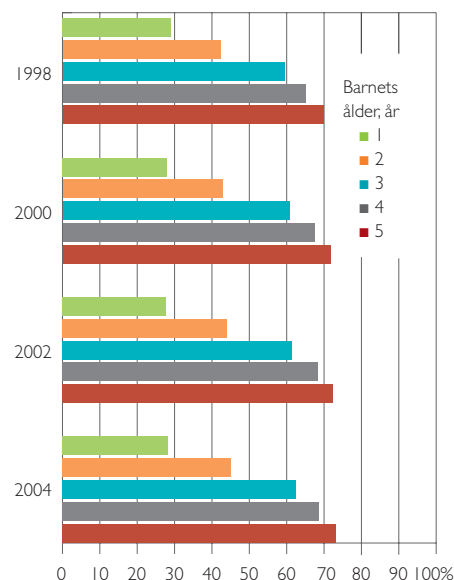
Källa: Stakes

Figur 18.
Boendeform och service för personer över 75 år 2004

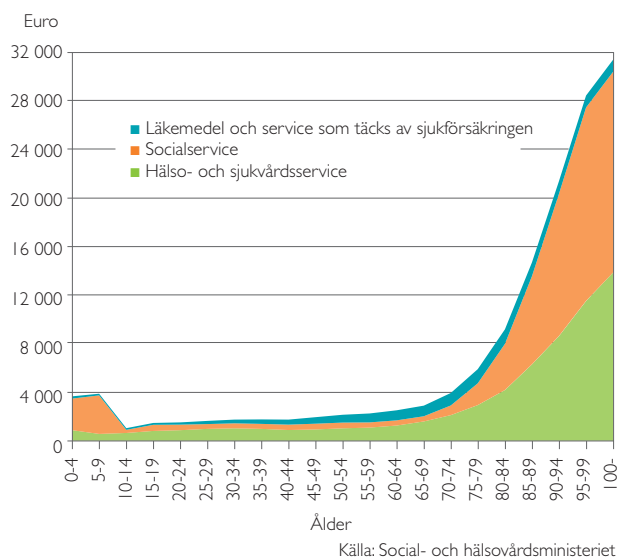


Källa: Stakes

Figur 16.
1-5-åringar som vårdas i dagvård, andel av åldersgruppen 1998-2004



Källa: Social- och hälsovårdsministeriet och Stakes



Figur 19.
Utgifter för social- och hälsovårdsservice enligt åldersgrupp och förmånsform 2004, €/invånare

Styrkor och svagheter i det nuvarande systemet

	Styrkor	Svagheter
Levnadsförhållanden utveckling	<ul style="list-style-type: none"> Samhällsstabilitet Få fattiga internationellt sett Befolkningens allmänna hälsotillstånd har förbättrats Högre livslängd 	<ul style="list-style-type: none"> Levnadsförhållanden utveckling Fattigdoms- och utkomstskillnaderna ökar Stödet är långvarigt Riskgrupper hotas av utslagning Hälsoskillnader mellan befolkningsgrupperna Allt fler är överviktiga Tilltagande regional differentiering Hög dödlighet genom olyckshändelser Missbruksproblemen ökar
Verksamhetspolitik	<ul style="list-style-type: none"> Den sociala tryggheten har stöd hos befolkningen Systemet har främjat jämlikt delta-gande i arbetslivet för kvinnor och män Relativt kraftig inkomstutjämning Service är omfattande och täckningsgraden hög Hög standard på arbetarskyddet och företagshälsovården Arbetsmarknadsparterna deltar i beredningen av reformer 	<ul style="list-style-type: none"> Tidig pensionering Hög skattekil Problem med tillgång och kvalitet på tjänster inom äldreomsorgen Flaskhalsar i tillgången till social- och hälsovårdstjänster (barnskydd, mentalvård, missbruk, handikappade) Stora regionala skillnader i vårdpraxis och tillgång till service
Systemets funktionsduglighet	<ul style="list-style-type: none"> Skälig utkomst och service tryggad i risksituationer i livet Högutbildad social- och hälsovårdspersonal Skäliga kostnader för den sociala tryggheten Finansieringsutsikterna för de sociala utgifterna på lång sikt har förbättrats Den stabiliserande effekten av ett delvis fonderat pensionssystem 	<ul style="list-style-type: none"> Incentivproblem i inkomstöverföringssystemet Sparsamt utbud av förebyggande tjänster Små påverkningsmöjligheter för dem som utnyttjar servicen Mångfalden av finansieringskanaler för tjänsterna Dålig insyn i finansieringen Svårt att styra systemet Personalbrist och låg värdering av arbetet inom social- och hälsovården

5.3 Förändringsfaktorer i omvärlden

Nationella lösningar som rör den sociala tryggheten har ett nära samband med samhällsutvecklingen i ett land. Länderna kan indelas i kategorier på olika sätt beroende på hur den sociala tryggheten och i vidare bemärkelse välfärdstjänsterna har ordnats. Man kan inte tala om en enhetlig europeisk social trygghet, eftersom systemen (förmånsnivåer, bestämningsgrunder, strukturer, finansieringssätt) är olika i olika länder. Däremot kan man tala om utmaningar och mål som förenar EU-länderna (bl.a. jämlikhet, ett tillräckligt skydd). Man kan dra nytta av andra länders erfarenheter genom att söka lösningar på utmaningar som har fler gemensamma än åtskiljande drag.

Följande utvecklingstrender i omvärlden förenar Finland med andra länder oberoende av hur den sociala tryggheten har organiserats nationellt.

Globaliseringen

Den kraftiga expansionen av kapital- och arbetsmarknaden, den internationella företagsverksamheten och handeln samt undanröjandet av hinder som begränsar verksamheten har främjat tillväxten inom den globala ekonomin och skapat ett ökat välstånd, men även större regionala skillnader i välståndet. Globaliseringen, den internationella handeln och den teknologiska förändringen ställer nya, allt högre krav på arbetskraftens kompetens- och utbildningsnivå. Utvecklingen har också lett till uppkomst av kedjor och nätverk inom företagslivet, vilket bl.a. återspeglar sig i arbetslivets spelregler och kräver större anpassningsförmåga av företagen och löntagarorganisationerna. Globaliseringen och den ekonomiska integrationen inverkar också på förutsättningarna för befolkningens hälsa och välfärd. Globaliseringen kan försämra möjligheterna för ekonomiskt svagare länder att styra sin samhälleliga och ekonomiska utveckling. Å andra sidan innebär detta också betydande möjligheter till snabbare utveckling i svagt utvecklade länder. Med globaliseringen följer också globala problem av olika slag, såsom flyktingskap och säkerhetsrisker. Den ökade rörligheten, den snabba informationsöverföringen och förbindelserna ökar risken för spridning av sjukdomar och smittsamma sjukdomar (pandemier). De senaste årens utvecklingspolitiska riktlinjer visar att det råder ett principiellt samförstånd om hur globaliseringen skall hanteras och vilka målen är för socialt hållbar utveckling, men däremot råder det oenighet om vilka medel som skall tillgripas. Den sociala tryggheten är en central metod att ge trygghet vid förändringar som globaliseringen orsakar.

Nationella konsekvenser

Det har framförts olika bedömningar av hur internationaliseringen inverkar på den nationella arbetsmarknaden, inkomstfördelningen samt sysselsättnings- och socialpolitiken. Någon klar bild har ännu inte utkristalliserats. Avregleringen av kapitalmarknaden och handeln (WTO), skattekonkurrensen mellan länderna och skatteparadisens ökade betydelse samt de transnationella företagens etablerings- och investeringspolitik kan leda till en hårdnande internationell konkurrens, där den sociala tryggheten som välfärdsfaktor får en underordnad betydelse. Skattekonkurrensen mellan staterna inverkar också på finansieringen av den sociala tryggheten. Internationella avtal förändrar möjligheterna att styra och reglera affärsverksamheten nationellt. Samtidigt som den inhemska regleringen av näringsverksamheten minskas uppstår nya behov av reglering t.ex. i fråga om efterlevnaden och övervakningen av konkurrenslagstiftningen. De internationella beslutens konsekvenser för den finländska social- och hälsopolitiken måste fortlöpande utvärderas. Social- och hälsovården ansvarar också för den service som invandrarbefolkningen behöver. Social- och hälsopolitiskt sett är det viktigt att försöka finna fungerande samarbetsmodeller för främjande av socialt hållbar utveckling bl.a. inom Förenta Nationerna och dess underorganisationer. Ett fast samarbete mellan ministerierna och olika myndigheter behövs vid sammanjämkningen av olika politiska synsätt och bedömningen av konsekvenserna.

Den europeiska integrationen

År 2006 utgör Europeiska unionen en inre marknad för 25 länder och 450 miljoner invånare, där hindren för fri rörlighet för varor, tjänster, arbetskraft och kapital har minimerats. Genom utvidgningen ökade EU-befolkningen med 20 %, medan BNP bara ökade med 4,5 %. Skillnaderna i fråga om den sociala situationen är stora mellan de flesta av de 15 gamla medlemsländerna och de nya, vilket innebär nya utmaningar för den europeiska solidariteten och uppställandet av mål. Den ekonomiska och monetära unionen mellan 12 länder kommer troligen att utvidgas under detta årtionde. Amsterdam- och Nicefördragen stärkte EU:s sociala dimension. EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna (2000) stärkte unionens politiska natur. Utvidgningen av unionen har väckt debatt om hur mycket unionen kan utvidgas i framtiden. Diskussionen om EU:s grundlagsfördrag och hur det borde se ut fortsätter. Ur socialpolitiskt perspektiv öppnar förslaget till grundlag nya möjligheter till hantering av integrationsprocessen.

EU har stora befogenheter inom den sociala trygghetens delområden. Inom hälso- och sjukvården omfattar befogenheterna bl.a. läkemedel och medicinsk utrustning, erkännande av yrkeskompetens för hälso- och sjukvårdspersonal, samarbete inom folkhälsoarbetet inklusive avvärande av hot mot hälsan, miljöhälsa, livsmedels-säkerhet samt narkotikasamarbete. Genom EG-domstolens rättspraxis har befogenheterna också utsträckts till hälso- och sjukvårdstjänster, om vilka sektorreglering på EU-nivå är att vänta de närmaste åren. EU har stora befogenheter särskilt i fråga om arbetarskyddet, den sociala tryggheten för rörliga arbetstagare (samordning av den sociala tryggheten) samt jämställdheten. Vid reformarbetet ligger tyngdpunkten på mainstreaming och skyddsbestämmelser samt stärkande av medborgarnas rättigheter. Frågor som rör social utveckling och god hantering spelar en större roll än tidigare i Europeiska unionens externa relationer.

Nationella konsekvenser

Medlemskapet i den ekonomiska och monetära unionen har stabiliserat den finländska samhällsekonomin. En central utmaning är förändringar på valuta- och räntemarknaden som orsakas av vissa medlemsländers underskott, vilket kan höja räntenivån i Finland. Därutöver bör Finland fortsättningsvis bl.a. med hjälp av buffertfonder av olika slag bereda sig på eventuella asymmetriska chocker till följd av ojämn ekonomisk utveckling inom unionen. Europeiska unionens inflytande på medlemsländernas – även Finlands – sociala trygghet har ökat. Därför har frågan om proportionalitets- och subsidiaritetsprincipernas betydelse vid bestämmandet av arbetsfördelningen mellan olika förvaltningsnivåer accentuerats. I integrationsprocessen har Finland hittills lyckats skydda sina centrala nationella intressen i fråga om den sociala trygghetens uppbyggnad. Exempel på framtida utmaningar är de nationella monopolens ställning, sammanjämkning av den inre marknaden, konkurrenslagstiftningen och den sociala tryggheten samt vissa riktlinjer i de gemensamma europeiska processerna och genomförandet av dem. Det socialpolitiska program som omspannar åren 2005–2010 framhåller vikten av samarbete på unionsnivå bl.a. vid omstruktureringen av socialskyddssystemen. Trycken på en harmonisering av beskattningen kan tänkas påverka finansieringen av den sociala tryggheten.

Demografiska förändringar

Den högre livslängden och sjunkande nativiteten leder till att befolkningsstrukturen snabbt åldras i alla industriländer under de närmaste årtiondena. Förändringen är särskilt stor i Japan och Kina, men påtaglig även i Europa. Det förväntade antalet friska levnadsår ökar och de äldre blir allt fler. Samtidigt minskar antalet barn och personer i arbetsför ålder. Fram till 2025 lämnar 12 miljoner människor arbetsmarknaden inom Europeiska unionen. Det finns också risk för att befolkningen i Europa minskar som helhet, och därmed har unionen inte längre någon "motor för befolkningsutvecklingen". Invandring kompenserar bara delvis den demografiska utvecklingen.

Befolkningens åldrande är både en utmaning och en möjlighet. Om vi inte antar utmaningen får den betydande sociala och ekonomiska konsekvenser. Åldrandet ökar de offentliga utgifterna, men försämrar samtidigt förutsättningarna för samhällsekonomisk tillväxt. Å andra sidan ger det medborgarna en chans att njuta av ett längre och friskare liv, om man lyckas få en del av människorna att stanna kvar i arbetslivet längre för att finansiera de växande utgifterna.

Även familjestrukturerna förändras. Skilsmässorna och styvfamiljerna ökar och den traditionella kärnfamiljens betydelse förändras. Kvinnorna förvärvsarbetar allmänt. Enpersonshushållen ökar bland både unga och äldre. Förändringarna ökar barnens och de äldres behov av omsorg. När livslängden ökar förändras pensionärernas livsstil, tidsdisponering och roll i samhället.

Nationella konsekvenser

I Finland åldras befolkningen snabbt jämfört med andra länder. Nativiteten hör till de högsta i Europa (fruktsamhetstal 1,8 år 2005), men ligger ändå under reproduktionsnivån. De äldre åldersgrupperna dominerar i befolkningens åldersstruktur och andelen mycket gamla av befolkningen ökar. Åren 2005-2015 minskar antalet barn under 15 år med cirka 36 000 och antalet personer som fyllt 85 år ökar lika mycket. År 2015 finns det nästan 270 000 fler personer som fyllt 65 år. År 2020 är redan var fjärde finländare 65 år eller äldre. Den arbetsföra befolkningens andel börjar klart minska i början av 2010-talet. När den infödda befolkningen minskar behövs det inflyttning av utländsk arbetskraft.

I och med att pensionärerna blir fler och antalet pensionsår ökar kommer också ökningen av pensionsutgifterna att accelerera på 2010-talet. Om inte människorna stannar kvar längre i arbetslivet blir det svårt att åstadkomma en hållbar finansiering av pensionssystemen. Likaså kommer behovet av social- och hälsovårdstjänster att öka. Behovet ökar inte i samma proportion som äldrebefolkningen, eftersom befolkningens hälsa och funktionsförmåga hela tiden har förbättrats och de äldre hålls friska och klarar sig på egen hand allt längre. Omsorgsbehovet ökar kraftigare efter 2020, då det börjar finnas många mycket gamla personer. Demografiska faktorer förklarar största delen av det ökade behovet av långvarig omsorg. Hälsoutgifterna ökar när åldersstrukturen förändras, även om hälsoutgifternas utveckling till största delen beror på andra faktorer.

Den teknologiska utvecklingen

Teknikens genombrott har höjt produktiviteten till en ny nivå. Samtidigt har de lågavlönade och lågproducerande arbetsuppgifterna inom industrin minskat. I stället har det uppstått ersättande arbetstillfällen i nya branscher, bl.a. inom service-sektorn. Under det närmaste årtiondet kommer ökningen troligen att vara störst inom informationstjänster, informationsintensiv planering, nät-handel och andra tjänster.

Den synligaste delen av den teknologiska förändringen, nämligen informationstekniken som hela tiden går framåt, skapar ett behov av att förändra utbildningen, arbetet, organiserandet och ledningsmetoderna. Den nya tekniken börjar också göra snabbare insteg i social- och hälsovården. Den allt snabbare förändringen gör dock att en del av befolkningen riskerar att lämnas utanför utvecklingen. Därmed kan den omvälvning av arbetsmarknaden som tekniken medför öka behovet av social trygghet.

Nationella konsekvenser

De finländska framgångarna med att ta fram och tillämpa ny teknik har bidragit till det ökade välståndet. Den nya informations- och kommunikationstekniken håller också på att bli vardag inom social- och hälsovården, och framför allt vid hälsofrämjandet. I de flesta yrken är förmåga att använda informationsteknik ett centralt krav. Den ökade rörligheten av människor, varor och tjänster över gränserna ökar också behovet av internationell koordinering och anpassning av datatekniska tillämpningar till varandra, t.ex. i fråga om sociala trygghetstjänster eller inköp av och reklam för läkemedel. Den nya tekniken kan hjälpa den åldrande befolkningen och kronikerna att klara sig på egen hand och underlätta ordnandet av service i glesbygden.

Förändringar i arbetslivet och arbetsmiljön

Företagen som verkar på den globala marknaden karakteriseras av att de fokuserar på sin kärnkompetens, lägger ut de andra funktionerna, är informationsintensiva och har en kraftig strävan att kontrollera arbetskraftskostnaderna. Produktionsbesluten fattas oftare än förut utifrån kortsiktiga produktions- och vinstsiffror, vilket förutsätter flexibla verksamhetsprinciper hos företag och sammanslutningar. Företagen omorganiserar lätt arbetskraften och resurserna enligt den nya marknadssituationen och förändrar ofta sina organisationer, vilket leder till att arbetskraften i högre grad än tidigare bedöms och plockas ut. Å andra sidan ökar tekniken möjligheterna att skapa en arbetsmiljö som stödjer arbetstagarnas välbefinnande.

Arbetsplatserna på hemmamarknaden och framför allt inom den offentliga sektorn är ofta underbemannade i förhållande till arbetsuppgifterna, produktivetskraven stiger och ledningssystemen har inte alltid följt med sin tid. Också på de här arbetsplatserna verkar man allt mer i ett system som ingår i ett globalt nätverk. Av arbetstagarna kräver detta nya arbetssätt och kännedom om andra kulturer. Å andra sidan förändras de här organisationerna långsamt och det är betydligt lättare att förutsäga verksamheten här än på andra arbetsplatser.

Nationella konsekvenser

Efterfrågan på arbetskraft inriktar sig på välutbildade personer. De krav som ställs på arbetskraften i fråga om fortlöpande förbättring av arbetets produktivitet och kvalitet samt flexibilitet leder till detta. Följden är en allt djupare inre uppdelning av arbetsmarknaden: i många branscher är efterfrågan på arbetskraft större än utbudet samtidigt som siffrorna för långtidsarbetslöshet fortfarande är höga. Social- och hälsovårdstjänsterna ställs inför nya utmaningar: ett fysiskt tungt och psykiskt krävande arbete, växande risk att utsättas för våld, extra arbetsskift som beror på brist på arbetskraft samt låg lönenivå. Arbetskraftsunderskottet har i allt högre grad täckts med utländsk arbetskraft.

De senaste åren har det upplevda jäktet på arbetsmarknaden överlag minskat och enligt statistiken har den psykiska belastningen inte ökat. De konstaterade yrkessjukdomarna, arbetsolycksfallsfrekvensen och arbetsolycksfallen med dödlig utgång har minskat. Arbetsolycksfallen har emellertid minskat mindre än vad man satt som mål. Antalet invalidpensioner på grund av sjukdomar i stöd- och rörelseorganen har ökat, men däremot har antalet invalidpensioner på grund av psykiska störningar minskat. Sjukfrånvaron har legat på samma nivå de senaste två årtiondena.

Utmaningar i framtiden är att bibehålla arbetskraftens arbetsförmåga och vilja att arbeta så länge som möjligt, höja sysselsättningsgraden och integrera utländsk arbetskraft i det finländska arbetslivet. Arbetskraftens kompetens, produktivitet samt ork och välbefinnande och förmåga att smidigt anpassa sig till nya krav och förväntningar som beror på förändringar i arbetslivet och samhällslivet är faktorer som accentueras. När arbetskraften åldras framhävs åldersledarskapets betydelse. Möjligheterna att förena arbete och familjeliv måste förbättras. Den utländska arbetskraftens arbetsvillkor och arbetsförhållanden måste övervakas för att det inte skall uppstå permanenta snedvridningar på arbetsmarknaden.

Sysselsättningen

Omstruktureringen på grund av globaliseringen av ekonomin och den snabba tekniska utvecklingen samt befolkningens åldrande är något som berör alla industriländer. I Europa har man dessutom andra utmaningar, nämligen omstruktureringen på grund av utvidgningen mot öst, de utmaningar som den ekonomiska och monetära unionen innebär för sysselsättningspolitiken samt den höga arbetslösheten. Nya arbetstillfällen uppstår samtidigt som andra försvinner, men efterfrågan och utbudet på arbetskraft möts inte alltid. Den svåraste frågan med tanke på socialskyddssystemen är arbetslöshetens struktur; närmare hälften av de arbetslösa i Europeiska unionen har varit utan arbete längre än ett år. Den totala sysselsättningsgraden (EU25) har länge legat kring 63 procent, trots att sysselsättningsgraden bland kvinnor och äldre arbetstagare hela tiden har stigit. En gemensam utmaning för medlemsländerna när den arbetsföra befolkningen minskar är att utnyttja de befintliga arbetskraftsresurserna bättre än i dag. Sysselsättningsgraden och arbetets produktivitet är de mest avgörande frågorna när det gäller att trygga välfärdssamhället och en hållbar finansiering av det.

Arbetskraften blir allt rörligare mellan länderna. Typexempel på arbetskraft som byter land är dels personer med specialkompetens och dels lågutbildade. Intressanta och krävande arbetsmiljöer, bra offentlig service, grundtrygghet och ett samhälle som stödjer kunnskap och kreativitet är centrala faktorer vid konkurrensen om kompetent arbetskraft.

Nationella konsekvenser

I Finland kommer utmaningarna i samband med den förändrade åldersstrukturen först att märkas på arbetsmarknaden. Tidigare har man kunnat basera den ekonomiska tillväxten på en växande arbetskraft och nya arbetstagare som nyligen skaffat sig sin yrkeskunskap. Sedan 2003 har åldersklassen som når arbetsför ålder (15-24-åringar) varit mindre än åldersklassen som lämnar arbetslivet (55-64-åringar). Utbudet av arbetskraft börjar krympa redan de närmaste åren. Detta kommer att strama åt möjligheterna till ekonomisk tillväxt och minska det finansiella underlaget för välfärden.

Sysselsättningsutvecklingen har tagit fart sedan slutet av 2004. År 2005 sjönk arbetslöshetsgraden till 8,4 procent medan sysselsättningsgraden steg till 68 procent. I Finland har sysselsättningsgraden för arbetstagare över 55 år stigit mer än i andra EU-länder, åren 1997-2005 var ökningen 14 procent. Med en åldrande befolkning blir det allt mer krävande att ytterligare höja sysselsättningsgraden. För att nå den sysselsättningsgrad på 75 procent som har satts som mål krävs det att människornas tid i arbetslivet förlängs i båda ändorna och att invandringen till Finland blir mera arbetsbaserad än i dag. Fortsatta åtgärder krävs för att sänka den strukturella arbetslösheten och förbättra arbetsmarknadens funktion. På arbetsmarknaden accentueras betydelsen av utbildning, arbetslivets attraktivitet, arbetsförmåga och rehabilitering, likaså för enande av arbete och familjeliv. Att få äldre personer att stanna kvar i arbetslivet är en särskild utmaning, som kräver satsningar på arbetshälsa och omformning av arbetsuppgifterna och arbetsmiljön.

Inom social- och hälsovårdssektorn kommer behovet av arbetskraft att öka redan de närmaste åren, eftersom de nuvarande arbetstagarnas medelålder är högre än i många andra branscher. Dessutom behövs det ny personal när vårdbehovet ökar. Att få kompetent och motiverad arbetskraft till social- och hälsovården är en nyckelfråga.

Fattigdom och utslagning

En betydande del av världens befolkning lever under fattigdomsgränsen. Att minska fattigdomen är en av FN:s största utmaningar. Inkomsterna är det huvudsakliga måttet på fattigdom. Utslagning är en process där fjärmandet från vad som kan anses vara ett normalt levnadssätt sker samtidigt inom flera delområden av välfärden.

Den största enskilda orsaken till fattigdom är arbetslöshet. Orsakssammanhangen bakom arbetslösheten är komplexa. Fattigdom förstärker den sociala utslagningen. Att erbjuda arbetslösa arbete är den effektivaste, om än inte den enda metoden att minska fattigdom. EU har satt som mål att fram till 2010 minska antalet människor som lever under fattigdomsgränsen från nuvarande 15 procent till 10 procent. Antalet barn som lever i fattigdom skall halveras. Skillnaderna i graden av fattigdom har minskat mellan EU-medlemsländerna sedan 1995. I Norden har förändringen inneburit en svag ökning av den relativa andelen fattiga.

Nationella konsekvenser

Den ekonomiska nedgången på 1990-talet gjorde att fattigdom och utslagning blev ett framträdande problem i det finländska samhället. Problemet berörde allt fler. Bakom fattigdomen låg oftast arbetslöshet och/eller överskuldssättning. Enligt internationella jämförelser är graden av fattigdom i Finland fortfarande bland de lägsta. Den ekonomiska tillväxten har underlättat situationen, men fortfarande har vi nästan 70 000 långtidsarbetslösa. Antalet mottagare av utkomststöd började minska i slutet av 1990-talet, men stödperioderna är fortfarande långa. Riskerna för fattigdom har ökat bland långtidsarbetslösa. Efter den ekonomiska nedgången i början av 1990-talet har fattigdomen blivit långvarigare och djupare. Numera hör allt fler ensamförsörjare till den grupp som lever i relativt fattigdom.

De fyra stöttepelarna inom den sociala tryggheten i Norden, dvs. det inkomstrelaterade skyddet, grundtryggheten för alla medborgare, särskilda inkomstöverföringar för låginkomsttagare samt lika välfärdstjänster för alla oberoende av förmögenhet, kön och boningsort utgör även i framtiden grunden för bekämpningen av fattigdom och utslagning. Det behövs emellertid också specialåtgärder för att hålla problemen under kontroll. Inom EU-samarbetet har lösningar av programtyp accentuerats vid bekämpningen av fattigdom och utslagning. De närmaste åren utvisar om problemet med fattigdom och utslagning kan lösas med de medel som den nordiska, universella politiken har i beredskap eller om man även i Finland går mot riktade lösningar av programtyp.

Folkhälsans utveckling och livsmiljön

Hälsotillståndet bland världens befolkning har förbättrats och människorna lever i genomsnitt längre än tidigare. Utvecklingen är ojämnt fördelad och till exempel i Afrika och Östeuropa har den förväntade livslängden förkortats de senaste åren. Faktorer som påverkar den framtida utvecklingen av befolkningens hälsa är fattigdom, krig, befolkningens åldrande, spridningen av hiv samt dåliga matvanor och det ökade bruket av tobak, alkohol och narkotika. De kroniska sjukdomarna – bl.a hjärt- och kärlsjukdomar – likasom även olycksfall är betydande orsaker till dödlighet och sjukfrekvens och deras betydelse ökar ytterligare, särskilt i u-länderna. Tobaken kommer inom de närmaste årtiondena att bli en viktig orsak till dödlighet och sjukfrekvens i hela världen. De europeiska utmaningarna för hälsopolitiken hänger samman med befolkningens åldrande, frågor som rör EU:s randområden, bland annat hur man hanterar samhällsomvälvningen och utslagningen, miljöhälsan, konsumentskyddet och marknadsinriktningen.

Målet för miljöhälsan är att som ett led i folkhälsoarbetet främja befolkningens hälsa, förhindra hälsoproblem som orsakas av livsmiljön och undanröja konstaterade problem. Befolkningens åldrande, ökad kollektiv utspisning och ökad internationell livsmedelshandel utgör nya hotbilder för livsmedelssäkerheten. Livsmedelskontrollen inriktar sig på att förebygga väsentliga hälsorisker. Övervakningen av sjukdomsfall orsakade av livsmedel och dricksvatten effektivteras, likaså riskbedömningen i fråga om kemikalier och genteknik.

Nationella konsekvenser

Viktiga frågor inom den närmaste framtiden är den högre dödligheten bland män och de stora hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper, antalet dödsfall bland unga män genom olyckshändelser och våld, kroniska folksjukdomar som blir vanligare med stigande ålder, psykiska problem, de äldres funktionsförmåga samt barn och ungas psykosociala trygghet och de nya risker som de utsätts för. Människorna är allt mer hälso-medvetna, men å andra sidan är hälsorisker vanliga, t.ex. rökning, alkoholkonsumtion, otillräcklig motion, dåliga matvanor samt faktorer som belastar den psykiska hälsan.

Inom Europeiska unionen, Finlands närområdessamarbete och det övriga internationella samarbetet fattas allt fler beslut som påverkar finländarnas hälsa. Därför är en hälsopolitik på enbart nationell nivå inte längre tillräcklig. Det behövs internationellt samarbete för att kunna svara på de hälsorelaterade utmaningar som hänger samman med den ekonomiska och tekniska globaliseringen.

De vanligaste miljöbetingade sjukdomarna är bl.a. vatten- och matförgiftnings-epidemier samt sjukdomar i andningsorganen som beror på föroreningar i inom- och utomhusluften. Viktiga hälsoproblem som hänförs till inomhusluften är bl.a. lungcancer orsakad av radon, skador orsakade av passiv rökning och allergiska sjukdomar orsakade av mögel i fuktskadade bostäder.

Den offentliga ekonomins utveckling

Världsekonomin växer snabbt men ojämnt. Den ekonomiska tillväxten är snabbast i Asien och Kina och Indiens ekonomiska tyngd ökar. Även i USA och Ryssland är tillväxten relativt snabb. Tillväxten i de här länderna kompenserar den långsamma tillväxten hos Finlands traditionella västeuropeiska handelspartners, även om inhemsk efterfrågan har förbättrat de ekonomiska utsikterna även inom euroområdet. Den politiska och ekonomiska instabiliteten i vissa länder skapar osäkerhet. De största riskerna inom den internationella ekonomin hänför sig till prisutvecklingen på olja, det dubbla underskottet i USA:s ekonomi samt hållbarheten i Kinas ekonomiska tillväxt.

Nationella konsekvenser

Den ekonomiska tillväxten har varit snabbare i Finland än i de övriga EU-länderna. Utsikterna för de närmaste åren är också ljusa. I många internationella jämförelser har det konstaterats att den finländska ekonomin är konkurrenskraftig. Den reella inkomstnivån per capita är högre än i EU15-länderna i medeltal. Däremot är arbetslösheten fortfarande hög. Den genomsnittliga treprocentiga ökningen av den totala produktionen väntas sjunka till cirka två procent kring 2010. Orsakerna är särskilt den krympande arbetskraften och de obetydliga investeringarna i produktionskapacitet de senaste åren. Efter 2015 är BNP-tillväxten beroende av produktivitetsoökningen.

Utsikterna för den offentliga ekonomin är rätt så goda jämfört med andra utvecklade länder, men på grund av att befolkningen åldras och arbetskraften minskar kommer trycket på den offentliga ekonomin att öka på lång sikt. Statsekonomin förutspås visa ett litet underskott. Det allvarliga finansieringsunderskott som uppstått inom den kommunala ekonomin väntas inte rättas till i en hast.

År 2005 var de sociala utgifternas andel av BNP drygt 27 procent, vilket ligger nära medeltalet för EU-länderna. De offentliga utgifterna som hänger samman med åldrandet börjar stiga först kring 2010, även om den kraftigare ökningen infaller först senare. Då befolkningen i arbetsför ålder minskar försvagas nationalekonomins tillväxtmöjligheter och den offentliga ekonomins finansieringsmöjligheter redan de närmaste åren. De finansiella utsikterna underlättas av den partiella fonderingen av arbetspensionerna, pensionsreformerna och befolkningens förbättrade hälsotillstånd. En hållbar finansiering av den offentliga ekonomin är i framtiden i hög grad beroende av att människorna arbetar längre, att den positiva hälsoutvecklingen fortsätter och att produktionen av social- och hälsovårdstjänster är produktiv och effektiv.

Den regionala utvecklingen, urbaniseringen

Världens befolkning koncentreras allt mer till städerna: mest växer de stora städerna, megapolerna. Den regionala utvecklingen har varit mycket differentierad. När städerna växer okontrollerat ökar de andra samhällsproblemen: förslumning, kriminalitet, missbruk, utslagningsrisk och hälsoproblem. Randområdenas möjligheter att erbjuda arbete försämras; utvecklingen kan leda till att befolkningen koncentreras till ett fåtal regioner med tillräcklig tillväxtpotential. Inom EU har man använt strukturfonder för att jämna ut utvecklingsskillnader mellan regioner. Utvidgningen av EU har ökat de regionala skillnaderna mellan EU-länderna; i de nya och kommande medlemsländerna är jordbrukets betydelse klart större än i EU15. De regionala skillnaderna bidrar till att öka migrationen och arbetskraftens rörlighet mellan medlemsländerna.

Nationella konsekvenser

Flyttningsrörelsen inom landet är stark. År 2005 registrerades ett rekordantal flyttningar mellan kommunerna, cirka 290 000. 2000-talets Finland är mera regionalt koncentrerat än tidigare, men det är möjligt att de framgångsrika regionerna är fler än de 5-6 största tillväxtcentren. Utvecklingsbilden är bäst för huvudstadsregionen och de största regionala centren. Många stadsregioner och områden med lokal specialkompetens kan också bli framgångsrika. Vid den regionala utvecklingen går skiljelinjen dels mellan stora och små stadsregioner och dels mellan tätortsnära landsbygd och egentlig landsbygd.

Behovet av välfärdstjänster utvecklas på olika sätt i olika kommuner, likaså kommunernas inkomstunderlag. De regionala skillnaderna i åldersstrukturen är stora. Tillgången till service äventyras särskilt i landsbygdsområden med utflyttningsöverskott och en befolkning som domineras av äldre, där behovet av vård och omsorg är stort samtidigt som kommunernas ekonomi försämras och tillgången till vårdpersonal försvåras eftersom den arbetsföra befolkningen flyttar bort. I tillväxtcentren i södra och västra Finland finns det å andra sidan många barn och äldre. Eftersom antalet arbetande personer är stort ökar kostnadsbelastningen per arbetsför person mindre än i regioner med utflyttningsöverskott. Det är en krävande uppgift att organisera social- och hälsovårdstjänsterna i olika delar av landet. Det förutsätter nya organisationsmodeller för servicen, större befolkningsunderlag för ordnandet av service och ett mera omfattande regionalt samarbete än i dag.

Förändrade värderingar

Opinionsundersökningar visar att finländarna stödjer den nuvarande organisationen av den sociala tryggheten. Stödet har ökat klart sedan början av 1990-talet och medborgarna hyser ett gott förtroende för den sociala tryggheten. En växande del av finländarna anser att nivån på den sociala tryggheten är för låg. Dessutom anser finländarna att skillnaderna mellan fattiga och rika är för stora, vilket tyder på en vilja att stödja en omfördelning med hjälp av socialpolitiken. Å andra sidan är finländarna rätt positivt inställda även till betydande förändringar i serviceproduktionen, t.ex. till en ökad privatisering av servicen.

Ökat välstånd, ökad ojämlikhet och ökade kulturella skillnader kan leda till att åsikterna om den sociala tryggheten går isär. Att valen blir mera individuella kan komma till synes i att de traditionella institutionernas – t.ex. kyrkans, statens, närsamhällets och släktens – ställning försvagas. Värdena relativiseras, enhetliga värden anses inte längre eftersträvsvärda. Samtidigt som de traditionella institutionerna som styr och stödjer människornas val av värden försvagas får kommersiell påverkan och påverkan från marknaden större betydelse för valen.

Om den fortgår kan en allt mer differentierad utveckling av värderingarna försvaga grunden för den nationella eller lokala solidariteten och den sociala tryggheten. Vissa grundläggande värden såsom andras välfärd och den egna och nationella säkerheten är dock fortsättningsvis viktiga värden för en stor del av finländarna.

Den kulturella och religiösa toleransen och medvetenheten om den kulturella mångfalden har ökat. Samtidigt har intoleransen mot personer som förhåller sig negativt till värdemångfalden och kraftigt förespråkar sina egna värden ökat. Finländarnas attityder till invandrare har blivit positivare efter lågkonjunkturen.

5.4 De sociala utgifternas utveckling enligt gällande lagstiftning

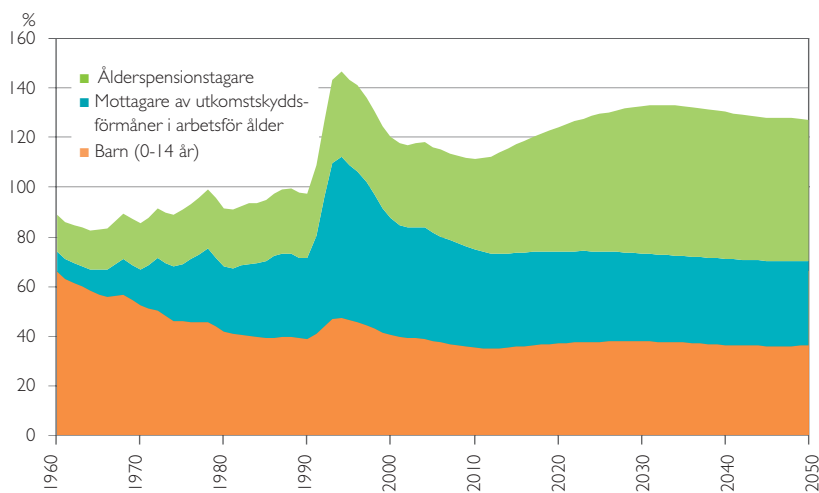
De viktigaste faktorerna som inverkar på efterfrågan på social trygghet och verksamhetsförutsättningarna för den är befolkningsstrukturens utveckling, samhällsekonomins funktion samt sysselsättningen.

Försörjningskvotens utveckling

Försörjningskvotens utveckling är den främsta utmaningen för den sociala trygghetens ekonomi de närmaste årtiondena. Försörjningskvoten anger hur många personers utkomst som är beroende av en arbetstagares arbetsavkastning. Sjunkande sysselsättning och utbredd arbetslöshet försämrade försörjningskvoten i början av 1990-talet. Sedan 1990-talet har nästan alla icke förvärvsarbetsande personer som fyllt 18 år varit berättigade till någon förmån som tryggar utkomsten, vilket ger en bild av hur stort trycket är på utkomstskyddssystemet.

Åldersstrukturens utveckling inverkar på försörjningskvoten. Enligt befolkningsprognoserna kommer de äldres andel av befolkningen att växa snabbt efter 2010 när de stora åldersklasserna går i pension och livslängden ökar. Under de närmaste årtiondena väntas barnens andel av befolkningen vara konstant, om än rätt liten. Försörjningskvoten försämrats ytterligare trots att arbetslösheten väntas minska.

Figur 20.
Försörjningskvotens utveckling 1960–2004 samt projektion fram till 2050



Källa: Social- och hälsovårdsministeriet

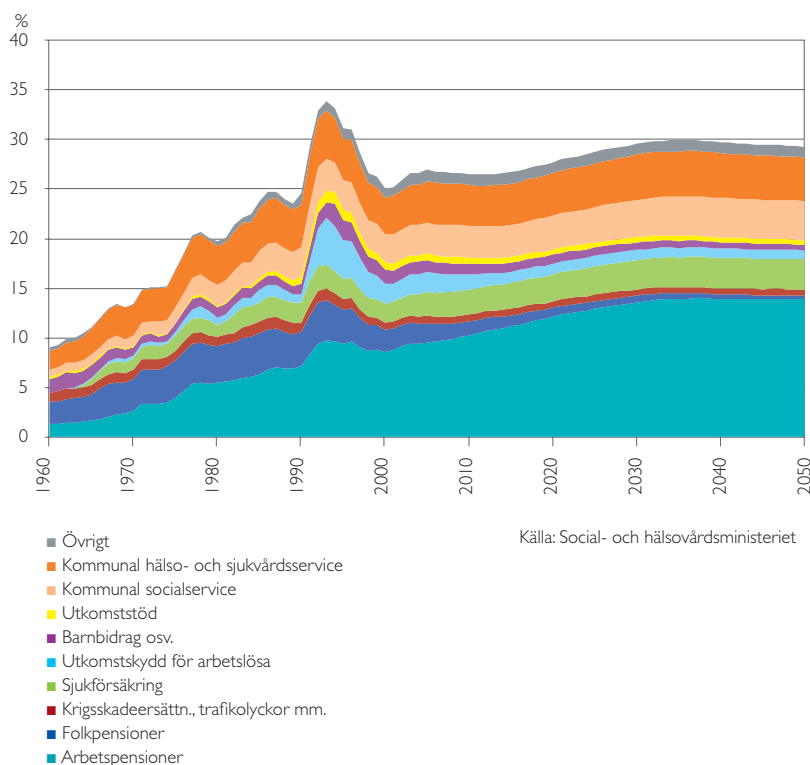
De sociala utgifternas utveckling enligt gällande lagstiftning

Prognosen enligt baskalkylen baserar sig på hur utgifterna utvecklas med den nuvarande lagstiftningen. Utgångshypotesen i utgiftsbudgeten är att produktivitetsökningen avtar från 2,2 procent till 1,75 procent eller med i medeltal 1,9 procent per år. Tillväxthypotesen för BNP är i medeltal 1,8 procent per år. Arbetslöshetsgraden antas sjunka till 5 procent under 2010-talet och förbli på den nivån fram till prognosperiodens slut.

Massarbetslösheten på 1990-talet och den kraftiga BNP-nedgången ledde till en drastisk höjning av de sociala utgifternas andel av BNP. Det ekonomiska uppsvinget har snabbt förbättrat situationen. När de stora åldersklasserna går i pension kommer situationen att försämrats.

Fram till 2015 kommer utkomstskyddets andel av BNP inte ännu att öka markant, och inte heller de totala sociala utgifternas andel av BNP. Arbetspensionsutgifternas andel ökar, men detta kompenseras nästan helt av att folkpensionsutgifternas, utkomstskyddsutgifternas, arbetsinkomstförsäkringens och de övriga utkomstskyddsutgifternas andel av BNP minskar. Trots det har de sociala utgifterna redan börjat öka och ökningen accelererar fram till 2030. Ökningen är cirka tre procent i förhållande till BNP. I relation till lönesumman är andelen dubbelt så stor. Åtgärder för att dämpa utgiftsökningen måste vidtas de närmaste åren för att vara effektiva redan före 2015.

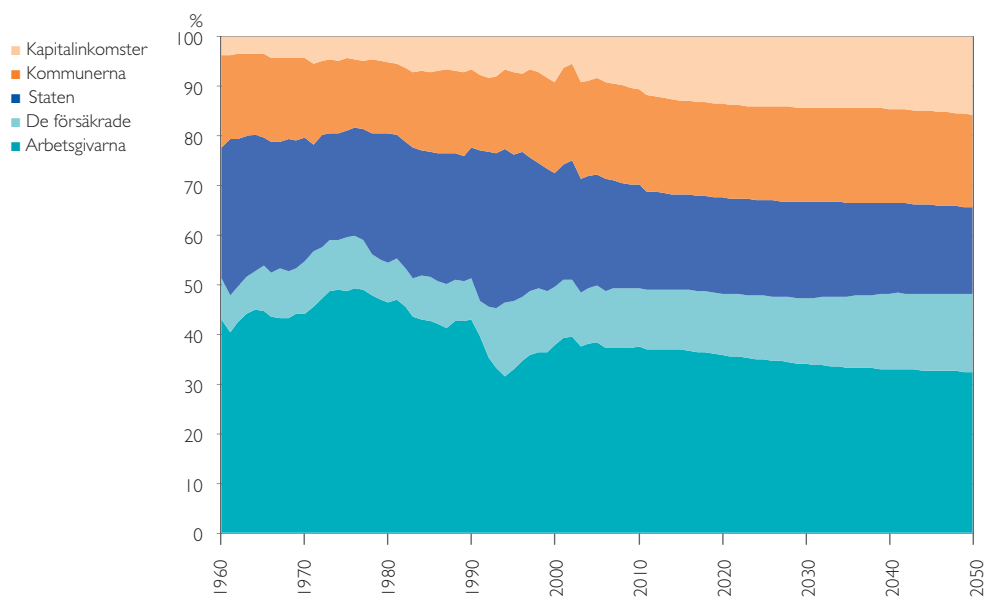
Figur 21.
De sociala utgifternas utveckling (exklusive klientavgifter) i förhållande till BNP åren 1960–2004 samt projektion fram till 2050



Utvecklingen av finansieringen av de sociala utgifterna

Den största förändringen i fråga om finansieringen av de sociala utgifterna gäller de försäkrades finansieringsandel. Kommunernas och statens finansieringsandelar förblir rätt stabila. Statens andel har klart minskat jämfört med 1990 års nivå. Pensionsfondernas avkastning får större betydelse. Fondpolitiken de kommande åren kommer att ha en märkbar inverkan på arbetspensionspremierens nivå.

Figur 22.
Finansieringsstrukturen för de sociala utgifterna 1960–2004 samt projektion fram till 2050, %



Källa: Social- och hälsovårdsministeriet

HÄLSA OCH TRYGGHET FÖR ALLA.

■
SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET
Sjötullsgatan 8, HELSINGFORS
PB 33, FI-00023 STATSRÅDET
FINLAND

Telefon (09) 16001
Telefax (09) 160 74126
www.stm.fi/svenska

Social- och hälsovårdsministeriets
publikationer 2006:15

ISSN 1236-2050
ISBN 952-00-2059-4 (inh.)
ISBN 952-00-2060-8 (PDF)