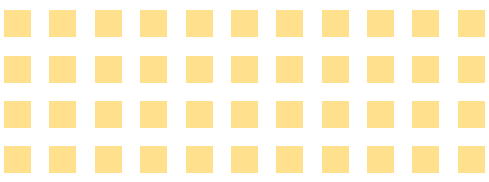


DEN SOCIALA  
TRYGGHETEN  
I FINLAND  
ÅR 2002

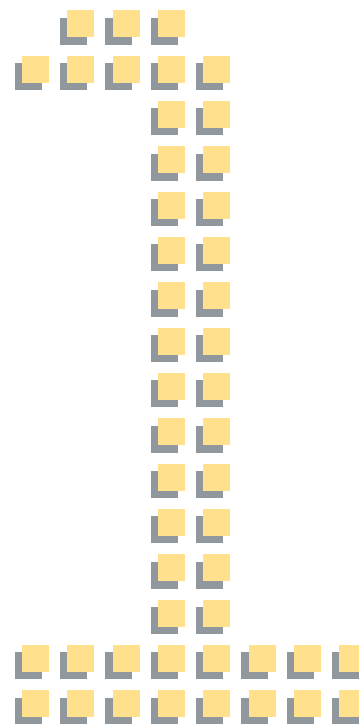


Layout: AT-Julkaisutoimisto Oy  
Tryckeri: Kirjapaino Libris Oy, Helsingfors 2003

## INNEHÅLL

<b>1. DEN FINLÄNSKA SOCIALA TRYGGHETEN I KORTHET</b> .....	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
Framtida utmaningar .....	8
Hur skall man modernisera den sociala tryggheten? .....	8
EU som en operativ referensram .....	9
Social- och hälsovårdssektorns strategiska mål för åren 2001 och 2002 .....	9
<b>2. DEN SOCIALA TRYGGHETEN ÅR 2002</b> .....	11
Kostnader och kostnadsfördelning .....	12
Finansiering av den sociala tryggheten .....	12
Social- och hälsovårdspolitiken .....	14
Hushållens inkomster och inkomstfördelningen .....	14
Kontantförmåner .....	14
Utkomstskyddet för arbetslösa .....	16
Den nationella sjukförsäkringen .....	17
Pensionsskyddet .....	17
Social- och hälsovårdstjänster .....	18
Kompetenscentrum inom det sociala området .....	19
Socialarbete .....	19
Utkomststöd .....	19
Äldrevård .....	20
Tjänster för handikappade .....	20
Hälso- och sjukvårdstjänster .....	21
Läkemedel .....	22
Rehabilitering .....	22
Familjepolitik .....	23
Förebyggande social- och hälsovårdspolitik .....	24
Arbetsförhållanden och arbetarskydd .....	25
Större jämställdhet mellan män och kvinnor .....	25
Internationell verksamhet .....	26
Övriga aktiviteter inom social- och hälsovårdssektorn .....	27
Pennyautomatföreningen .....	27





# **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 och genom 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 främst dem som är bosatta i landet.

Den sociala tryggheten garanterar stabilitet, rättvisa och jämlikhet i samhället. Så gott som alla hus-

håll tar emot någon form av inkomstöverföring eller utnyttjar tidvis social- och hälsovårdstjänster. Under den djupa lågkonjunkturen i början av 1990-talet var den sociala tryggheten huvudsakligen ett skyddsnät för att komma till rätta med den höga arbetslösheten. Systemet med inkomstöverföringar har utjämnat inkomstfördelningen på ett effektivt sätt. Finland har en relativt jämn inkomstfördelning mätt enligt hushållens disponibla inkomst. Fattigdomsgraden hör till 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

I Finland steg socialutgifternas andel av BNP kraftigt under den ekonomiska recessionen i början av 1990-talet. Den ekonomiska tillväxten, nedskärningen av de offentliga utgifterna samt den minskade arbetslösheten har sänkt socialutgifternas andel så att de nu närmar sig genomsnittet i EU-länderna. År 2002 utgjorde socialutgifterna 26,1 % 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. Detta 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 förebyggandet av social utslagning.

I Finland vilar ansvaret för anordnandet av skolgång och social- och hälsovårdstjänster på 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 den privata sektorn.

Kommunerna och staten har rätt att uppbära skatt. Staten betalar bidrag i form av statsandelar till kommunerna för kommunernas social- och hälsovård. Kliente-

na betalar avgifter för social- och hälso-tjänster. De viktigaste områdena är primärhälsovård och specialiserad sjukvård, barndagvård, äldre-vård, service för handikappade samt utkomststöd och barnskydd. Ut-komststödet 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 utbetas till alla barn under 17 år. Barnbidraget är skatte-

fritt. Alla föräldrar har rätt till föräldraledighet, och fäder som är bosatta i Finland har rätt till en separat faderskapspenning som utbetas för 6–18 arbetsdagar. När ett barn föds får familjen också en moderskapsförpackning som innehåller kläder och barnvårdsartiklar. Alla barn under skolåldern (7 år) har rätt till kommunal dagvård. Alternativt kan föräldrarna få 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 arbetsförhållande, 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 utbetas till personer som har låg arbetspension eller ingen arbetspension alls. När arbetspensionen överstiger ett visst belopp upphör rätten till folkpension. Folkpensionerna utbetas 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 yrkes-sjukdomar. Övriga privatföretagare kan teckna en frivillig försäkring. Arbetsolycksfallsförsäkringarna administreras av privata försäkringsbolag. I Finland är trafikförsäkringarna för motorfordon obligatoriska.

Sjukförsäkringen ersätter inkomstbortfall vid tillfällig arbetsoförmåga. Ersättningens storlek beror på arbetsinkomsterna. En långvarig sjukdom eller en längre period av arbetsoförmåga 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 invalidiserade personens arbetsförmåga, samt att hjälpa honom/henne att klara av sitt dagliga liv trots sitt handikapp.

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

## Framtida utmaningar

Den finländska social- och välfärdspolitikens största utmaningar under de närmaste åren är

- en balanserad nationalekonomi
- arbetslösheten och speciellt långtidsarbetslösheten
- demografiska förändringar och en ändrad familjestruktur
- sysselsättningsgraden och upprätthållande av arbetsförmågan
- den åldrande befolkningens behov av vård och tjänster
- att tillhandahålla ett tillräckligt antal anställda med yrkeskompetens i social- och hälsovårdssektorn
- social- och sjukvårdstjänsternas utgiftsutveckling
- fattigdom och social utslagning
- en hållbar finansiering av den sociala tryggheten
- den nya informationsteknologin

På grund av de strukturella reformerna av pensionssystemet och en effektivare kontroll av de offentliga utgifterna samt det förbättrade sysselsättningsläget ligger systemets finansiering nu på en sundare bas

än under lågkonjunkturen i början av 1990-talet. Finansieringen av de stora efterkrigstida åldersklassernas pensionsskydd kräver en måttlig ekonomisk tillväxt och en lägre arbetslöshetsgrad än den vi har i dag.

## Hur skall man modernisera den sociala tryggheten?

Social- och hälsovårdsministeriet publicerade i april 2001 ett dokument som summerade strategin för den sociala tryggheten för nästa tioårsperiod: rapporten ”Strategier för social- och hälsovårdspolitiken år 2010.

Mot ett socialt hållbart och ekonomiskt livskraftigt samhälle.”

Ministeriet presenterade fyra strategiska linjer för reformen av socialskyddet:

- främja hälsan och funktionsförmågan
- göra arbetet mera lockande
- förebygga och lindra social utslagning
- trygga väl fungerande tjänster och ett rimligt utkomstskydd

De fyra linjerna innehåller målsättningen och de beskriver de huvudsakliga metoderna för hur man ska uppfylla dem.

När dessa fyra målsättningar nåtts räknar man med att människorna år 2010 kommer att stanna kvar i arbetslivet 2–3 år längre än de gör nu. Befolkningens allmänna förmåga att fungera förbättras. De äldre behöver vård i ett senare skede än tidigare och skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper minskar. Tjänsternas kvalitet och tillgänglighet förbättras genom ett allt effektivare regionalt samarbete. Inkomstöverföringar tryggar en skälig utkomst samtidigt som de sporrar människor att arbeta. Den sociala tryggheten har en

säker finansieringsbas och fattigdomen bibehålls på samma låga nivå som under de senaste decennierna.

Kommissionen för utvärdering av utvecklingen av sociala utgifter (SOMERA-kommissionen) föreslog i sin rapport år 2002 flera reformer för det finländska socialförsäkringssystemet. Reformerna koncentrerar sig i första hand på pensionssystemen. Förslagen grundade sig delvis på en överenskommelse som nåtts mellan de olika arbetsmarknadsorganisationerna. Syftet var att utveckla finansieringen av arbetspensionen i en mera hållbar riktning. När de föreslagna reformerna genomförs förväntas människorna stanna längre kvar i arbetslivet än de gör nu.



## 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 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 pensionssystemen. De här utmaningarna är nära förbundna med Unionens utvidgningsprocess.

Den avgörande frågan är hur man med framgång ska kunna kombinera makroekonomisk politik och politiken kring den sociala tryggheten för att förbättra 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 likriktning på ett potentiellt fruktbart sätt. Samarbetet är ett av de viktigaste elementen i den så kallade Lissabonstrategin 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. Hitills 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.

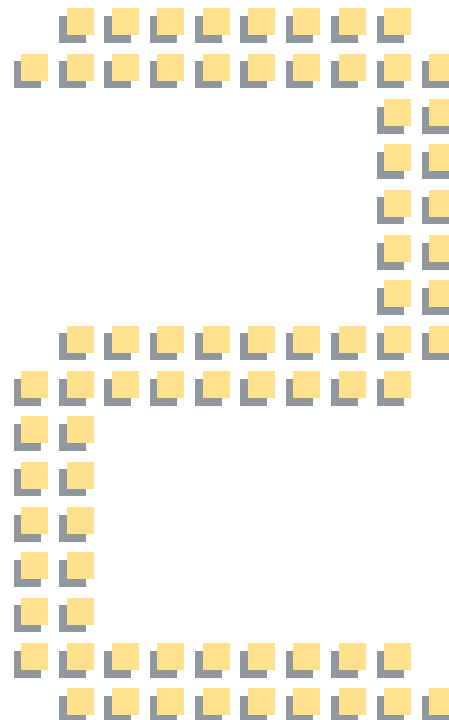
## Social- och hälsovårdssektorns strategiska mål för åren 2001 och 2002

- att stärka de aktiverande elementen i den sociala tryggheten och dess finansiering
- att hjälpa arbetstagare att upprätthålla sin arbetsförmåga och fortsätta i arbetslivet
- att minska fattigdom och utslagning
- att främja sunda levnadsvanor, god hälsa och en god livsmiljö
- att trygga social- och hälsovårdstjänsternas kvalitet och öka vårdmodellernas effektivitet
- att stärka jämlikheten mellan könen
- att öka effektiviteten inom social- och hälsovårdssektorns lednings- och övervakningsfunktioner

Målen bygger på de strategiska riktlinjerna för tidigare år samt på prioriteringarna i regeringsprogram-

met för Paavo Lipponens andra regering som inledde sitt arbete i april 1999.





## 2. DEN SOCIALA TRYGGHETEN ÅR 2002

## KOSTNADER OCH KOSTNADSFÖRDELNING

Socialutgifterna för år 2002 var 36,5 miljarder euro. Ca en tredjedel av utgifterna finansierades via statsbudgeten. Utgifterna under social- och hälsovårdsministeriets huvudtitel var 22,4 % av de sociala utgifterna. Finansieringen av de sociala utgifterna sker också via andra huvudtitlar i budgeten. De största utgiftsposterna under social- och hälsovårdsministeriets huvudtitel var alltså överföringar till hushållen och till kommunerna samt samkommunerna. (Figur 1).

Under de senaste åren har socialutgifterna ökat måttligt. År 2002 var de 26,1 % av BNP. Detta låg under medeltalet för EU-länderna. En köpkraftsjusterad utgiftsnivå per invånare, som är lägre än Finlands, fanns år 2000 endast i Irland och i tre länder i Sydeuropa. (Tabell 1, Figur 2)

Den finländska sociala tryggheten var alltså kostnadseffektiv: det kostade Finland mindre än genom-

snittet i EU att erbjuda hela befolkningen hyggliga social- och hälsovårdstjänster samt ett acceptabelt utkomstskydd.

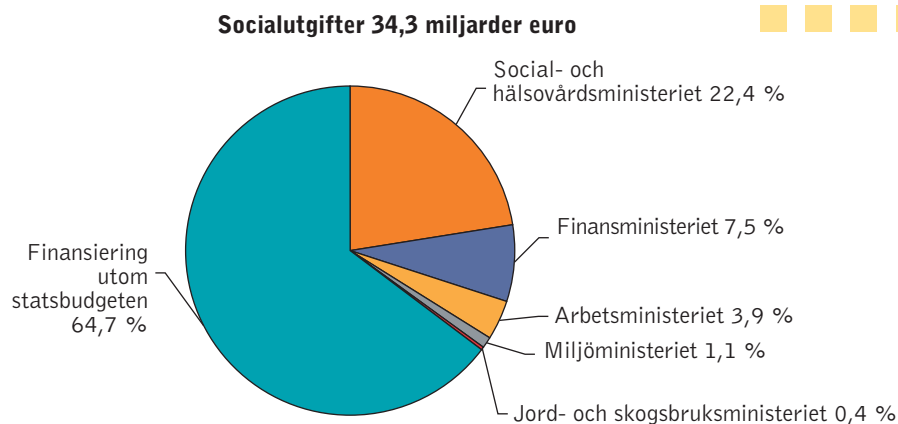
Det totala antalet personer som får arbetslöshetsdagpenning och arbetsmarknadsstöd har fortsatt att minska, men till följd av det svagare ekonomiska läget vände trenden och antalet personer som får grunddagpenning ökade under slutet av året. Det samma gällde antalet personer som får utkomststöd. Antalet personer med invalidpension har sjunkit. Antalet ålderspensionstagare stiger årligen på grund av en åldrande befolkningsstruktur. Förbättringen av sysselsättningsläget har inneburit en ökning av antalet personer som erhåller sjukpenning. Det minskade antalet nyfödda sänkte behovet av föräldrapenning och stöd för vården av småbarn. (Tabell 2).

## FINANSIERING AV DEN SOCIALA TRYGGHETEN

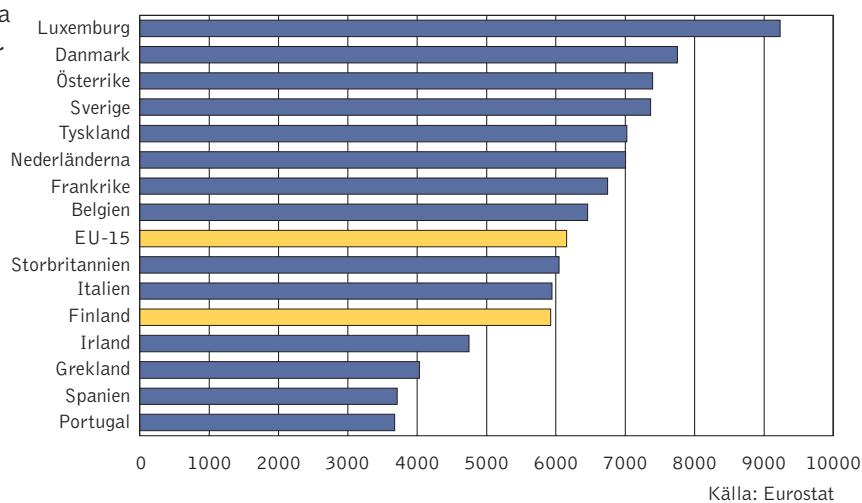
Den finländska sociala tryggheten finansieras med hjälp av avgifter som betalas av arbetsgivare och försäkringstagare samt med hjälp av skattemedel och klientavgifter. Det förbättrade sysselsättningsläget har ökat arbetsgivarnas finansieringsandel och sänkt statens andel. Kommunernas och de försäkrades andel har varit relativt oförändrad under de senaste åren (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. I de flesta EU-länderna har den offentliga sektorns och försäkringstagarnas finansieringsandelar vuxit en aning samtidigt som arbetsgivarens andel har minskat.

**Figur 1.** De via statsbudgeten finansierade socialutgifternas andel av alla socialutgifter år 2002



**Figur 2.** Socialutgifterna per invånare i EU-länderna år 2000 (i euro med köpkraftsparitet)



**Tabell 1.** Socialutgifterna samt dess andel av BNP år 1995 och 2000–2002

	1995	2000	2001	2002*
Bruttonationalprodukt, miljarder euro	95,3	130,2	135,8	139,7
Socialutgifter, miljarder euro	30,2	33,1	34,8	36,5
Utgifter under SHM:s huvudtitel, miljarder euro	8,2	7,3	7,6	8,2
Socialutgifter/BNP, %	31,7	25,4	25,6	26,1

\* uppskattning

**Tabell 2.** Antalet personer som har erhållit socialskyddsförmåner, 1995 samt 2000–2002 (1 000 personer)

Förmånsslag	1995	2000	2001	2002*
Pensionstagare totalt 31.12.**	1157	1224	1233	1240
Arbetslöshetsdagpenning	827	603	580	568
Sjukpenning	284	296	301	321
Föräldrapenning (mödrar) 31.12.	53	49	47	46
Stöd för vård av småbarn, (barn), 31.12.	138	126	124	122
Utkomststöd	584	454	443	446

\* uppskattning \*\* innehåller inte personer som lyfter enbart familjepension

## SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSPOLITIKEN

Socialutgifterna utgörs till största delen av pensioner, kommunernas social- och hälsovårdstjänster, utkomstskyddet för arbetslösa samt sjukförsäkringar.

Arbetspensionernas andel har ökat och arbetslöshetskyddets andel har minskat. Förändringarna på årsnivå mellan olika utgiftsslag är små (Figur 3).

### Hushållens inkomster och inkomstfördelningen

Ökningen av skillnaderna i inkomsten mellan hushållen sedan mitten av 1990-talet avstannade år 2001. Ökningen i inkomstskillnaderna berodde i hög grad på en ökning av förmögenhetsinkomsterna. År 2001 minskade hushållens förmögenhetsinkomster klart, vilket syntes i mindre inkomtskillnader. Den utjämnande effekten av inkomstöverföringarna och beskattningen på inkomtskillnaderna stärktes något under 2001, vilket också minskade inkomtskillnaderna. Inkomtskillnaderna under 2001 var ändå klart större än i början av 1990-talet.

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 (medianen). Om man beräknar fattigdomsgraden enligt en fast fattigdomsgräns som endast följer prisskillnaderna har andelen låginkomstta-

gare minskat under de senaste åren. Största delen av den befolkning som lever under fattigdomsgränsen hör till hushåll utan medlemmar i något yrke.

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 äldre befolkningen i Finland står på samma nivå som i EU i genomsnitt (figur 4). Rätt små inkomster kan ändå garantera en skälig utkomst, ifall hushållet bor i en skuldfri ägarbostad. I Finland är det vanligare än i de flesta andra EU-länder att de äldre befolkningen äger sin bostad.

## KONTANTFÖRMÅNER

Utkomstskyddet är inkomstöverföringar som ges i pengar. Utkomststödets 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.

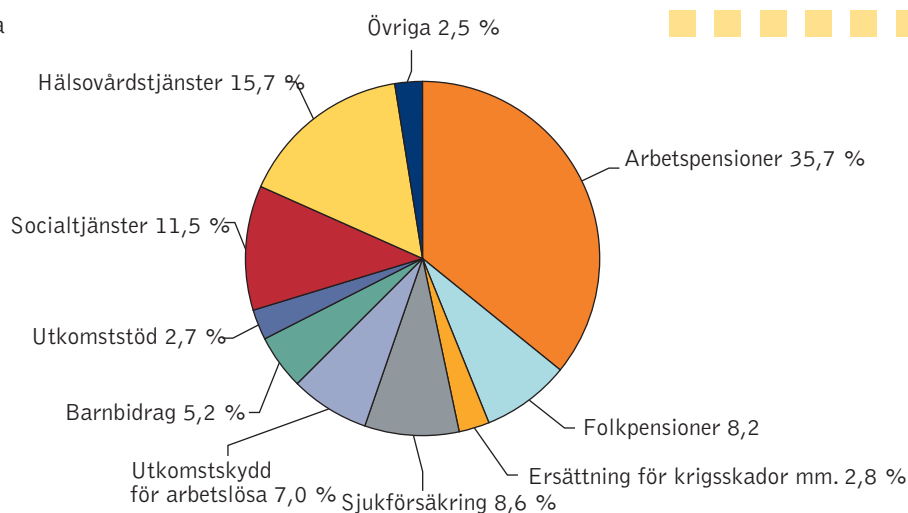
Målsättningen har varit att finansiera minimiförmånerna med skattemedel och de arbetsrelaterade förmånerna med arbetsgivarnas och försäkringstagarnas premier. Socialbidragen som t.ex. underhållsstöd och –bidrag samt utkomststöd finansieras med skattemedel.

**Tabell 3.** Totalfinansieringen av den sociala tryggheten i Finland, 1995 samt 2000–2002, finansieringsandelar i procent

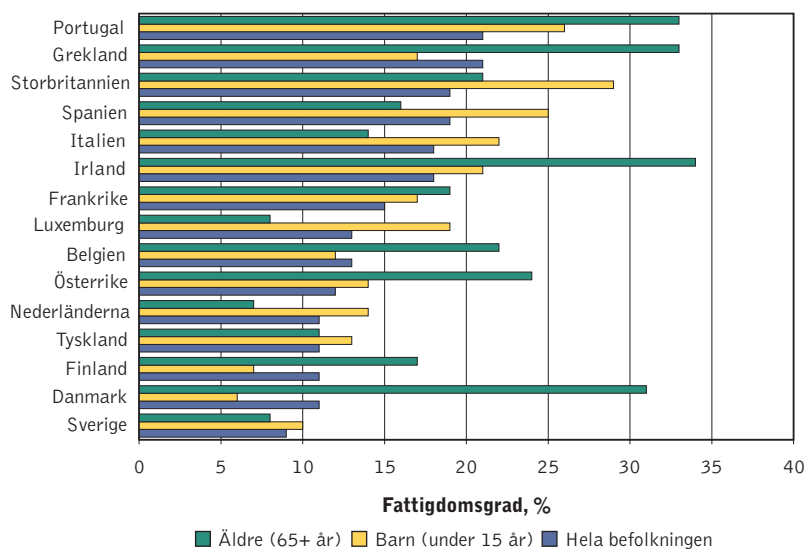
Finansiärer	Andel av finansieringen av socialutgifterna, %			
	1995	2000	2001	2002*
Staten	29,1	24,0	23,3	23,1
Kommunerna	16,7	19,2	19,4	19,3
Arbetsgivarna	37,7	37,7	38,8	39,2
Försäkringstagarna	13,7	12,1	11,6	11,7
Övriga intäkter	6,9	7,1	6,9	6,6
Totalt	100,1	100,1	100,0	99,9

\* uppskattning

**Figur 3.** Socialutgifterna per utgiftsslag år 2002 i procent av alla utgifter. Utgifter totalt 36,5 miljarder euro.



**Figur 4.** Hela befolkningens, barnens (under 15 år) och de äldres (65+ år) fattigdomsgrad i EU-länderna år 1998



Fattigdomsgraden 60 % av den disponibla medianinkomsten. OECD:s nya konsumtionsenheter. Källa: Eurostat (ECHP)

## 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.

Den osäkra ekonomiska utvecklingen syntes i arbetslöshetssiffrorna. Sysselsättningen ökade långsammare och arbetslösheten minskade långsammare år 2002. Antalet personer med inkomstrelaterat dagpen-

ning såväl som med grunddagpenning ökade, men arbetslöshetsperioderna blev kortare. Antalet personer med arbetsmarknadsstöd sjönk. Långtidsarbetslösheten förblev dock hög.

Arbetslöshetsdagpenningens nivå höjdes i början av år 2002. Grunddagpenningen steg i mars till 22,72 euro per dag. Den genomsnittliga inkomstrelaterade dagpenningen var 41,3 euro per dag år 2002.

Lagstiftningen om utkomstskyddet för arbetslösa reviderades helt under rapporteringstiden. Den nya lagen omfattar alla bestämmelser om utkomstskydd under arbetslösheten. Samtidigt infördes följande ändringar i utkomstskyddet.

- Arbetslöshetspensionen upphör för personer födda efter 1949. I stället för pension kan äldre arbetstagare med en lång arbetshistoria få arbetslöshetsdagpenning ända till 65 års ålder i stället för till 60 år som det är i dag.
- Det blir lättare att få arbetslöshetsdagpenning. Villkoret för arbetstid förkortades från tio månader till åtta månader för en person vars maximala utbetalningstid för arbetslöshetsdagpenningen åter skulle börja från början.
- Systemet med det s.k. avgångsbidraget avskaffades. För personer med en lång arbetskarriär bakom sig ersätts avgångsbidraget av en förhöjning av den inkomstrelaterade dagpenningen.

Staten finansierar arbetsmarknadsstödet och grunddagpenningen. De löntagare som tidigare fått inkomstrelaterad dagpenning kommer från årsskiftet att på lindrigare villkor på nytt få dagpenning. Arbetsvillkoret är för deras del uppfyllt efter en arbetsperiod om åtta månader mot tidigare tio månader.

Staten finansierar den del av arbetslöshetskassornas inkomstrelaterade förmåner som motsvarar grunddag-

penningen. Arbetslöshetskassornas andel av varje enskild inkomstrelaterad dagpenning är 5,5 %. Återstoden finansieras av arbetslöshetsförsäkringsfonden. Den har en konjunkturbuffert för att trygga betalningsförmågan och för att utjämna effekterna av konjunkturfuktuationer. Medlen översteg det uppställda maximibeloppet för bufferten under rapporteringsåret, vilket ledde till att arbetslöshetsförsäkringspremierna sänktes.



## Den nationella sjukförsäkringen

Målsättningen med sjukförsäkringsersättningarna är att komplettera den offentliga hälso- och sjukvården så att befolkningen har möjlighet att med skäligena utgifter köpa hälso- och sjukvårdstjänster i den privata sektorn och mediciner som behövs i den öppna vården.

I fattigdomspaketet som genomdrevs våren 2001 ingick en förhöjning av låginkomsttagarnas sjukdagpenning och rehabiliteringspenning från och med år 2002. Utkomstskyddet under sjukdom för de arbetslösa som kan beredas arbete, för studerande, rehabiliteringsklienter, låginkomsttagare och personer utan inkomster förbättrades, skyddet utvidgades och täcker nu ett större område än tidigare. Studerandenas sjukdagpenning höjdes, den motsvarar nu studiestödet.

De tandläkarbesök som ersätts av sjukförsäkringen har ökat betydligt när ersättningarna för tandvård utvidgades år 2001 att omfatta personer födda 1946 eller senare. I december 2002 utvidgades rätten till tandvård för hela befolkningen.

Läkemedelsersättningarna ökade med omkring 10 procent år 2002. Bruket av läkemedel ökade och nya och dyrare läkemedel omfattades av sjukförsäkringen. För att sänka läkemedelskostnaderna och för att läkemedelsbruket skall bli ändamålsenligare ålades apoteken att byta ut av läkare ordinerade läkemedel mot billigare alternativa preparat (generisk substitution).

Sjukförsäkringen finansieras med arbetsgivarnas och försäkringstagarnas premieandelar. Statens svarar för finansieringen av minimidagpenningen. Arbetsgivarnas sjukförsäkringsavgifter förändrades inte. De avgifter som betalades av försäkringstagarna och arbetsgivarna räckte inte till för att trygga finansieringen av sjukförsäkringen. Statens garantibetalning steg till 625 miljoner euro, vilket var en dryg femtedel av försäkringens totala utgifter. Därtill bokfördes 200 miljoner euro i sjukförsäkringsfonden från avkastningen från meromsättningsskatten.

## Pensionsskyddet

Antalet personer som har erhållit pension 31.12	1995	2000	2001	2002*
Ålderspension	804 100	869 700	875 600	892 300
– förtida ålderspension	42 400	64 700	57 800	57 000
Deltidspension	5 450	24 500	29 100	39 300
Invalidpension	309 500	276 300	267 900	267 700
– individuell förtidspension	63 350	34 800	24 500	20 800
Arbetslöshetspension	39 150	54 300	58 000	58 000
Familjepension	260 100	281 300	283 400	290 400

\* 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. Den populära deltidspensionen fortsatte att öka snabbt. Antalet personer med andra förtida ålderspensioner minskade.

En omfattande revidering av pensionerna inom den privata sektorn godkändes på hösten 2002. Det främ-

sta syftet med pensionsreformen är att trygga arbetspensionssystemets ekonomiska bärkraft när livslängden ökar, att senarelägga pensioneringarna med 2–3 år och att 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 ålderspension 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 och 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 under 2002 förblev på fjolårsnivå, dvs. 21,1 procent av lönerna. Pre-

mien fördelas så att arbetsgivarens pensionspremie är i snitt 16,7 procent och arbetstagarnas 4,4 procent.

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 helhet. År 2002 uppgick dessa statliga andelar till totalt 1 145 miljoner euro. Därtill överfördes momsintäkter på 500 miljoner till folkpensionsfonden. Arbetsgivarnas folkpensionspremier sjönk under rapporteringsåret. Den folkpensionsavgift som debiteras privata arbetsgivare och statliga affärsverk uppgick till 1,35/3,55/4,45 procent av lönen i början av mars 2002 beroende på avskrivnings- och lönebeloppet .

## ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSTJÄNSTER ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

Den strategiska tyngdpunkten för social- och hälsovårdsverksamheten var att effektivisera service och vårdpraxis och att styra och övervaka servicen.

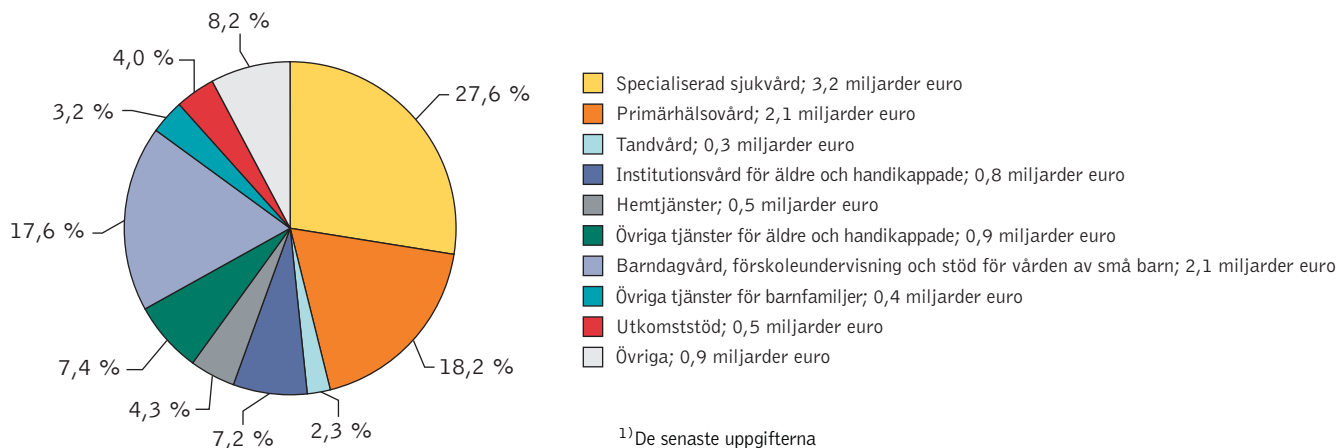
Närmare hälften av utgifterna för kommunernas social- och hälsovårdsverksamhet bestod av utgifter inom hälso- och sjukvården och knappt en femtedel fördelades på barndagvård och stödet för vården av små barn (figur 5). Enligt beräkningar ökade utgifterna för hälso- och sjukvård samt tandvård under år 2002. Däremot upptog barndagvården en mindre andel av kommunernas social- och hälsovårdsutgifter än tidigare.

År 2002 uppskattades utgifterna för kommunernas social- och hälsovårdsverksamhet till 12,1 miljarder euro. Via statsbudgeten finansierades 2,7 miljar-

der euro, av vilka 2,5 miljarder euro utbetalades till kommunerna på basis av kalkyler i form av statsandelar för driftskostnader. Den statsandel som kommunen erhåller är beroende av kommunens invånarantal samt av behovet och förhållandena i kommunen. År 2002 höjdes statsandelen för social- och hälsovårdens driftskostnader från 24,2 procent till 25,4 procent.

Merparten av kostnaderna för social- och hälsovårdstjänsterna utgörs av personalutgifter. Personalen inom den kommunala social- och hälsovården bestod av totalt 243 800 personer år 2002. Personalen ökade med 2 400 personer jämfört med året innan. Inom vissa områden utgjorde tillgången på personal ett problem. Bristen på socialarbetare och specialiserade läkare var störst.

**Figur 5.** Kommunernas utgifter för social- och hälsovårdstjänster år 2001 <sup>1)</sup>



### Kompetenscentrum inom det sociala området

Verksamheten för och finansieringen av kompetenscentrumen inom det sociala området utformades slutgiltigt. Det finns åtta regionala kompetenscentrum och ett riksomfattande för den svenskspråkiga befolkningen. Verksamheten täcker hela landet och omfattar kommuner, universitet, högskolor och organisationer. Syfte

med verksamheten är att på regional nivå skapa samarbete, främja sakkunskapen samt säkerställa olika specialiserade tjänster i den sociala sektorn. Verksamheten omfattar hela det sociala området – socialarbete, förskoleverksamhet, äldreomsorg, barnskydd, missbrukarvård och tjänster för handikappade.

### Socialarbete

Statsrådet tillsatte en riksomfattande delegation för socialarbetet för tiden 2002-2005. Delegationen skall utarbeta en handlingsplan för att stärka socialarbetets ställning samt stärka samarbetet mellan olika förvaltningsområden, organisationer och övriga intressenter för att förbättra den sociala tryggheten och välbefinnandet. De främsta föremålen för utveckling inom social-

arbetet var alltjämt det regionala samarbetet och tryggheten av specialkompetensen. Arbetet på att förenkla och förtydliga socialvårdens uppgifter och yrkesstruktur fortsatte. Arbetsfördelningen mellan socialarbetare inom den kommunala socialvården och yrkeshögskoleutbildade socionomer utvecklades.

### Utkomststöd

Enligt uppskattning utbetalades utkomststöd till totalt ca 450 000 personer år 2002, dvs. omkring 8,5 procent av befolkningen. Detta är något mer än under föregående år. 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 förvärsinkomster, 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

Möjligheterna för äldre att klara sig i öppenvården har förbättrats. Detta beror på deras bättre hälsotillstånd och bättre funktionsförmåga, effektivare mediciner, rehabilitering, utvecklade hjälpmedel samt service som stöder möjligheterna för äldre att klara sig hemma.

Implementeringen av kvalitetsrekommendationen gällande äldrevården och tjänsterna startade år 2002. Rekommendationen har fått ett gott mottagande i kommunerna och den har visat sig vara ett välfungerande styrmedel. 306 kommuner har en uppdaterad äldrestrategi.

## Tjänster för handikappade

Efterfrågan på tjänster och stödåtgärder enligt lagen om service och stöd på grund av handikapp fortsatte att öka och kostnaderna ökade med ca 15 procent jämfört med året innan. 80 procent av alla som tar emot tjänster och stödåtgärder fick färdtjänster och mer än hälften av dem var äldre. Den ökade efterfrågan på färdtjänster speciellt bland den äldre befolkningen har inverkat på kostnadsökningen.

Servicestrukturen inom specialomsorgen om utvecklingsstörda vidareutvecklades. Kvalitetsrekommendationen gällande handikappades boende-

Närståendevårdarens ställning förbättrades genom en ändring av lagen om socialvård och den trädde i kraft i början av år 2002. Närståendevårdarens lagstadgade ledighet ökade från ett dygn till två dygn i månaden och rätten till lagstadgad ledighet utvidgades.

Två personer utredde hur servicesedlarna kan tas i bruk på ett effektivare sätt inom den kommunala hemservicen. Utredarna presenterade en modell för ett omfattande utnyttjande av servicesedlar inom hemservicen. Social- och hälsovårdsministeriet har inlett en beredning av lagen utgående från förslaget.

och hjälpmedelstjänster bereddes.

I början av april trädde ändringarna i lagstiftningen om sysselsättningsfrämjande verksamhet för handikappade i kraft vilket innebär bättre förutsättningarna för sysselsättning av handikappade personer, och en uppmuntran för dessa att söka sig speciellt till den öppna arbetsmarknaden. Möjligheterna för rehabilitering av yrkesutbildade unga förbättrades samtidigt som sporrarna ökades för en övergång från invalidpension till arbetslivet. Möjligheterna att sammanlänka pensionen och arbetet utökades.

## Hälsa- och sjukvårdstjänster

	1995	2000	2001*	2002*
Primärvård				
– besök/1000 invånare	4 651	4 855	4 820	4 800
– tandvårdsbesök/1000 inv.	821	936	946	960
– vårdperioder på bäddavdelning/1000 inv.	44	54	52	53
– vård dagar på bäddavdelning/1000 inv.	1402	1 495	1 442	1 490
Specialiserad sjukvård				
– besök inom öppna vården/1000 inv.	1 146	1 197	1 230	1 270
– vårdperioder på bäddavdelning/1000 inv.	194	181	175	185
– vård dagar på bäddavdelning/1000 inv.	1 547	1 227	1 194	1 250

\* uppskattning

De totala utgifterna för hälso- och sjukvården uppgick till närmare 1 900 euro per invånare, totalt 10,1 miljarder euro år 2002. Detta är 7,2 procent i relation till bruttonationalprodukten (figur 6). Det är klart under både OECD- och EU-ländernas medeltal.

Det rådde alltså brist på läkare både på hälsocentralerna och på sjukhusen, även om läget inte förvärrats från i fjol. Utbildningen av läkare ökade år 2002.

Under rapporteringsåret fanns det 277 hälsocentraler av vilka samkommunerna upprätthöll 71 och kommunerna återstoden. Hälsocentralernas öppna vård och bäddavdelningar har fortsatt i tidigare omfattning. Läkarebesöken utgjorde 4,8 per invånare. År 2002 utnyttjades mer köpta tjänster och hyrd arbetskraft. De ersatte bristen på arbetskraft på omkring 380 obesatta tjänster, speciellt inom jourverksamheten. Bearbetningen av skolhälsovårdens kvalitetsrekommendationer fortsatte.

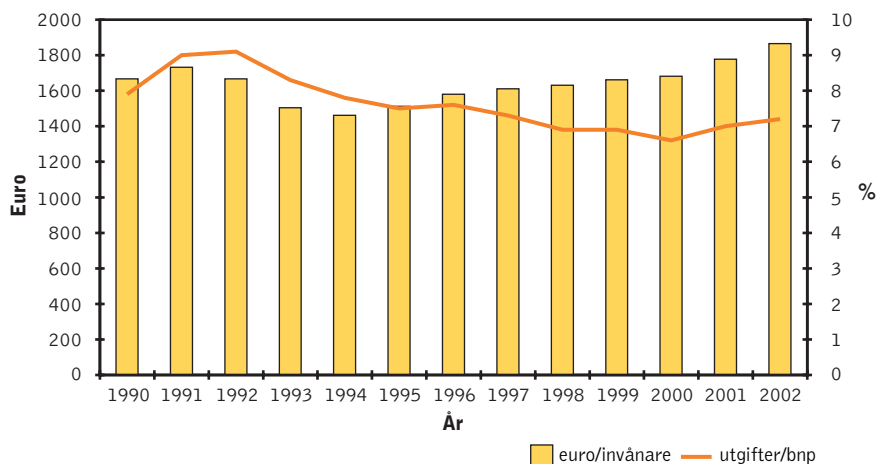
Den långa läkarstrejken år 2001 påverkade sjukhusens verksamhet ännu under 2002. Antalet remisser ökade med drygt 5 %. Ökningen var större än föregående år. Merparten av remisserna kom från hälsocentralerna. En knapp fjärdedel var remitterade av privatläkare.

På sjukhuspoliklinikerna, avdelningarna och i operationssalarna behandlades fler patienter än föregående år. Antalet operationer var omkring 20 000 fler än år 2001, ändå kunde detta inte helt fylla behovet efter läkarstrejken året innan. I statens tilläggsbudget för år 2002 beviljades sjukvårdsdistrikten 25 miljoner euro i form av statsbidrag för att förkorta undersöknings- och vårdköerna.

I statsbudgeten för år 2002 ingick för tredje året i följd ett statsbidrag för att utveckla barn- och ungdomspsykiatrin och för att förbättra servicen. År 2002 inleddes arbetet på att förankra kvalitetsrekommendationerna för mentalvården på fältet.

Sjukförsäkringsersättningarna för tandvården utvidgades 1.4.2001 till personer födda 1946 och senare. Från 1.12.2002 gällde ersättningarna alla oavsett ålder. Samtidigt infördes en ändring i folkhälsolagen enligt vilken det år 2002 var kommunernas uppgift att upprätthålla tandvården för personer födda 1946 och senare och från 1.12.2002 alla oavsett ålder. Största delen av kommunerna genomförde utvidgningarna under övergångstiden.

**Figur 6.** De totala utgifterna för hälso- och sjukvården enligt fasta priser per invånare och i relation till BNP åren 1990-2002.



## Läkemedel

Den kommunala hälso- och sjukvården står för läkemedelskostnaderna i samband med vården. Patienten kan få ersättning för kostnaderna för läkemedel inom den öppna vården enligt sjukförsäkringslagen.

Läkemedelsutgifterna fortsatte att öka snabbt under 2002. Ökningen berodde främst på användningen av nya, dyrare läkemedel och delvis på oförnuftiga

läkemedelsordinationer. I stället för ROHTO-projektet för en rationell praxis vid ordination av läkemedel bereddes en permanent utvecklingscentral för läkemedelsbehandling som inleder sin verksamhet våren 2003. Under rapporteringsåret godkände riksdagen lagstiftningen om att byta ut ett läkarordinerat läkemedel till ett billigare. Lagen trädde i kraft i april 2003.

## Rehabilitering

Statsrådets rehabiliteringsredogörelse överläts till riksdagen år 2002. I utredningen understryks speciellt utvärderingen av effekterna av rehabiliteringen. Åtgärderna för att utveckla rehabiliteringen i början av 2000-talet riktar sig främst till barn och unga som löper risk att bli utslagna, till den arbetande befolkningens och speciellt äldre arbetstagares bevarande av arbetsförmågan, bättre förutsättningar för långtidsarbetslösa, handikappade och gravt handikappade per-

soner att få arbete samt stöd för äldre personer att klara sig på egen hand.

Lagstiftningen om sysselsättningsfrämjande verksamhet för handikappade trädde i kraft i början av april 2002. Därmed reviderades bestämmelserna om understödd sysselsättning som socialvården ansvarar för, och en del lagstiftningsändringar infördes som förbättrar sysselsättningsmöjligheterna för handikappade.

År 2002 fick familjepolitiken en mer central ställning i ministeriets målsättning. Ett familjepolitiskt strategiarbete inleddes. Barnfamiljernas ställning och barn- och ungdomsproblemen var synligt framme i massmedierna.

	1995	2000	2001	2002*
Barn i kommunal dagvård 31.12.	189 900	200 400	197 200	194 000
Barn som vårdats med stöd för vård av små barn 31.12.	137 500	125 700	123 600	122 700
Barn och unga i barnskyddets öppna vård under året 1)	30 700	49 350	49 600	50 000
Mottagare av barnbidrag 31.12.	1 097 450	1 063 700	1 054 200	1 046 900
Mottagare av föräldrapenning 31.12.				
– mödrar	53 340	48 570	47 450	47 000
– fäder	1 930	2 220	2 400	2 500

1) Esbo togs med i statistiken år 2000

\* uppskattning

Inga ändringar har gjorts i barnbidragsnivån under 1997-2002. Under rapporteringsåret var det 7 300 färre barn som fick barnbidrag än året innan. Inga ändringar gjordes heller i föräldrapenningen under rapporteringsåret. Faderns utnyttjades mera. I dag utnyttjar drygt 60 % av fäderna sin rätt till faderskapsledighet. Under rapporteringsåret ändrades lagen om moderskapsbidrag så att bidrag utbetalas även för kostnaderna för internationell adoption.

Regeringen fastställde de riksomfattande riktlinjerna för förskoleverksamheten. Samtidigt inleddes förberedelserna för en riksomfattande plan för förskoleverksamhet. Jämsides med en minskning av barn under skolåldern sjönk antalet barn i kommunal dagvård till 194 000. Däremot steg antalet barn i privat vård med stöd till 14 700 (3 % av barnen under skolåldern). Under rapporteringsåret deltog 93 procent av 6-åringarna i den avgiftsfria förskoleundervisningen.

Våren 2002 gav statsrådet till riksdagen en redogörelse om barns och ungas välfärd. Enligt redogörel-

sen mår merparten av finländska barn och unga bra, men för att förebygga utslagning bör man ingripa i situationer där barn och unga mår dåligt. Man beslöt att ge kommunerna ett separat statsbidrag på 15 miljoner euro för ändamålet år 2003.

Statens och arbetsmarknadsorganisationernas trepartssamarbete kring främjandet av möjligheterna att förena arbete och familjeansvar fortsatte. En omfattande informationskampanj för utnyttjandet av familjeledighet startades.

Från år 2002 betalas det finländska stödet för hemvård av barn också till arbetstagare med familj utsända från Finland eller som i övrigt omfattas av Finlands sociala trygghet, vars barn hade flyttat med sin vårdnadshavare till ett annat EU- eller EES-land. Likaså utvidgades rätten till stöd för hemvård av barn att omfatta familjer där den ena föräldern kommer att arbeta i Finland oavsett om barnen bor i ett annat EU- eller EES-land.

Den förebyggande verksamhetens främsta målsättning har varit att stärka den förebyggande social- och hälsovårdspolitikens ställning och strukturer, främja barnens och ungdomarnas hälsa och välbefinnande, upprätthålla och förbättra invånarnas hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet, förhindra utslagning, utveckla den förebyggande rusmedelspolitiken samt verka för en sund och trygg livsmiljö.

Befolkningens allmänna hälsotillstånd har förbättrats, men skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper är alltjämt stora. Två tredjedelar av den vuxna befolkningen uppskattar att deras hälsotillstånd är gott eller ganska gott. Mindre än en femtedel har en sjukdom eller skada som inverkar negativt på arbets- eller funktionsförmågan.

Under rapporteringsåret fortsatte implementeringen av folkhälsoprogrammet Hälsa 2015. Hälsöfrämjande verksamhet utvecklades på olika förvaltningsområden och det hälsofrämjande arbetet på lokalnivå fortsatte.

Statsrådet godkände ett principbeslut om utvecklingslinjerna för hälsotion. I riktlinjerna betonas ett effektivare samarbete över förvaltningsgränserna samt en samordning av samarbetet mellan förvaltningsaktörer och organisationer. En delegation för hälsotion tillsattes för åren 2002-2005.

En expertgrupp för Världshälsoorganisationens Europeiska Regionalbyrå utvärderade hela det finländska systemet för främjandet av hälsa. Enligt utvärderingen har Finlands hälsopolitiska idéer och planering genomförts väl. Utvärderingen betonar vikten av att stärka samarbetet mellan olika förvaltningsområden, att trygga tillgången på tillräckliga resurser och bland annat att utvärdera hälsoeffekterna av olika projekt.

Lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte förpliktade kommunerna och Arbetskraftsbyråerna att samarbeta med långtidsarbetslösa klienter för att utarbeta en lämplig aktiveringsplan och servicehelhet. Antalet långtidsarbetslösa uppskattades till 106 500 i slutet av år 2002. Enligt preliminära bedömningar har aktiveringsåtgärderna främjat sysselsättningen av arbetslösa och underlättat deras möjligheter att få del av de Arbetskraftspolitiska åtgärderna. Samtidigt har deras beroende av social trygghet minskat. Emellertid

har tillämpningen av lagen på många orter fördröjts av bristen på resurser.

Med statsanslagen för år 2002 inleddes i de största städerna ett försök med gemensamma tjänster för personer som får arbetsmarknadsstöd i samarbete med kommunernas socialvården, Folkpensionsanstalten och Arbetsförvaltningen. Avsikten var att främja sysselsättningen av personer som får arbetsmarknadsstöd, att aktivera dem, upprätthålla och rehabilitera deras arbetsförmåga.

Genom beviljandet av sociala krediter har man kunnat förebygga låginkomsttagarnas och de mindre bemidlades ekonomiska utslagning och förhindra att de hamnar i en skuldspiral. Det treåriga försöket slutade vid utgången av år 2001. År 2002 lagstodgades social kreditgivning att gälla hela landet.

Läget för de bostadslösa lättade något under rapporteringsåret. Antalet ensamstående bostadslösa minskade med 400, men antalet bostadslösa familjer var alltjämt lika stort. Regeringsprogrammets mål att minska antalet bostadslösa har genomförts genom ökat utbud av stöd- och serviceboende i form av sociala tjänster till bostadslösa med extra stort behov av stöd och omsorg.

Konsumtionen av alkoholhaltiga drycker ökade i Finland: år 2002 var alkoholkonsumtionen större än någonsin tidigare. Däremot verkar ökningen av antalet personer som prövar på narkotika ha stannat av. Sjukfall och dödlighet till följd av alkoholkonsumtion fortsatte att stiga. Efterfrågan på social- och hälsovårdstjänster till följd av både alkohol- och narkotikakonsumtion fortsatte att öka.

Under verksamhetsåret publicerades kvalitetsrekommendationer för utvecklandet av den kommunala missbrukarvården. Flera gemensamma projekt fortsatte för effektivare åtgärder mot narkotikaproblemen och för att förebygga användningen av narkotika.

Den nya lagen om företagshälsovård trädde i kraft 1.1.2002. I den nya lagen ligger tyngdpunkten på hälsofrämjande verksamhet i enlighet med de enskilda arbetsplatsernas intressen och på verksamhet som upprätthåller de anställdas arbetsförmåga. Bestämmelserna om övervakningen av lagen förtydligades.



## ARBETSFÖRHÅLLANDEN OCH ARBETARSKYDD

Enligt förhandsuppgifter utbetalades ersättningar för omkring 130 000 arbetsolyckor och yrkessjukdomar år 2002. Antalet steg i jämförelse med året innan. De genomsnittliga perioderna av arbetsoförmåga i samband med arbetsolyckor och yrkessjukdomar har ytterligare förkortats och allvarliga olycksfall som lett till över en månads frånvaro har minskat.

Antalet olycksfall är stort speciellt i byggbranschen. Däremot har antalet olycksfall inom industrin minskat något. Antalet arbetsolycksfall eller yrkessjukdomar med dödlig utgång minskade något år 2002. Kemiska och fysikaliska faktorer förorsakade mest yrkessjukdomar.

Sjukfrånvarodagarna per arbetstagare ökade. Mest förekom sjukfrånvarodagarna i branscher där stöd- och rörelseorganen utsätts för påfrestning: inom industrin, byggverksamheten, lantbruket samt hälso- och sjukvården och det sociala området. Antalet invalidpensioner fortsatte att öka. Den främsta orsaken

var sjukdomar i stöd- och rörelseorganen samt mentala störningar. Den genomsnittliga pensioneringsåldern har stigit något.

Under rapporteringsåret kunde en stor mängd positiva utvecklingstrender noteras. Ändå var det alltså vanligt att arbetstagarna upplevde stress och i snitt var de mindre tillfreds med sitt arbete.

Det nya riksomfattande Vetoprogrammet skall förbättra arbetslivets dragningskraft och den yrkesaktiva befolkningens arbets- och funktionsförmåga. Programmet bereddes i samarbete med de övriga ministerierna och arbetsmarknadsorganisationerna. Programmet har fyra åtgärdsområden:

god arbetslivskvalitet och säkerhetskultur, effektiv företagshälsovård och rehabilitering, mångsidighet och jämställdhet i arbetslivet samt motiverande utkomtskydd och arbetskarriär. Programmet genomförs under åren 2003–2006.

## STÖRRE JÄMSTÄLLDHET MELLAN MÄN OCH KVINNOR

Kommissionen för revidering av jämställdhetslagen gav sitt betänkande i november 2002. Kommissionen föreslog bland annat att lagstiftningens inverkan på jämställdheten skall utredas vid lagberedningen, diskriminering på grund av kön vid läroinrättningar och arbetsmarknadsorganisationer skall ingå samt att sex-

uella eller andra trakasserier på grund av kön skall definieras i lagen som förbjuden diskriminering.

På våren inleddes integreringen av ett jämställdhetsperspektiv i social- och hälsovårdsministeriets verksamhet. Det började med en utvärdering av lagberedningens inverkan på jämställdheten i åtta lagberedningar.

Under rapporteringsåret ansvarade ministeriet för beredningen av arbetet i rådet för sysselsättning, socialpolitik och hälso- och sjukvård. Ministeriet beredde riktlinjerna gällande EU-ärenden inom sitt förvaltningsområde. På Europarådets möte i Sevilla på våren fattades beslut om att sammanslå råden för sysselsättning, socialpolitik och hälso- och sjukvård samt konsumentärenden. Beslutet har stor betydelse eftersom ärenden inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde ofta behandlas i olika rådsammansättningar utöver sektorrådet.

Enligt den öppna samordningsmetoden bereddes en nationell pensionsstrategirapport för EU-kommissionen och en nationell rapport om den framtida hälsovården för den åldrande befolkningen. På basis av de nationella pensionstrategirapporterna sammanställde kommissionen och rådet en gemensam pensionsrapport till Europeiska rådet. Arbetet på att revi-

dera förordningarna om koordineringen av flera direktiv och socialskyddssystem fortsatte.

För FN:s del gällde det HIV/AIDS strategin, världskongressen om åldrandet, barnens ställning, en hållbar utveckling och handikappades rättigheter. Till sammans med Världshälsoorganisationen WHO fortsatte arbetet på en internationell ramkonvention för tobaksbekämpning. Ministeriet deltog i OECD:s hälsoprojekt.

Under Världshandelsorganisationen WTO:s pågående förhandlingsrunda i Doha har social- och hälsovårdsministeriet deltagit i utformningen av Finlands ställningstagande i de enskilda sektorernas förhandlingar om en liberalisering av handeln med tjänster.

Verksamhetsplanen på mellanlång sikt (2003-2005) för Finlands närområdessamarbete inom social- och hälsovården blev färdig. I det nordiska samarbetet behandlades de nordiska medborgarnas rättigheter.

## 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 utgången

av verksamhetsåret arbetade omkring 3 550 personer i dessa enheter inklusive ministeriets personal som omfattade 465 anställda. För varje enhet uppställdes resultatmål som infördes i ett resultatavtal mellan ministeriet och enheten i fråga.

#### Penningautomatföreningen

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

År 2002 steg Penningautomatföreningens omsättning till 562 miljoner euro, en ökning på 1,6 procent

jämfört med föregående år. Räkenskapsperiodens vinst uppgick till 385 miljoner euro. År 2002 beviljades bidrag för 297,5 miljoner euro av Penningautomatföreningens avkastning till 1 117 allmännyttiga sammanlutningar och stiftelser för olika ändamål som främjar hälsa och social välfärd. Därtill anvisades 97,75 miljoner euro till statskontoret för krigsinvalidernas och veteranernas rehabilitering.

