










DEN SOCIALA
TRYGGHETEN
I FINLAND
ÅR 2003

INNEHÅLL

	1. DEN FINLÄNSKA SOCIALA TRYGGHETEN I KORTHET	5
	Grundläggande element för den sociala tryggheten i Finland	6
	Lägre socialutgifter än genomsnittet i EU-länderna.....	6
	Nära samband mellan den förebyggande verksamheten och social- och hälsovårdstjänsterna	6
	Omfattande och lagstadgad socialförsäkring	7
	EU som en operativ referensram	8
	Förvaltningsområdets mål	8
	2. DEN SOCIALA TRYGGHETEN ÅR 2003	11
	Kostnader och kostnadsfördelning	12
	Finansiering av den sociala tryggheten	14
	Social- och hälsovårdspolitiken	14
	Hushållens inkomster och inkomstfördelning	14
	Utkomstskyddet.....	16
	Utkomstskyddet för arbetslösa	16
	Den nationella sjukförsäkringen	17
	Pensionskydd	18
	Social- och hälsovårdstjänster	19
	Socialarbete	20
	Utkomststöd	20
	Äldrevård	20
	Tjänster för handikappade.....	21
	Prevention av social utslagning.....	21
	Rusmedelspolitik.....	21
	Hälsa- och sjukvårdstjänster	22
	Hälsoläget	22
	Tjänster inom primärvården och den specialiserade sjukvården	25
	Familjepolitik	26
	Arbetsförhållanden samt arbetarskydd	26
	Större jämställdhet mellan män och kvinnor	27
	Internationell verksamhet.....	27
	Övriga aktiviteter inom social- och hälsovårdssektorn	28
	Pennyautomatföreningen	28



1. DEN FINLÄNDSKA SOCIALA TRYGGHETEN I KORTHET

Grundläggande element för den sociala tryggheten i Finland

Den sociala tryggheten i Finland består av tre grundläggande element: förebyggande social- och hälsovårdspolitik, social- och hälsovårdstjänster samt socialförsäkring. Dess huvudsakliga uppgift är att trygga medborgarnas utkomst genom en omfattande grundtrygghet samt inkomstrelaterade förmåner som garanterar möjligheten att upprätthålla en rimlig konsumtionsnivå i olika risksituationer. De omfattande social- och hälsovårdstjänsterna utgör en viktig del av den sociala tryggheten.

Den sociala tryggheten är resultatet av ett utvecklingsarbete som har pågått i flera årtionden. Den kännetecknas av förmåner som är tillgängliga för alla. Liksom i de övriga nordiska länderna gäller förmånerna huvudsakligen dem som är bosatta i landet.

Den sociala tryggheten garanterar stabilitet, rättvisa och jämlikhet i samhället. Så gott som alla hushåll erhåller någon form av inkomstöverföring eller utnyttjar tidvis social- och hälsovårdstjänster. Systemet med inkomstöverföringar genom betalda och erhållna överföringar har effektivt utjämnat inkomstfördelningen. Finland har en relativt jämn inkomstfördelning mätt enligt hushållens disponibla inkomst. Fattigdomsgraden är bland de lägsta i EU-länderna.

Finlands sociala trygghet bygger på en stark jämställdhetsprincip. Den kraftiga utvecklingen av dagvården för småbarn har gjort det möjligt för kvinnorna att i allt större utsträckning delta i arbetslivet. I Finland arbetar omkring 70 % av småbarnsmödrarna. Alla barn under skolåldern (7 år) har rätt till kommunal dagvård.

Lägre socialutgifter än genomsnittet i EU-länderna

Socialutgifternas andel ligger nu nära medeltalet för EU-länder. År 2003 utgjorde socialutgifterna 26,9 % av BNP. Socialutgifterna finansieras i första hand av arbetsgivarna, staten och kommunerna. I Finland står de försäkrade personerna för en mindre andel av socialutgifterna än i övriga EU-länder. Statens och kommunernas andel är i motsvarande grad högre. Det här är typiskt för länder där förmånerna är tillgängliga för alla.

Nära samband mellan den förebyggande verksamheten och social- och hälsovårdstjänsterna

Förebyggande åtgärder är ett centralt element i den finländska sociala tryggheten. Åtgärderna syftar till att förebygga en mängd risker och problem för att på det sättet minimera användningen av dyrare tjänster och hjälpformer. Medborgarna uppmuntras att sköta sin hälsa och minska användningen av tobak och alkohol. De förebyggande åtgärderna inriktas främst på miljö- och hälsoskydd, effektiv primärvård, företagshälsovård, mödra- och barnavård samt förebyggande av social utslagning.

I Finland ligger ansvaret för anordnandet av skolgång och social- och hälsovårdstjänster hos kommunerna. De flesta kommuner har färre än 10 000 invånare. Kommunerna kan anordna de lagstadgade tjänsterna antingen ensamma eller i samarbete med andra kommuner. De kan också köpa tjänsterna från privata sektorn.

Kommunerna och staten har rätt att uppbära skatter. Kommunerna får statsandelar för sin social- och hälsovård. Klienterna betalar avgifter för social- och hälsotjänster som de använder. De viktigaste områdena inom tjänstesektorn är primärhälsovård och specialiserad sjukvård,

barndagvård, äldreomsorg, service för handikappade samt utkomststöd och barnskydd. Utkomststödet är en stödform som används som en sista utväg. Privata tjänster kompletterar de offentliga tjänsterna.

Vissa förmåner, som t.ex. föräldraledighet och barnbidrag, är tillgängliga för alla. Barnbidragets storlek beror på antalet barn i familjen, och bidraget utbetalas till alla barn under 17 år. Barnbidraget är skattefritt. Alla föräldrar har rätt till föräldraledighet, och fäder som är bosatta i Finland har rätt till en separat faderskapspenning som utbetalas för 6–18 arbetsdagar. Därtill har fadern rätt till faderskapspenning 1–12 vardagar direkt efter den period då föräldradagpenning utbetalas om fadern varit ledig åtminstone de senaste 12 vardagarna av föräldraledigheten. När ett barn föds erhåller familjen också en moderskapsförpackning som innehåller kläder och barnvårdsartiklar. Alla barn som inte har nått skolåldern (7 år) har rätt till kommunal dagvård. Alternativt kan föräldrarna erhålla understöd för privat dagvård eller för att vårda barnen hemma. Kommunerna är också skyldiga att ordna förskoleundervisning för sexåriga barn.

Omfattande och lagstadgad socialförsäkring

Alla i Finland bosatta personer omfattas av ett socialskyddssystem som berättigar till folkpension samt ersättningar i samband med sjukdom, moderskap och arbetslöshet. Dessutom är alla förvärvsarbetande personer berättigade till förmåner som baserar sig på deras anställningsförhållande, t.ex. arbetspensioner och ersättningar vid arbetsolycksfall. Ett särdrag hos det finländska socialförsäkringssystemet är att en betydande del av socialförsäkringen sköts via privata försäkringsbolag, trots att systemet är obligatoriskt och lagstadgat.

Finland har två pensionssystem: ett folkpensionssystem och ett arbetspensionssystem. Båda systemen omfattar ålders-, invalid-, och efterlevandepensioner. Folkpensionssystemet utbetalar pensioner till i Finland bosatta personer för att garantera en minimiutkomst, medan det andra systemet baserar sig på förvärvsarbete och är inkomstrelaterat. Folkpensionen samordnas med arbetspensionen och utbetalas till personer som har låg arbetspension eller ingen arbetspension alls. När arbetspensionen överstiger ett visst belopp upphör rätten till folkpension. Folkpensionerna utbetalas av Folkpensionsanstalten (FPA). Arbetspensionerna sköts av privata försäkringsbolag. Pensionsskyddscentralen är pensionssystemets centralorganisation. Den offentliga sektorn har sina egna pensionsinrättningar.

Utkomstskyddet för arbetslösa består av en inkomstrelaterad dagpenning, grunddagpenning och arbetsmarknadsstöd. De flesta arbetstagare tillhör arbetslöshetskassan inom sitt fackförbund, och är således berättigade till inkomstrelaterad dagpenning.

Alla arbetstagare samt lantbruksföretagarna har en obligatorisk försäkring för arbetsolycksfall och yrkessjukdomar. Övriga privatföretagare kan teckna en frivillig försäkring. Arbetsolycksfallsförsäkringarna administreras av privata försäkringsbolag. I Finland är trafikförsäkringarna för motorfordon obligatoriska.

Sjukförsäkringen ersätter inkomstbortfall vid tillfällig arbetsförmåga. Ersättningens storlek beror på arbetsinkomsterna. En långvarig sjukdom eller en längre period av arbetsförmåga kan påverka den drabbades vardag på många olika sätt. Med hjälp av rehabilitering kan dessa följder förebyggas eller mildras. Syftet med rehabiliteringsförmånen är att förbättra och upprätthålla den handikappade eller invaliderade personens arbetsförmåga, samt att hjälpa honom eller henne att klara av sitt dagliga liv trots sitt handikapp.

Enligt opinionsundersökningar har det finländska systemet med social trygghet bevarat sitt breda stöd bland allmänheten.

EU som en operativ referensram

Enligt subsidiaritetsprincipen tillhör socialpolitiken de enskilda medlemsländernas kompetensområde. Icke desto mindre är Europeiska unionen i allt högre grad den omgivning inom vilken socialpolitiken bedrivs. Det gemensamma valutaområdet (Euro) täcker nu 12 länder, inklusive Finland. Det har gett upphov till vidare diskussion om finansieringen av den sociala tryggheten. Den huvudsakliga inverkan av EMU är klart positiv, räntorna har varit på neråtgående medan ekonomin växer. Trots det är risken för asymmetriska chocker verklig inom ramen för stabilitets- och tillväxtpakten.

När Amsterdamfördraget trädde i kraft, stärktes den sociala dimensionen inom EU. Nicefördraget betonar socialpolitikens ställning ytterligare, bl.a. genom att bekräfta rättsgrunden för den nya kommittén för socialt skydd (art. 144). Gemensamma utmaningar som gäller hela EU omfattar t.ex. åtgärder för att höja sysselsättningsgraden, bekämpa fattigdom och utslagning, lösa problemet med en åldrande befolkning och garantera en hållbar finansiering av pensionsystemen. De här utmaningarna är nära förbundna med Unionens utvidgningsprocess.

Den avgörande frågan är hur man med framgång skall kunna kombinera makroekonomisk politik och politiken kring den sociala tryggheten för att förbättra den Europeiska unionens konkurrenskraft. En förbättring av EU:s sociala dimension betyder en bättre samordning av nationella strategier och en förstärkning av de gemensamma ramarna för europeisk socialpolitik.

Den öppna samordningsmetoden (OMC) är en ny form av samarbete på europeisk nivå. Den integrerar nationell mångfald med europeisk likformighet på ett potentiellt fruktbart sätt. Samarbetet är ett av de viktigaste elementen i den så kallade Lissabon-strategin som godkändes vid Europeiska rådet i Lissabon år 2000. I enlighet med OMC kan medlemsländer ställa upp gemensamma mål, komma överens om uppföljning, rapportering och jämförelser. Hittills har man satt upp gemensamma mål när det gäller fattigdom och social utslagning, pensionspolitik och hälso- och sjukvård. De fungerar som användbara riktlinjer för fortsatt arbete inom dessa sektorer på den nationella nivån.

Förvaltningsområdets mål

Social- och hälsovårdssektorn har gemensamma mål. Målen för år 2003 byggde ännu delvis på den föregående regeringens prioriteringar. De främsta utmaningarna på social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde gällde befolkningens åldersstruktur och funktionsförmåga, den nationalekonomiska utvecklingen, den europeiska integrationen, sysselsättningsgraden och långtidsarbetslösheten, den sociala utslagningen, den regionala utvecklingen samt en stabil finansiering av den sociala tryggheten.

I huvuddrag har social- och hälsovårdsministeriets strategiska riktlinjer varit likartade redan i flera år. Bakgrundshandlingarna för förvaltningsområdets strategiska målsättning utgörs av rapporten "Strategier för social- och hälsovårdspolitiken år 2010" från år 2001 samt riktlinjerna i det nya regeringsprogrammet. De social- och hälsopolitiska riktlinjerna indelades i fyra temagrupper under verksamhetsperioden;

- främja hälsan och funktionsförmågan
- göra arbetet attraktivare
- förebygga och bekämpa social utslagning
- erbjuda effektiva tjänster och inkomstsäkerhet

Enligt prioriteringarna i det nya regeringsprogrammet understryks därtill barnfamiljernas välmående och jämställdheten mellan könen.





2. DEN SOCIALA TRYGGHETEN ÅR 2003

KOSTNADER OCH KOSTNADSFÖRDELNING

Socialutgifterna för år 2003 uppgick till 38,5 miljarder euro. Av utgifterna finansierades ca en tredjedel via statsbudgeten. Utgifterna under social- och hälsovårdsministeriets huvudtitel var bara 21,9 % av de sociala utgifterna. Finansieringen av de sociala utgifterna går också via andra huvudtitlar i budgeten. De största utgiftsposterna under social- och hälsovårdsministeriets huvudtitel var fortfarande överföringar till hemhushållen och kommunerna samt samkommunerna (Figur 1).

Under de senaste åren har socialutgifterna ökat måttligt. År 2003 var de 26,9 % av BNP. Detta låg under medeltalet för EU-länderna. En köpkraftsjusterad utgiftsnivå per invånare som är lägre än Finlands fanns endast i Irland och i tre länder i Sydeuropa. (Tabell 1, Figur 2)

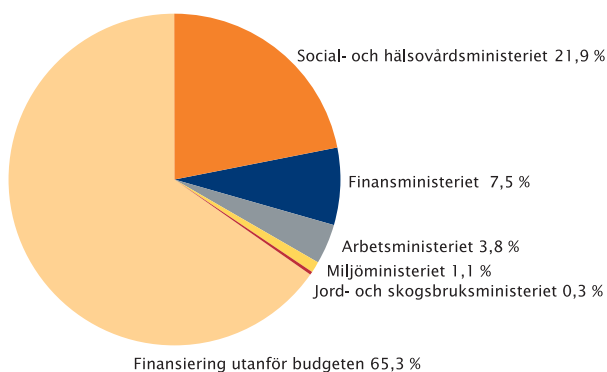
Den finländska sociala tryggheten var kostnadseffektiv: i Finland kostade det mindre än genomsnittet i EU att erbjuda hela befolkningen hyggliga social- och hälsovårdstjänster samt ett utkomstskydd.

De årliga förändringarna i antalet förmånstagare var små. Pensionstagarna ökade på grund av en åldrande befolkningsstruktur. Det totala antalet personer som får olika slag av arbetslöshetsdagpenning steg något. Därtill fick fler personer än tidigare sjukpenning. Antalet nyfödda steg något och ökade utbetalningen av föräldradagpenning. Till följd av det minskade totala antalet småbarn sjönk behovet av stöd för vården av småbarn. Antalet personer med utkomststöd sjönk något. (Tabell 2)

Figur 1.

De via statsbudgeten finansierade socialutgifternas andel av alla socialutgifter år 2003

Socialutgifter
38,5 miljarder euro



Tabell 1. Siffror som illustrerar socialutgifternas utveckling

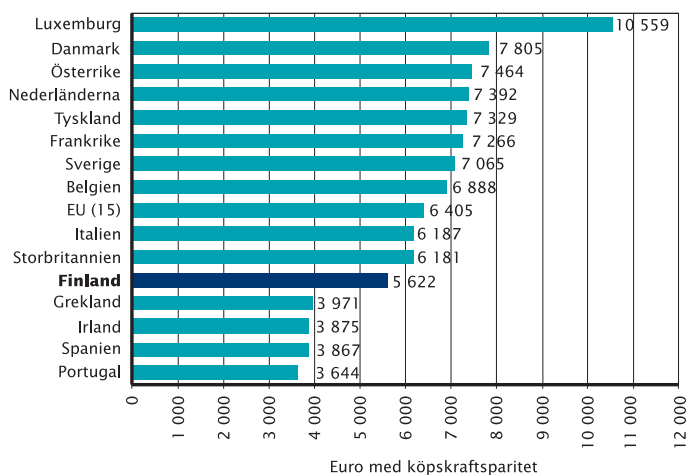
	1995	2000	2001	2002	2003 *
BNP, miljarder €	95,3	130,1	135,5	139,8	143,4
Socialutgifter, miljarder €	30,2	33,1	34,8	36,9	38,6
Utgifter under SHM:s huvudtitel, miljarder €	8,2	7,3	7,6	8,1	8,5
Social trygghet, utgifter/GDP, %	31,7	25,4	25,7	26,4	26,9

* uppskattning

Figur 2.

Socialutgifter per invånare
i EU-länderna år 2001,
(i euro med
köpkraftsparitet)

Källa:
Eurostat



Tabell 2. Antalet personer som har erhållit sociala förmåner åren 1995, 2000–2003
(1 000 personer)

	1995	2000	2001	2002	2003*
Pensionstagare totalt 31.12.**	1 157	1 224	1 233	1 255	1 276
Arbetslöshetsdagpenning	827	603	568	569	572
Sjukpenning	284	296	301	321	326
Föräldrapenning (mödrar)	108	97	96	95	97
Stöd för vård av småbarn, (barn) 31.12.	138	126	124	123	121
Utkomststöd	584	454	443	443	440

* uppskattning

** innehåller inte personer som lyfter enbart familjepension

FINANSIERING AV DEN SOCIALA TRYGGHETEN

Den finländska sociala tryggheten finansieras med hjälp av avgifter som betalas av arbetsgivare och försäkringstagare samt med hjälp av skattemedel och klientavgifter. Det förbättrade samsättningsläget har ökat arbetsgivarnas finansieringsandel. Staten har ökat sin andel något, särskilt finansieringen av kommunernas social- och hälsovårdsutgifter (Tabell 3).

En gemensam europeisk finansieringsmodell för den sociala tryggheten finns inte. I länder med ett universellt system för den sociala tryggheten är den offentliga sektorns finansieringsandel större än i övriga EU-länder. De årliga förändringarna är små, arbetsgivarnas finansieringsandel har sjunkit något och den offentliga sektorns andel stigit en aning under de senaste åren.

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSPOLITIKEN

Socialutgifterna utgörs till största del av pensioner, kommunernas social- och hälsovårdstjänster, arbetslöshetsskydd samt sjukförsäkringar. Arbetspensionernas andel har ökat och arbetslöshetsskyddets andel har minskat. Förändringarna på årsnivå mellan olika utgiftsslag är små (Figur 3).

Hushållens inkomster och inkomstfördelning

Ökningen av inkomstskillnaderna mellan hushållen sedan mitten av 1990-talet avstannade år 2001. År 2002 var inkomstskillnaderna så gott som oförändrade. Ökningen i inkomstskillnaderna under andra hälften av 1990-talet berodde i hög grad på den kraftiga ökningen av förmögenhetsinkomsterna. År 2001 minskade hushållens förmögenhetsinkomster klart, vilket syntes i mindre inkomstskillnader. Trots att inkomstskillnaderna minskade något var de klart större år 2002 än i början av 1990-talet. Den utjämnande effekten av inkomstöverföringarna och beskattningen på inkomstskillnaderna var mindre än tidigare.

Den relativa fattigdomsgrad som mäter andelen låginkomsttagare av den totala befolkningen har stigit under de senaste åren. Den stigande fattigdomsgraden beror främst på en allmänt högre inkomstnivå, vilket höjt gränsen för den relativa fattigdomsgrad som är bunden till genomsnittsinkomsten. Närmare 70 procent av den befolkning som lever under fattigdomsgränsen hör till hushåll utan medlemmar i något yrke och de lever i hög grad på olika former av utkomststöd.

Fattigdomsgraden har ökat i de flesta familjekategorier. Ökningen har varit störst bland ensamförsörjande samt i barnfamiljer med två vårdnadshavare där det yngsta barnet är under skolåldern. De vanligaste låginkomsttagarna är unga ensamboende. Fattigdomsgraden i denna grupp stiger till följd av det stora antalet studerande. Jämfört med de övriga EU-länderna är hela den finländska befolkningens och speciellt barnens fattigdomsgrad låg. Fattigdomsgraden bland den åldrande befolkningen i Finland står på samma nivå som i EU i genomsnitt (figur 4). I Finland är det vanligare än i de flesta andra EU-länder att den åldrande befolkningen äger sin bostad. Rätt små inkomster kan därigenom garantera en skälig utkomst.

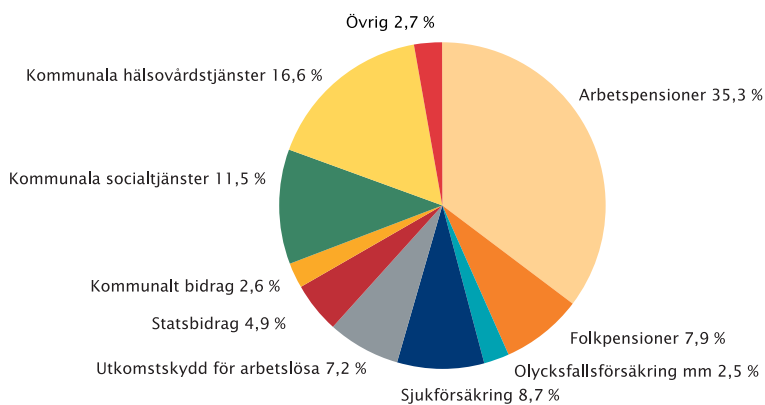
Tabell 3. Totalfinansieringen av den sociala tryggheten i Finland åren 1995, 2000–2003, finansieringsandelar i procent

Finansiärer	Andel av finansiering av socialutgifterna, %				
	1995	2000	2001	2002	2003*
Staten	29,1	24,0	23,3	23,7	24,8
Kommunerna	16,7	19,2	19,4	19,6	19,3
Arbetsgivarna	37,7	37,7	38,8	39,2	40,0
Försäkringstagarna	13,7	12,1	11,6	11,0	10,6
Övriga intäkter	6,9	7,1	6,9	6,5	5,0
Totalt	100,1	100,1	100,0	100,0	100,0

* uppskattning

Figur 3.

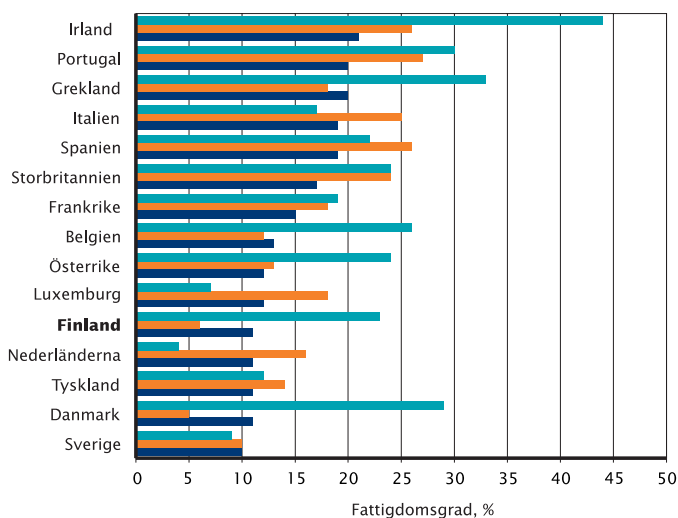
Socialutgifter per utgiftsslag år 2003, procent av alla utgifter, € 38,5 miljarder



Figur 4.

Hela befolkningens, barnens och de äldres fattigdomsgrad i EU-länderna år 2000

Gränsen för fattigdomsgraden 60 % av den disponibla medianinkomsten. OECD:s nya konsumtionsenheter.



Källa: Eurostat (ECHP)

■ Äldre (65+ år)
■ Barn (0–15 år)
■ Hela befolkningen

UTKOMSTSKYDDET

Utkomstskyddet är inkomstöverföringar som ges i pengar. Utkomstskyddets andel av socialutgifterna var cirka två tredjedelar. De lagstadgade socialförsäkringarna ska försäkra alla medborgare mot inkomstförluster eller stora utgifter i fall av sjukdom, arbetslöshet, arbetsoförmåga, olycka, ålderdom, makens/makans död eller barnfödsel.

Målsättningen har varit att finansiera minimiförmånerna med skattemedel och de arbetsrelaterade förmånerna med arbetsgivarnas och försäkringstagarnas premier.

Utkomstskyddet för arbetslösa

Syftet med utkomstskyddet för arbetslösa är att garantera en skälig utkomst för arbetslösa. Utkomstskyddet för arbetslösa utbetalas i form av en inkomstrelaterad dagpenning eller grunddagpenning. Därtill betalas arbetsmarknadsstöd till de personer som inte uppfyller villkoret för arbetslöshetsdagpenning eller som erhållit arbetslöshetsdagpenning under den maximala tiden. Avsikten med utkomstskyddet för arbetslösa är att förverkliga försäkringsprincipen och sporra sysselsättningen.

Både sysselsättningen och arbetslösheten sjönk en aning samtidigt som utbudet på arbetskraft minskade. Långtidsarbetslösheten var alltså hög. Antalet personer som får inkomstrelaterad dagpenning såväl som grunddagpenning ökade, men arbetslöshetsperioderna blev kortare. Antalet personer som får arbetsmarknadsstöd fortsatte att sjunka.

Den maximala grunddagpenningen uppgick till 23,02 euro per dag år 2003 och ett maximalt arbetsmarknadsstöd är lika stort som grunddagpenningen. Om en arbetslös person försörjer ett, två eller fler barn höjdes arbetsmarknadsstödet med 4,36, 6,40 respektive 8,26 euro. Den genomsnittliga inkomstrelaterade dagpenningen var 43,75 euro per dag år 2003.

Ett flertal ändringar i utkomstskyddet för arbetslösa infördes 1.1.2003. Med ändringarna försöker man utveckla utkomstskyddet så att det kan hjälpa personer i arbetslivet att orka med sitt jobb och att det understöder sysselsättningen:

- Bestämmelserna om utkomstskyddet under arbetslösheten samlades under en enda lag.
- Det blir lättare att få arbetslöshetsdagpenning. Villkoret för arbetstid förkortades från tidigare tio månader till åtta månader för en person vars maximala utbetalningstid för arbetslöshetsdagpenningen åter skulle börja från början.
- Personer födda år 1950 eller senare kan få arbetslöshetsdagpenning ända till 65 års ålder i stället för till 60 år som läget är i dag (rätt till tilläggsdagar). Samtidigt upphör arbetslöshetspensionen som pensionsform år 2007. Rätten till tilläggsdagar tillfaller dem som fyllt 59 år och som har minst fem års arbetshistoria under de senaste 20 åren.
- Det blir lättare för företagare att byta arbetslöshetskassa när villkoret för arbetstid blev lättare att räkna tillgodo.

Staten finansierar arbetsmarknadsstödet och grunddagpenningen. Avkastningen på arbetslöshetsförsäkringspremien från de löntagare som inte hör till någon arbetslöshetskassa bidrar till finansieringen av grunddagpenningen.

Staten finansierar den del av arbetslöshetskassornas inkomstrelaterade förmåner som motsvarar grunddagpenningen. Arbetslöshetskassornas andel av varje enskild inkomstrelaterad

dagpenning är 5,5 %. Resten finansieras av arbetslöshetsförsäkringsfonden. För att trygga betalningsförmågan och för att utjämna effekterna av konjunkturfluktuationer har den en konjunkturbuffert. Medlen översteg det uppställda maximibeloppet för bufferten under rapporteringsåret, vilket ledde till att arbetslöshetsförsäkringspremierna sänktes.

Den nationella sjukförsäkringen

Målsättningen med sjukförsäkringsersättningarna är att ersätta förtjänstbortfall till följd av kortvarig sjukdom och komplettera den offentliga hälsovården så att befolkningen har möjlighet att med skäliga utgifter köpa hälso- och sjukvårdstjänster i den privata sektorn och mediciner som behövs i den öppna vården.

Från början av år 2003 steg moderskaps-, särskild moderskaps-, faderskaps- och föräldrapenningens minimibelopp från 10,90 euro till 11,45 euro per dag. Motsvarande förhöjning gjordes på sjukdagpenningens och rehabiliteringspenningens minimibelopp. När en arbetslös person blir familjeledig fastställs dagpenningen enligt personens utkomststöd på samma sätt som sjukdagpenningen. Det förbättrade sysselsättningsläget och en del andra faktorer har ökat antalet sjukdagar under de senaste åren.

I början av år 2003 blev det lättare att kombinera arbete och familj. Faderskapsledigheten förlängdes med 12 vardagar, om fadern tar ut sin föräldraledighet minst 12 vardagar i slutet av föräldraledighetsperioden och den förlängda faderskapsledigheten direkt därpå. Faderskapsledigheten är då oavbrutet 24 vardagar. Rätten till faderskapsledighet utnyttjades mindre än väntat.

Från början av rapporteringsperioden har föräldraledigheten kunnat utnyttjas på deltid, vilket innebär att både fadern och modern kan ta ut partiell föräldraledighet samtidigt. Även företagare fick rätt till partiell föräldrapenning.

De tandläkarbesök som ersätts av sjukförsäkringen har ökat betydligt när ersättningarna för tandvård stegvis utvidgades till alla åldersgrupper. I december 2002 utvidgades rätten till tandvård för hela befolkningen.

För att sänka läkemedelskostnaderna och för att läkemedelsbruket skall bli ändamålsenligare ålades apoteken att byta ut av läkare ordinerade läkemedel mot billigare alternativa preparat från och med april 2003. Bytet till billigare läkemedel såväl som de sänkta priserna på läkemedel ledde till en inbesparing på totalt 63 miljoner euro av kundernas utgifter och utgifterna för läkemedelsersättningar. Därtill ökade utgifterna för läkemedelsersättningar betydligt långsammare. Inbesparingarna var klart större än väntat. Självriskandelen för läkemedel steg år 2003. Beredningen av reformen av läkemedelsersättningarna fortsatte.

Sjukförsäkringen finansieras med arbetsgivarnas och försäkringstagarnas premieandelar. Staten svarar för finansieringen av minimidagpenningen. År 2003 uppgick sjukförsäkringspremien för en försäkringstagare – både löntagare och pensionärer – till 1,5 procent. Pensionärernas extra premie på 0,4 procentenheter ströks i början av år 2003. Sjukförsäkringspremien på arbetsgivarnas löner steg med 0,014 procentenheter i början av året. Genom förhöjningen kunde man inleda ett treårigt försök enligt vilket de privata arbetsgivarnas och de statliga affärsverkens socialskyddsavgifter för åren 2003–2005 ströks i största delen av kommunerna i Lappland samt i vissa skärgårdskommuner. Avsikten med försöket är att förbättra arbetsgivarnas möjligheter att sysselsätta flera personer.

De avgifter som betalades av försäkrade och arbetsgivarna räckte inte till för att trygga finansieringen av sjukförsäkringen. Statens garantibetalning steg till 677 miljoner euro, vilket var en femtedel av försäkringens totala utgifter. Därtill bokfördes 300 miljoner euro i sjukförsäkringsfonden från avkastningen från meromsättningskatten.

Pensionsskydd

Antalet personer som har erhållit pension 31.12	1995	2000	2001	2002	2003*
Ålderspension	804 100	869 700	875 600	889 600	906 900
- förtida ålderspension	42 400	64 700	57 800	62 050	66 300
Deltidspension	5 450	24 500	29 100	39 500	41 400
Invalidpension	309 500	276 300	267 900	267 200	271 300
- individuell förtidspension	63 350	34 800	24 500	20 400	19 000
Arbetslöshetspension	39 150	54 300	58 000	57 600	56 000
Familjepension	260 100	281 300	283 400	284 750	286 000

* uppskattning

Pensionsskyddet består av arbetspensionen och folkpensionen. Den arbetspension som pensionstagaren tjänat in med eget arbete är den främsta och huvudsakliga pensionsskyddsformen. Folkpensionens syfte är att trygga en minimipension för alla personer som bor i Finland. År 2003 steg antalet ålderspensionärer och den populära deltidspensionen fortsatte att öka i snabb takt. Antalet personer med andra förtida pensioner minskade eller förblev oförändrade. Benägenheten för arbetslöshetspension ökade något.

En omfattande revidering av pensionerna inom den privata sektorn godkändes på hösten 2002. Det främsta syftet med pensionsreformen är att trygga arbetspensionssystemets ekonomiska bärkraft när livslängden ökar, att senarelägga pensioneringarna med 2–3 år och trygga tillgången på arbetskraft samt att förenkla pensionssystemet och få rättvisare kriterier. Största delen av pensionsreformen träder i kraft i början av år 2005.

Reformen begränsar alternativen till förtida pensioner genom att rätten till individuell förtidspension för personer födda efter 1943 slopas samt genom att åldersgränsen för deltidspension höjs och bestämmelserna skärps. Åldersgränsen för ålderspension blir smidigare. I framtiden kan man gå i pension mellan 62 och 68 års ålder. I pensionsavtalet ingick också en reform av utkomstskyddet för arbetslösa och rehabiliteringen ordnad av arbetspensionssystemet samt intjäningen av pension under den tid personen vårdar barn eller studerar. Det nya pensionssystemet beaktar också den längre livslängden genom att ta i bruk en s.k. livstidskoefficient som ingår i uträkningen av pensioner första gången år 2010.

Arbetspensionerna finansieras främst med arbetsgivarnas och arbetstagarnas pensionspremier. Den genomsnittliga arbetspensionsförsäkringspremien steg en aning, till 21,4 % av lönerna. Premien fördelas så att arbetsgivarens pensionspremie är i snitt 16,8 % och arbetstagarnas 4,6 %.

Folkpensionerna finansieras med arbetsgivarnas folkpensionsförsäkringspremier, med statens premieandelar och med momsintäkter. Staten finansierar 29 % av utgifterna för folkpensionsutgifterna samt handikappbidragen och pensionstagarnas bostadsstöd i sin hel-

het. År 2003 uppgick dessa statliga andelar till totalt 1 135 miljoner euro. Därtill överfördes momsintäkter på 700 miljoner till folkpensionsfonden. Arbetsgivarnas folkpensionspremier var 1,35/3,55/4,45 procent av lönen beroende av avskrivnings- och lönebeloppet.

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSTJÄNSTER

Den strategiska tyngdpunkten för social- och hälsovårdstjänsterna var att se till att de offentliga social- och hälsovårdstjänsterna fungerar ordentligt, att de finns tillgängliga och täcker nödvändiga områden. Därtill skall de trygga den grundläggande utkomsten i hela landet.

År 2003 uppskattades utgifterna för kommunernas social- och hälsovårdsverksamhet till 12,7 miljarder euro. Via statsbudgeten finansierades 3,1 miljarder euro, av vilka 2,9 miljarder till kommunerna på basis av kalkyler i form av statsandelar för driftskostnader. Den statsandel som kommunerna erhåller är beroende av kommunens invånarantal samt behovet och förhållandena i kommunen. År 2003 höjdes statsandelen för social- och hälsovårdens driftskostnader till 28,06 procent.

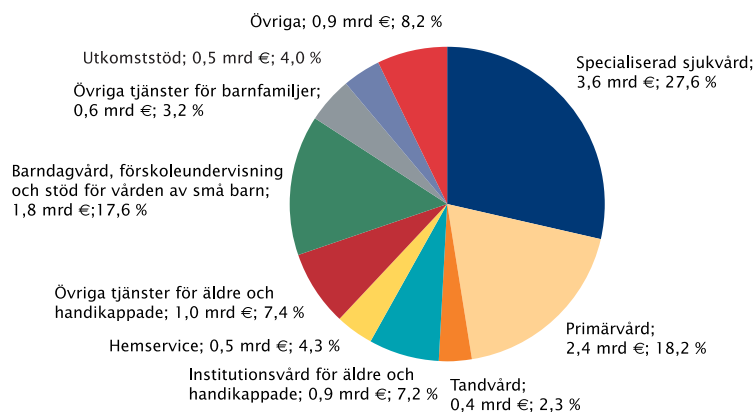
Närmare hälften av utgifterna för kommunernas social- och hälsovård fördelades på utgifter inom hälsovården och en knapp femtedel fördelades på barndagvård och stödet för vården av små barn (Figur 5). Enligt beräkningar ökade utgifterna för tandvård samt hälso- och sjukvård under år 2003. Däremot upptog barndagvården en mindre andel av kommunernas social- och hälsovårdsutgifter än tidigare. Samma förändringar syns i antalet anställda.

I december 2003 godkände statsrådet *Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården 2004–2007*. Under rapporteringsåret inleddes ett projekt kring servicelagstiftningen. Målet med projektet är att förbereda en långsiktplan för nödvändiga lagstiftningsreformer.

Figur 5.

Kommunernas utgifter
för social- och
hälsovårdstjänster
år 2003¹⁾

¹⁾ uppskattning



Socialarbete

Med socialarbete avses sociala tjänster, utkomststöd, socialbidrag och andra liknande funktioner i syfte att främja och upprätthålla enskilda individers, familjers samt samfundets sociala trygghet och funktionsförmåga. Huvudprinciperna för det finländska socialarbetet är att förebygga sociala problem, att ge befolkningen större social trygghet samt att öka människornas egen aktivitet och självständighet.

Utkomststöd

Enligt uppskattning utbetalades utkomststöd till totalt ca 260 000 hushåll år 2003, detta är något mer än under föregående år. Bruttoutgifterna för utkomststöd ökade omkring två procent jämfört med året innan, vilket delvis beror på nivåförhöjningen av utkomststödet, som trädde i kraft i början av år 2003.

Bestämmelserna om utkomststödet ändrades temporärt 1.4.2002. Ett treårigt försök med en sporre för sysselsättning av arbetslösa inleddes, vilket betyder att minst 20 procent av personens förvärvsinkomster, dock högst 100 euro i månaden, ses som s.k. privilegierad inkomst som inte beaktas när utkomststödet beviljas. Försöket genomförs under åren 2002–2005.

Äldrevård

Samhället försöker vårda en allt större del av de äldre i öppenvården samt stödja deras möjligheter att klara sig hemma. En av tyngdpunkterna under verksamhetsåret låg på utvecklingen av närståendevården. Största delen av de vårdbehövande var över 65 år. Tre fjärdedelar behövde hjälp antingen dygnet runt eller kontinuerligt. Tre fjärdedelar av närståendevårdarna var kvinnor, drygt hälften av dem var pensionärer. Närståendevården har inte till alla delar utvecklats på önskat sätt. Stödet för närståendevården har alltså en rätt osäker ställning i kommunernas servicesystem. Det finns inte ett tillräckligt stort utbud på lämpliga tillfälliga vårdtjänster.

	1995	2000	2001	2002	2003*
Tjänster för äldre					
% av 75 år fyllda					
- regelbunden hemvård	13,8	..	12,1	..	12,5
- serviceboende	3,4	5,1	5,1	5,3	5,5
- i åldringshem	6,5	5,3	5,1	5,0	4,9
- vård med hjälp av stöd för närståendevård	2,7	3,0	3,2	3,4	3,6

Lagstiftningen om användningen av servicesedlar inom hemservicen godkändes år 2003 och ändringarna trädde i kraft 1.1.2004. Servicesedelns värde fastställs enligt antalet medlemmar och inkomsterna i hushållet. Kommunen beslutar om servicesedelns värde för tillfälliga hem- och stödtjänster. Kommunen skall godkänna hos vilka serviceproducenter servicesedlarna kan användas.

Tjänster för handikappade

Efterfrågan på tjänster för handikappade ökade i samma takt som tidigare år. Andelen äldre personer som utnyttjar tjänster för handikappade har ökat. Särskilt behovet av färdtjänster ökar med stigande ålder. Antalet boendetjänster fortsatte att öka medan institutionsvården skars ner. Under rapporteringsåret publicerades kvalitetsrekommendationer för boendetjänster och hjälpmedelstjänster för handikappade.

Prevention av social utslagning

Överskudsättningen är alltjämt ett problem. Skuldsaneringsprogrammet från år 2002 mellan staten och bankerna fortsattes för att underlätta de skuldsattas situation. Syftet är att ge betalningsoförmögna skuldsatta personer bestående hjälp på lång sikt. Därtill har man genom social kreditgivning kunnat förebygga ekonomisk utslagning av småinkomsttagare och mindre bemedlade personer samt förhindra dem från att hamna i en skuldspiral. Systemet med social kreditgivning utvecklades i hela landet.

Under rapporteringsåret förbättrades läget för de bostadslösa. Regeringsprogrammets målsättning att minska bostadsbristen har genomförts genom att utbudet på stöd- och serviceboende i form av socialservice har ökat för de bostadslösa som stod i behov av särskilt stöd och omsorg. Av Penningautomatföreningens avkastning tilldelades totalt 11,2 miljoner euro för att avhjälpa bostadsbristen i huvudstadsregionen. Med hjälp av bidragen kunde närmare 600 bostäder byggas eller anskaffas.

Rusmedelspolitik

Alkoholförbrukningen i Finland var större än någonsin tidigare år 2003. Däremot har ökningen av narkotikaexperimenten tills vidare avstannat. Sjukdom och dödlighet till följd av alkoholmissbruk ökade alltjämt. Efterfrågan på social- och hälsovårdstjänster till följd av alkohol- och narkotikamissbruk fortsatte att öka (Figur 6).

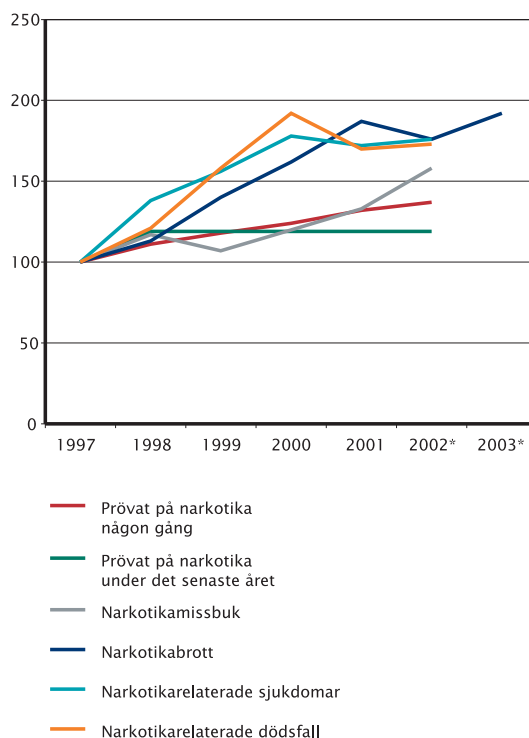
I oktober 2003 fattade statsrådet ett principbeslut om riktlinjerna för alkoholpolitiken. De centrala målen var en betydlig minskning av alkoholens skadeverkningar samt mindre förbrukning av alkoholdrycker. Programmet genomförs åren 2004–2007.

Vården av narkotikamissbrukare effektiverades liksom år 2002 genom att i budgeten för år 2003 tillägga ett anslag på 7,5 miljoner euro för utvecklandet av missbrukarvården. Mynigheternas samarbete för en effektivare narkotikaupplysning intensifierades. Målgruppen var speciellt ungdomar. Genom det separata åtgärdsprogrammet för narkotikapolitiken 2004–2007 försöker man minska skadorna av narkotikamissbruk och effektivera vården.

Figur 6.
Utvecklingen av
narkotikasituationen
i Finland under
åren 1997–2003
(1997=100)

* = förhandsuppgift

Källa: Stakes



HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSTJÄNSTER

Syftet med hälsovårdstjänsterna är att ge möjligheter till ett längre friskt och funktionsdugligt liv, minska förtida dödlighet, trygga en möjligast bra livskvalitet för alla samt minska skillnaderna i hälsotillståndet hos olika befolkningsgrupper. Tyngdpunkten ligger på en omfattande, förebyggande hälsopolitik. Varje person bosatt i Finland har rätt till en god hälso- och sjukvård. Kommunerna skall kunna erbjuda sin befolkning servicetjänster antingen genom att producera dem själv eller genom att skaffa dem på annat håll.

De totala utgifterna för hälso- och sjukvården uppgick till närmare 10,9 miljarder euro i år 2003. Detta är 7,6 % procent i relation till bruttonationalprodukten. Det är under OECD-ländernas medeltal. En betydande del (73 %) av finländarna är nöjda med hälsovårdstjänsterna, medan motsvarande andel i EU-länderna är 44 % i genomsnitt.

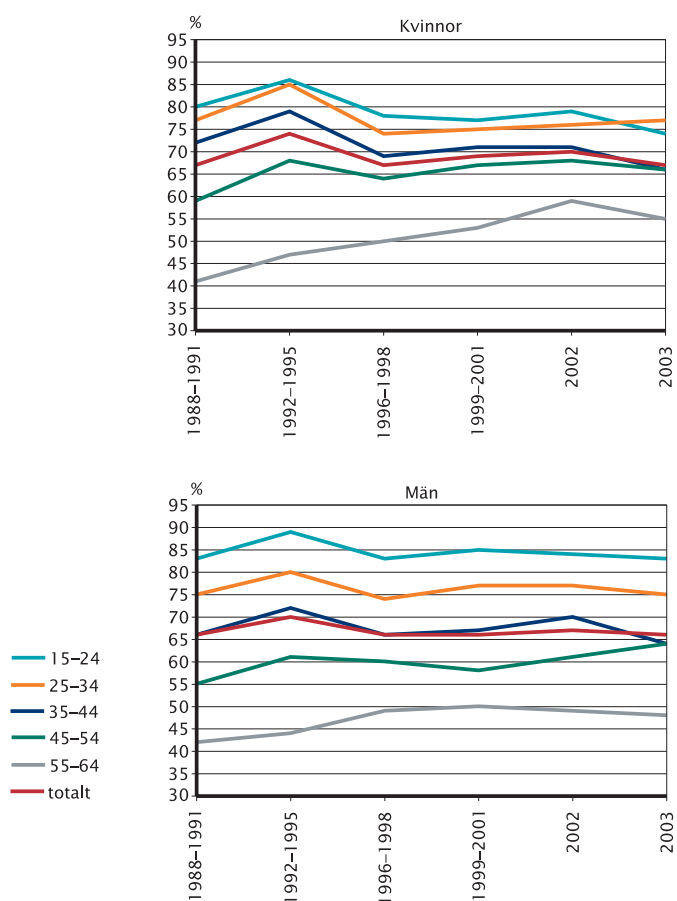
Hälsoläget

Befolkningens allmänna hälsotillstånd har förbättrats på lång sikt. Mindre än en femtedel av den arbetsföra befolkningen har en sjukdom eller en skada som sänker arbets- eller funktionsförmågan. Andelen personer med övervikt ökar. Tobaksrökningen bland både män och kvinnor har minskat litet och fritidsmotionen ökat (Figur 7–9). Skillnaderna i de olika befolkningsgruppernas hälsotillstånd är alltjämt stora.

Figur 7.

Andelen personer som anser sig ha en god eller rätt god hälsa, enligt åldersgrupp

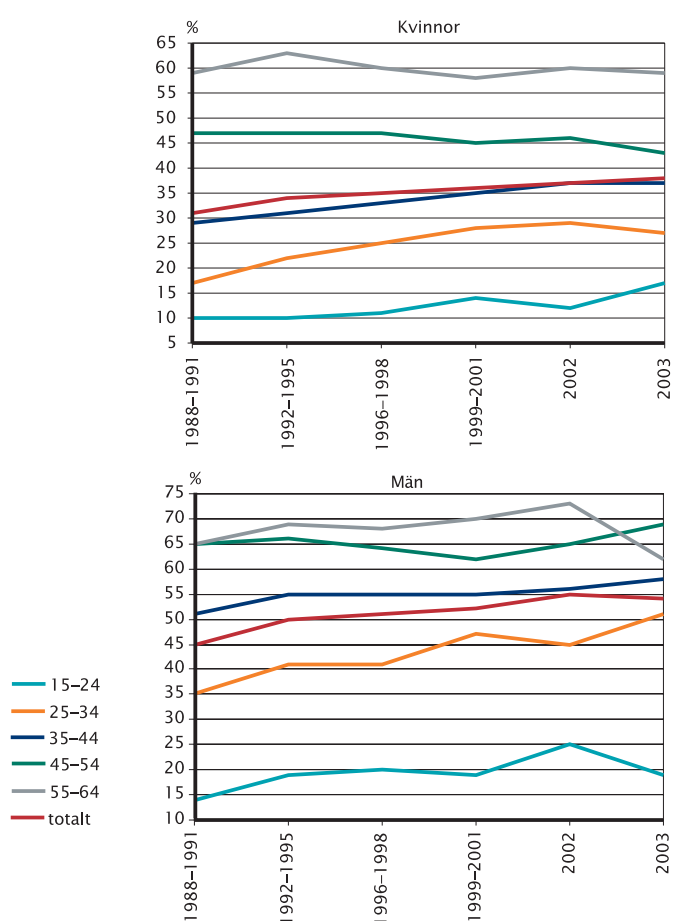
Källa: Folkhälsoinstitutet



Figur 8.

Andelen överviktiga vuxna enligt åldersgrupp

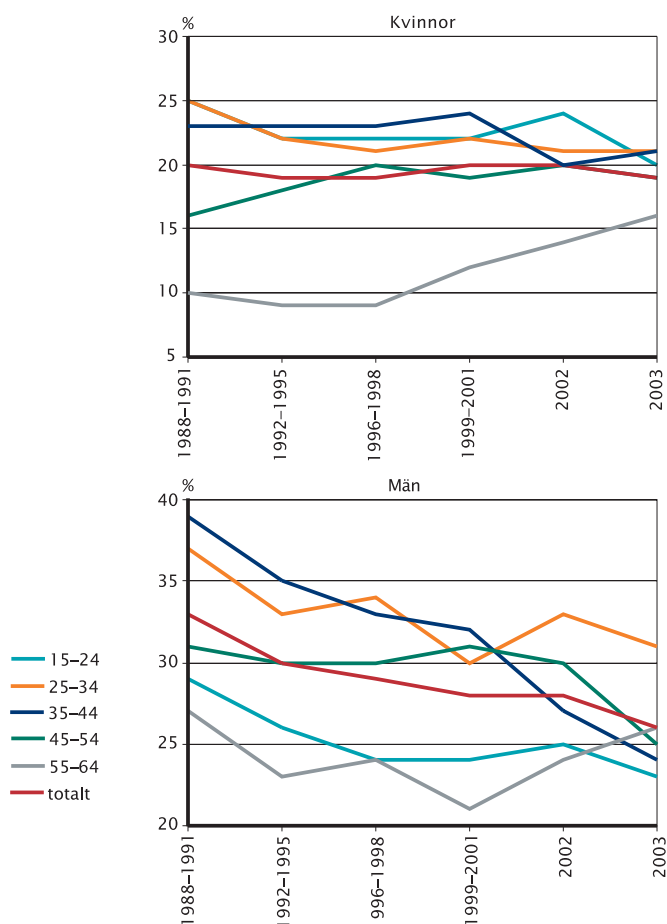
Källa: Folkhälsoinstitutet



Figur 9.

Personer som röker
dagligen,
enligt åldersgrupp

Källa: Folkhälsoinstitutet



Under rapporteringsåret fortsatte arbetet med det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet som initierades år 2002. Projektet framskred år 2003 enligt målsättningar och tidsschemat. Hälso- och sjukvårdsprojektet är indelat i 40 avsnitt som alla syftar till en välfungerande bashälsovård och förebyggande arbete, att trygga tillgången på vård, personal och kunskaper, att förnya funktioner och strukturer och stärka finansieringen av hälso- och sjukvården. Under rapporteringsåret fortsatte arbetet med att verkställa folkhälsoprogrammet Hälsa 2015.

Ändringarna i lagen och förordningen om smittsamma sjukdomar förbättrade möjligheterna att bekämpa smittsamma sjukdomar. Särskilt sjukvårdsdistriktens möjligheter att förebygga sjukhusinfektioner förbättras genom de nya registerrättigheterna.

Tjänster inom primärvården och den specialiserade sjukvården

Per 1000 invånare	1995	2000	2001	2002	2003*
Primärvård					
- besök	4 651	4 855	4 835	4 791	4 800
- besök på mödrarådgivningen	..	915	922	980	980
- besök på barnrådgivningen ¹⁾	2 841	2 771	2 788	2 702	2 700
- besök på skolhälsovården ²⁾	2 331	2 081	2 117	2 121	2 125
- tandvårdsbesök	821	935	948	952	965
- vårdperioder på bäddavdelning	44	54	48	48	50
- vård dagar på bäddavdelning	1 402	1 495	1 463	1 421	1 400
Specialiserad sjukvård					
- besök inom öppna vården	1 146	1 197	1 230	1 263	1 290
- vårdperioder på bäddavdelning	194	181	171	170	170
- vård dagar på bäddavdelning/	547	1 227	1 098	1 085	1 050

* uppskattning

¹⁾ Per 1 000 0–7 åriga

²⁾ Per 1 000 7–18 åriga

År 2003 gjordes i genomsnitt 4,8 besök per invånare på hälsocentralerna, av vilka 1,8 på läkarmottagningen. Från och med 1.12.2002 var det kommunens skyldighet att ordna med tandvård för alla kommuninvånare oavsett ålder. År 2003 ordnade största delen av hälsocentralerna munhygienisk hälsovård för hela befolkningen.

I tilläggsbudgeten för år 2002 godkände riksdagen ett statsbidrag på 25 miljoner euro för sjukvårdsdistrikten för att minska på köerna till undersökningar och vård. Med bidraget producerades 80 000 poliklinikbesök och 29 000 undersökningar och behandlingar.

År 2003 ökade utgifterna för den specialiserade sjukvården med närmare 6 %. Det var mindre än året innan. Poliklinikbesöken var ungefär lika många som föregående år, men operationerna minskade något. Antalet patienter i operationskö minskade en aning.

I statsbudgeten för år 2003 ingick ett statsbidrag för bättre tjänster och utvecklandet av barn- och ungdomspsykiatri för fjärde året i följd. Bidraget till kommunerna uppgick till 4,6 miljoner euro och det användes till att fortsätta utvecklingsprojekt som inletts under tidigare år.

Delegationen för företagshälsovården förberedde statsrådets principbeslut om riktlinjerna för utvecklandet av företagshälsovården Hälsa i arbete 2015 under rapporteringsåret. I projektet ingår 10 utvecklingslinjer som stöder verkställigheten av den reviderade lagstiftningen om företagshälsovården.

År 2003 utfärdades en förordning om försök med elektroniska läkemedelsordinationer. Försöket fortsätter till utgången av år 2004 och därefter förbereds bestående möjligheter att ta i bruk elektroniska läkemedelsordinationer.

FAMILJEPOLITIK

I enlighet med regeringsprogrammet förbereddes år 2003 en ändring i lagen om barnbidrag, enligt vilket barnbidraget höjdes i början av år 2004. Barnbidrag för det första barnet höjdes med 10 euro och höjningen per barn till ensamförsörjande höjdes med 3 euro i månaden.

Föräldrarnas rätt till kortare arbetstid för att ta hand om sitt barn utvidgades att gälla till utgången av barnets andra år i grundskolan. Samtidigt förbereddes en ändring av lagen om stöd för hemvård av barn och för privat vård i enlighet med regeringsprogrammet. I ändringen ingick även en höjning av den partiella vårdpenningen till 70 euro per månad. Nivåförhöjningen gäller från början av år 2004 och utvidgningen av mottagarkategorierna från augusti 2004.

Den omfattande informationskampanjen kring temat arbete och familj avslutades under rapporteringsåret. Enligt bedömningar aktiverade projektet särskilt fäder att bättre än tidigare utnyttja sina rättigheter att delta i vården av sitt barn.

ARBETSFÖRHÅLLANDEN SAMT ARBETARSKYDD

Enligt förhandsuppgifter utbetalades ersättningar för omkring 119 000 arbetsolyckor och arbetssjukdomar år 2003. Antalet sjönk i jämförelse med året innan. Arbetsolycksfrekvensen (antalet olycksfall i arbetet per arbetstimme) beräknas ha minskat även på olycksfallsbenägna områden i industrin och byggbranschen. Det totala antalet yrkessjukdomar för vilka ersättning utbetalats har minskat betydligt under de senaste åren. Antalet olycksfall i arbetet med dödlig utgång växte år 2003.

Under de senaste fem åren har arbetets psykiska påfrestningar minskat. Mängden övertidsarbete har minskat något. Verksamheten för upprätthållandet av arbetsförmågan har utvecklats i en positiv riktning särskilt inom den offentliga sektorn och verksamheten har varit inriktad på att utveckla arbetstagarnas yrkesskicklighet och arbetarskydd.

Sjukfrånvarodagarna per arbetstagare vände uppåt efter år 1998. Mest förekom sjukfrånvarodagar i branscher där stöd- och rörelseorganen utsätts för påfrestning: inom industrin, byggverksamheten, lantbruket samt hälso- och sjukvården och på det sociala området. Antalet nya invalidpensioner har ökat något, de främsta grupperna är allttjämt sjukdomar i stöd- och rörelseorganen samt mentala störningar. Den genomsnittliga pensioneringsåldern är oförändrad.

STÖRRE JÄMSTÄLLDHET MELLAN MÄN OCH KVINNOR

Beredningen av en reform av jämställdhetslagen fortsatte under år 2003. Samtidigt fortsatte integreringen av ett jämställdhetsperspektiv i social- och hälsovårdsministeriets verksamhet och förberedelserna för en utvidgning av projektet att omfatta hela statsförvaltningen inleddes.

Förberedelserna för det nationella jämställdhetsprogrammet enligt regeringsprogrammet inleddes i samarbete med övriga ministerier. I december utsågs en utredningsman för att kartlägga problemen på arbetsmarknaden kring lika lön för män och kvinnor samt att utreda förutsättningarna för att bygga upp ett program för främjande av lika lön i enlighet med regeringsprogrammet.

INTERNATIONELL VERKSAMHET

Under rapporteringsåret koncentrerades EU-frågorna kring förberedelserna för regeringskonferensen och för konventet som föregår konferensen. Social- och hälsovårdsministeriet deltog aktivt i beredningen av Finlands ställningstaganden och uppnådde två mål i Finlands förhandlingsprioriteter: klarhet i förhållandet mellan hälsovårdstjänsterna och bestämmelserna om den inre marknaden samt krav på enhällighet i handelspolitiska avtal som gäller social- och hälsovårdstjänster.

Politiskt samförstånd uppnåddes kring reformen av samordningsförordningen för social trygghet. En direkt konkret tillämpning av reformen är det europeiska sjukvårdskortet, som gäller möjligheten till sjukvård under tillfällig vistelse i en annan medlemsstat. Ett verksamhetsprogram mot fattigdom och social utslagning utfördes i Finland åren 2003–2005 åt EU och programmet blev färdigt under rapporteringsåret.

Samarbetet i hälsovårdsbranschen dominerades av diskussionen på politisk nivå om fri rörlighet för patienter inom unionen, och det sammanfördes med förberedelserna för regeringskonferensen. Decemberrådet beslutade att grunda ett centrum för smittsamma sjukdomar med uppdrag att samordna tidig varning och reaktion för förebyggande och kontroll av smittsamma sjukdomar. Finland var extra aktiv i förberedelserna kring grundandet av centrumet för smittsamma sjukdomar. Därtill deltog social- och hälsovårdsministeriet i EU:s företagshälsovårds- och arbetarskyddsmyndighets verksamhet (Bilbao-verket).

De internationella ramavtalsförhandlingarna kring kampen mot tobaksrökning slutfördes i WHO. Finland skrev under avtalet. Finland deltog i OECD:s hälsoprojekt.

Partnerskapsprogrammet om hälsa och socialt välbefinnande inom ramen för EU:s nordliga dimension godkändes i Oslo i oktober 2003. I programmet deltar 15 länder och sex internationella organisationer på området. Partnerprogrammets tyngdpunkt ligger på bekämpningen av smittsamma sjukdomar, förebyggandet av kroniska folksjukdomar och främjandet av sunda levnadsvanor.

Verksamhetsplanen för samarbetet i Finlands närområden för åren 2003–2005 offentliggjordes och ett utvecklingsprojekt för barn och ungdomar i Viborg startades. I Barentsrådet godkändes ett nytt samarbetsprogram inom social- och hälsovården för åren 2004–2007. Finland är ordförande för den verkställande arbetsgruppen under de följande två åren. Samarbetet koncentrerar sig på bekämpning av smittsamma sjukdomar, främjandet av sunda levnadsvanor och integreringen av hälso- och socialtjänster.

På de nordiska social- och hälsovårdsministrarnas konferens undertecknades den nya nordiska konventionen om social trygghet mellan länderna. Under rapporteringsåret godkändes ett ramavtal för den nordiska hälso- och sjukvården i syfte att stärka hälsovårdsmyndigheternas samarbete i kris- och katastrofsituationer.

Finland deltog aktivt i Europarådets program- och expertkommittéarbete. Från juni 2003 är Finland ordförande för såväl hälsovårdskommittén som folkhälsokommittén under den följande tvåårsperioden.

ÖVRIGA AKTIVITETER INOM SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSSEKTORN

De ämbetsverk och inrättningar som lyder under social- och hälsovårdsministeriet kan indelas i forsknings- och utvecklingsinrättningar å ena sidan, samt tillstånds- och tillsynsmyndigheter som handhar administrativa ärenden å den andra sidan. Vid verksamhetsårets utgång arbetade omkring 3680 personer i dessa enheter inklusive ministeriets personal som omfattade 467 anställda. För varje enhet uppställdes resultatmål som infördes i ett resultatavtal mellan ministeriet och enheten i fråga. Resultatmålen för ämbetsverken och inrättningarna inom förvaltningen bygger på ministeriets strategiska riktlinjer.

Penningautomatföreningen

Penningautomatföreningen hör till social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde. Föreningen har som enda organ i Finland ensamhetsrätt att bedriva penningautomat- och kasinospelverksamhet. Penningautomatföreningens vinst används via statsbudgeten till att befrämja befolkningens hälsa och sociala välfärd.

År 2003 steg Penningautomatföreningens omsättning till 581 miljoner euro, en ökning på 3,3, procent jämfört med föregående år. Räkenskapsperiodens vinst uppgick till 396 miljoner euro av Penningautomatföreningens avkastning till 1 193 allmännyttiga sammanslutningar och stiftelser för olika ändamål som främjar hälsa och social välmående. Därtill anvisades 97,75 miljoner euro till Statskontoret för krigsinvalidernas och veteranernas rehabilitering.