

Sosiaalivakuutus



TEEMA: SAIRAANHOITOKORVAUKSET

Kuka tarvitsee Kela-korvauksia? s. 10

Yksityisen hoidon korvauksista leikattava 20 miljoonaa euroa s. 16

Paula Risikko: Julkinen sektori koetuksella muutoksen keskellä s. 22



16

Kela-korvauksien korvausprosentteihin perustuva järjestelmä on vaikeaselkoinen ja monen mielestä aikansa elänyt. Voidaanko järjestelmä uudistaa siten, etteivät yksityisen hoidon hinnat nouse?

TEEMA

Sairaanhoitokorvaukset

10 TERVEISET PÄÄTTÄJÄLLE

Yksityisen hoidon korvaukset suomalaisten kukkarossa

15 NÄKÖKULMA

Kelan suorakorvaus käytössä yhä useammalla palvelutarjoajalla

16 KELA-KORVAUKSET LEIKKAUSPÖYDÄLLÄ

Yksityisen sairaanhoidon korvauksista nipistetään 20 miljoonaa euroa

21 VASTAUKSIA

Voiko yksityinen hammashoito olla näin edullista?

22 KESTÄVÄTKÖ JULKISET PALVELUT MUUTOKSEN?

Haastattelussa sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko

26 LÄÄKEKORVAUSTEN SÄÄSTÖT TALKOOTYÖLLÄ

Haastattelussa yliproviisori Päivi Kaikkonen

28 LISÄÄ VÄLINEITÄ TYÖHÖNPALUUN TUEKSI

Sairausvakuutus- ja työterveyshuoltolait muuttuivat kesäkuun alussa

KESKUSTELUA

9 KOLUMNI Reija Jääskeläinen

14 PÄÄTTÄJÄRAATI

Vastaamassa Kelan sairausvakuutusasiain neuvottelukunnan jäseniä

30 IN MEMORIAM

Kelan pitkäaikainen pääjohtaja Jaakko Pajula

32 KOLUMNI Jorma Järvisalo

JOKA NUMEROSSA

6 KUMPPANI

Hammaslääkäri Päivi Jussila, Oulu

25 TUTKIJALTA Lauri Mäkinen:

Ruotsin mallia sairauspoissaoloihin?

33 TILASTOILMIÖ Timo Partio:

Maakunnilla omat kansantautinsa

34 VÄITÖS Jaana Martikainen

35 TUTKIJALTA Kuka käyttää yksityisiä terveyspalveluja?

36 JULKAISUT

39 TYÖSSÄ

40 SVENSKA SIDOR

43 JOSKUS ENNEN

Kela|Fpa[®]

Sosiaalivakuutus 2.2012. 50. vuosikerta. Sosiaali- ja terveysturvan asiantuntijalehti Kelan sidosryhmille. Vuonna 2012 ilmestyy neljä numeroa. Facktidsskrift om social- och hälsoskyddet för FPA:s intressentgrupper. Tidningen utkommer med fyra nummer år 2012 Julkaisija Kansaneläkelaitos, PL 450, 00101 Helsinki Puhelin 020 634 11 Sähköposti sosiaalivakuutus@kela.fi tai etunimi.sukunimi@kela.fi Verkossa www.kela.fi/sosiaalivakuutus Päätöimittaja Seija Kauppinen Toimituspäällikkö Minna Latvala Toimitus ja ulkoasu Alma 360 Tuottaja Tarja Västilä Toimitussihteeri Kati Särkelä Kuvatoimittaja Sarri Kukkonen Kansil Wilma Hurskainen Osoitelähde Kelan osoiterekisteri Osoitteenmuutokset ja tilaukset sosiaalivakuutus@kela.fi tai puh. 020 634 1459 Paino PunaMusta Oy, Joensuu ISSN 0584-1410 (painettu) ISSN 2242-9301 (verkkójulkaisu) Vapaasti lainattavissa, jos lähde mainitaan. Kirjoituksissa esiintyvät kannanotot eivät välttämättä vastaa Kelan kantaa.



Kela-korvaukset kiistakapulana

Mitä meillä oli ennen suorakorvausta, ihmettelee haastattelemamme hammaslääkäri, joka on käyttänyt Kelan suorakorvausjärjestelmää jo viisi vuotta. Kätevä käytäntö on osoittautunut korvaamattomaksi avuksi lääkäriaseman paperisotaan. Järjestelmä on toimintavarma ja helppokäyttöinen. Asiakas ei aina tule ajatelleeksi, että hän asioi Kelan kanssa maksaessaan hammaslääkärintilunsa, josta Kela-korvaus on jo vähennetty. Hän on tyytyväinen terveyspalvelujen tarjoajaan, joka helpottaa hänen asiointiaan. Kaikki hoituu asiakkaan kannalta kuin itsestään.

Kelan maksamia sairaanhoitokorvauksia ovat lääkärin tai hammaslääkärin hoidosta tai hänen määräämästään tutkimuksesta maksettavan korvauksen lisäksi lääkekorvaus ja matkakorvaus. Lääkekorvauksiin ja matkakorvauksiin ollaan varsin tyytyväisiä, ja ne jakautuvat tasaisesti tarvitseville. Lääkäripalkkioista sekä tutkimuksen ja hoidon kustannuksista maksettavat korvaukset sen sijaan herättävät keskustelua. Ne perustuvat taksoihin, jotka eivät läheskään vastaa potilaalle koituvia kuluja. Kela saa toistuvasti moitteita taksojen jälkeensä jääneisyydestä, vaikka asia ei ole Kelan päätettävissä.

Entä jos Kela-korvauksia ei olisi ollenkaan? Korvaukset ovat nousseet poliittiseksi kiistakapulaksi. Sekä puolustajilla että vastustajilla on omat vahvat argumenttinsa.

Kela-korvausten kannattajat myöntävät, että julkisessa terveydenhoidossa saa peruspalvelut, mutta hammashoittoon on pitkät jonot, eikä silmälääkärinä tai gynekologia ole tarjolla välttämättä ollenkaan. Vakavissa tapauksissa saa hoitoa sairaalassa, mutta tus-

kin silmäpoliklinikalle voi mennä tarkistuttamaan ikänäköisiä silmiään. Kannattajien mielestä korvaukset takaavat tasa-arvoa: ne antavat pienituloisille mahdollisuuden hakeutua yksityislääkärille edes hieman edullisemmin kuin ilman korvausta olisi mahdollista.

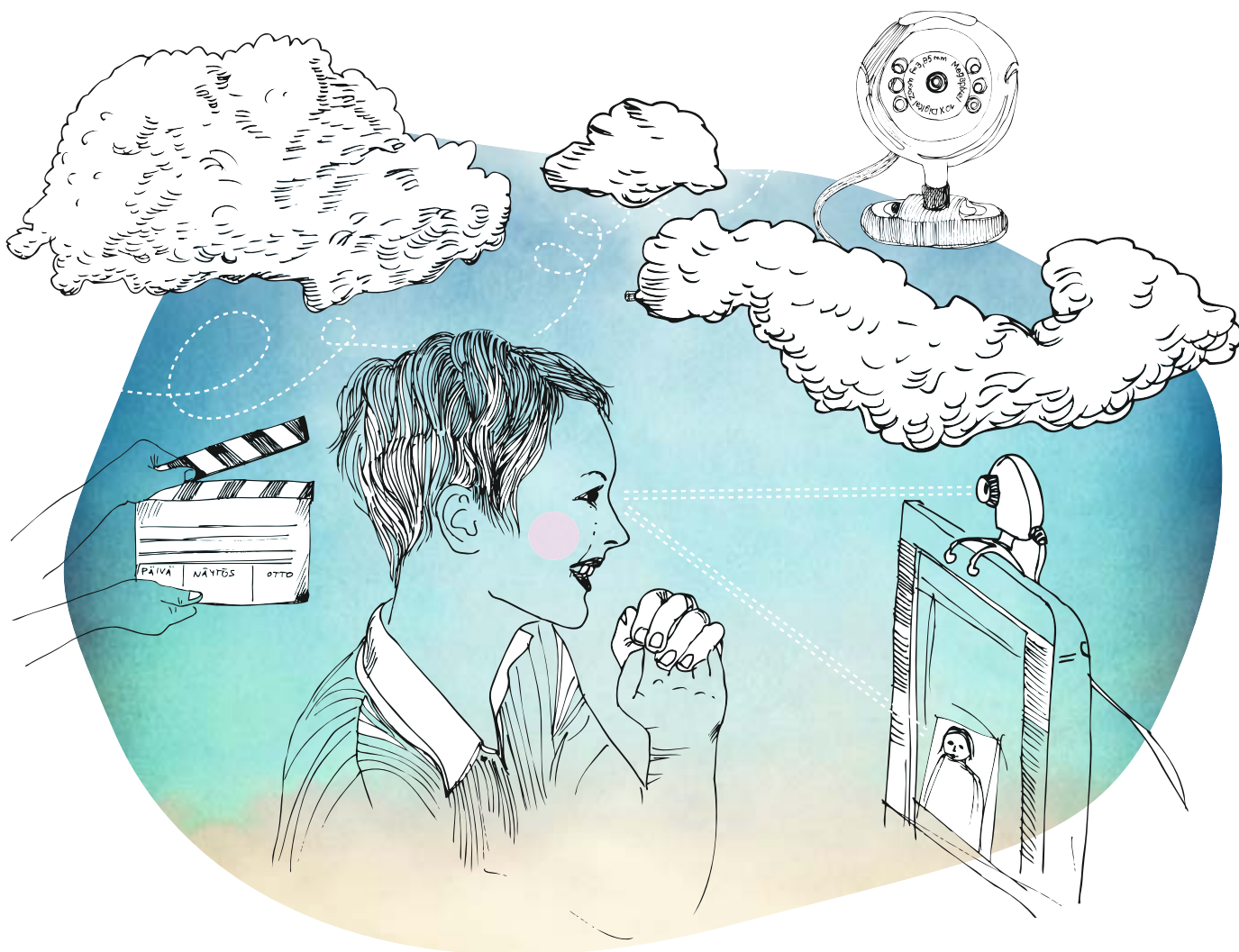
Korvausten vastustajat puolestaan käyttäisivät kyseiset varat julkisen terveydenhuollon kehittämiseen. Heidän mielestään ”kahden kerroksen järjestelmä” rapauttaa julkista terveydenhuoltoa. Varakkaat hakevat hoidon yksityislääkäreiltä ja köyhät jonottavat julkisiin terveyspalveluihin.

Tutkimukset osoittavat, että hyvin ansaitsevat ovat terveempiä kuin köyhät. Jos Kelan sairaanhoitokorvaukset poistetaan, kuilu tuskin kaventuu. Pienituloisilla olisi ilman korvauksia vielä huonommat edellytykset hakeutua erikoissairaanhoidon. Säännölliset käynnit gynekologilla ja hammastarkastukset voisivat jäädä väliin. Varakkailla on ilman korvaustakin rahaa hoitaa vaivojaan, ja monet heistä voivat ostaa itselleen sairausvakuutuksen. Sen sijaan laihassa kukkarossa pienikin korvaus tuntuu.

Mahtaako Kela-korvausten poistaminen olla tepsivä lääke julkisen terveydenhoidon ongelmiin? Tuskin on mahdollista, että kaikki gynekologit, hammaslääkärit ja silmälääkärit siirtyisivät julkisen sektorin palvelukseen ja jokainen heidän apuaan tarvitseva voisi sitten kätevästi päästä sinne hoitoon. ■

Pienituloisilla olisi ilman korvauksia vielä huonommat edellytykset hakeutua erikoissairaanhoidon.

Seija Kauppinen
päätoimittaja



Videon välityksellä yhteispalveluun

Kelan etäpalvelupilottia kokeillaan Etelä-Pohjanmaalla ja Keski-Suomessa.

Yhteispalvelussa eri viranomaiset tarjoavat omia palvelujaan samassa paikassa. Tavallisesti yhteispalvelussa saa Kela-asioissa neuvontaa, tukea verkkopalvelujen käyttämiseen ja opastusta lomakkeiden täyttämiseen. Yhteispalveluun voi myös palauttaa hakemuksen liitteet.

Monet asiat ratkeavatkin palveluneuvojan kanssa keskustellessa. Nyt Etelä-Pohjanmaalla ja Keski-Suomessa kokeillaan, miten syvempää neuvontaa tarvitsevia asiakkaita voitaisiin palvella yhteispalvelussa – videon välityksellä.

Toukokuussa käynnistyi etäpalvelupilotti, jossa asiakas saa videon välityksellä saman palvelun kuin jos hän olisi mennyt Kelan toimistoon.

Pilotissa kokeillaan etäpalvelun soveltumista Kelan palvelukokonaisuuteen, kehitetään sen palvelumallia ja lisätään yhteistyötä muiden viranomaisten kanssa.

”Me Kelassa haluamme jatkuvasti uudistaa palvelutapojamme. Kelan vastausta ei tarvinnut montaa hetkeä odottaa, kun meitä kysyttiin mukaan tähän etäpalvelupilottiin”, kertoo pääjohtaja **Liisa Hyssälä**.

Yhteispalvelu täydentää Kelan muita pal-

velukanavia ja on yksi tapa olla lähellä asiakasta. Kela on mukana 151 yhteispalvelussa eri puolilla Suomea.

”Yhteispalvelulla on merkitystä erityisesti siellä, missä etäisyydet ovat suuria. Toisaalta myös isoissa kasvukeskuksissa, kuten Oulussa, Espoossa ja Vantaalla, yhteispalvelu on tuonut asiakkaille uusia mahdollisuuksia hoitaa Kela-asioitaan myös toimistoajan ulkopuolella”, arvioi Hyssälä. ■

Pipsa Lotta Marjamäki

Lue lisää: www.kela.fi/yhteispalvelu

UUTTA

Opintotuki on nyt Facebookissa

KELA AVASI HUHTIKUUN alussa opiskelijoille sivun Facebookiin. Opintotuki-sivusta tykkäävät saavat uutisvirtaansa tietoa opintotuen maksupäivistä sekä muita ajankohtaisia tietoja opintotukiasioista ja muista opiskelijoille tärkeistä Kela-asioista.

Sivu on tarkoitettu kaikille opiskelijoille sekä oppilaitosten ja opiskelijajärjestöjen edustajille. Parin ensimmäisen kuukauden aikana uusi palvelu on kerännyt yli 1 500 tykkääjää.

Opintotuki on Kelan toinen Facebook-palvelu. Lapsiperheitä palveleva Kela-Kerttu on päivystänyt Facebookissa jo vuoden verran.

Lue lisää > www.facebook.com/opintotuki

ASIAKASPALVELU

Työntantajille uusia palveluita

KELA ON AVANNUT työntantajalinjan helpottamaan työntajaja-asiakkaiden puhelinpalvelua. Työntantajalinja palvelee arkisin klo 9–16 numerossa 020 692 235. Numero on sama kuin Kelan viranomaislinjan, joka palvelee yhteistyökumppaneita.

Työntantajalinja vastaa nopeisiin kysymyksiin, jotka koskevat etuuksien perusteita, hakemismenettelyä, asian käsittelyvaihtetta tai etuuden määrää ja maksamista. Työterveyshuollon korvausten hakemisesta työntajat saavat edelleen tietoa hakemusten käsittelypaikoista. Niiden yhteystiedot ovat osoitteessa www.kela.fi/tyoterveyshuolto.

Työntajien ajankohtaisista Kela-asioista tiedottaa työntajien uutiskirje, joka ilmestyy 4–6 kertaa vuodessa. Työntajainfo on tarkoitettu organisaatioiden talous- ja henkilöstöammattilaisille ja muille, jotka kaipaavat tietoa työntajaja-asioista (esim. tilitoimistot, työterveyshuollon palveluntuottajat, tietojärjestelmien toimittajat).

Uutiskirjeen voi tilata omaan sähköpostiin osoitteessa www.kela.fi/uutiskirje.

Lue lisää > www.kela.fi/tyontantajat

ELOKUVAT

Elämä solmussa?

KELAN TUTKIMUSOASTON TUOTTAMA dokumenttielokuva Solmu vai rusetti kertoo kahden vaikeavammaisen ihmisen ja sosiaaliturvajärjestelmien kohtaamisista. Jukka ja Mikko yrittävät ymmärtää, mitä tukea ar-



UUTTA Facebookin avulla on tarkoitus helpottaa opiskelijan asiointia Kelan kanssa.

jessa selviytymiseen on tarjolla ja miten pitäisi toimia saadakseen apua.

Jyrki Heinosen ohjaama elokuva herättää miettimään viranomaisten yhteistyötä, eri etuuksien kytköksiä, lääkärinlausunton merkitystä ja sosiaaliturvan riittävyttä.

Elokuva kestää 47 minuuttia ja sitä voi tilata osoitteesta julkaisut@kela.fi 20 euron hintaan.



ELOKUVAT Aukeaako rusetti vai onko vaikeavammaisen elämä umpisolmussa? Elokuvan toista pääosaa esittää Mikko.

LÄÄKÄRIT

Lääkemääräykset seurannassa

LÄÄKÄRIT VOIVAT NYT tarkastella lääkemääräystensä lukumääriä ja kustannuksia verkossa osoitteessa kela.fi/reseptit. Lääkäri kirjautuu palveluun omilla verkkopankkitunnuksillaan. Palvelussa on tällä hetkellä tiedot vuosina 2009–2011 määrätystä lääkkeitä. Lääkärit voivat myös verrata kirjoit-

tamiaan reseptejä oman erikoisalansa tai alueensa lääkäreiden keskiarvotietoihin.

Vuodesta 1998 Kela on postittanut lääkäreille keväisin koosteen heidän edellisvuonna määräämistään korvatuista lääkkeitä. Uusi verkkopalvelu täydentää ja parantaa palvelua.

Lue lisää > www.kela.fi/reseptit

ETUUDET

Astmaa sairastavan lapsen vammaistukeen muutoksia

KELA ON UUDISTANUT yhteistyössä lääkäreiden sekä Allergia- ja astmaliiton kanssa astmaa sairastavia lapsia koskevaa vammaistuen ohjetta.

Toukokuun alusta vammaistukeen on oikeus alle 5-vuotiaalla astmaa sairastavalla lapsella. Tätä vanhemmalle lapselle tuki voidaan myöntää vain, jos astma on vaikea. Aiemmin perusvammaistuki voitiin myöntää ensimmäisen kouluvuoden loppuun asti.

Synä ohjeiden muutokseen ovat astman hoitokäytäntöjen tehostuminen ja lääkehoidon kehittyminen.

Alle 5-vuotiaalle lapselle vammaistuki voidaan jatkossa myöntää hieman entistä lievemmin perustein. Riittää, että lapsella on kerran päivässä keuhkoihin hengitetävä tulehduksen vastainen lääkitys, joka jatkuu vähintään puolen vuoden ajan.

Vuonna 2012 perusvammaistuki on 89,18 e/kk. Viime vuonna alle 16-vuotiaan vammaistukea sai 4 091 astmaa sairastavaa lasta.

Palstalla Kelan yhteistyökumppanit kertovat työstään ja lähettävät terveisiä Kelaan.



Suorakorvaus säästää aikaa ja rahaa

Päivi Jussila, hammaslääkäri, PlusTerveys, Oulun teknologiakylä

”LÄHDIMME MUKAAN KELAN suorakorvausjärjestelmään vuoden 2007 syksyllä. Nyt jälkikäteen ajatellen tulee mieleen se mainos, että mitä meillä olikaan ennen tätä. Niin korvaamaton apu se on ollut.

Järjestelmä toimii lähes sataprosenttisesti. Virheitä ei ole promilleakaan, ja nekin johtuvat siitä, että potilas ei ole hoksannut antaa kaikkia tarvittavia tietoja. Suorakorvaus on sujuvaa, varmaa ja helposti tarkastettavaa. Olen suositellut siihen siirtymistä kaikille kollegoille.

Katson olevani ennen kaikkea suun terveydenhuollon asiantuntija. Tehtäväni on selvittää potilaan tilanne, hoitaa hänen vaurionsa ja keskittyä ennalta ehkäisevään ter-

veydenhoitoon. Paperihommat ja kaikenlaisen byrokratian pyrin tekemään mahdollisimman sujuvaksi.

Potilaiden palaute on ollut tosi hyvää, suorakorvauksesta on tullut mukava asia hoitokokemuksen yhteyteen. Se, että voi antaa Kelan korvauksen heti hoitotapahtuman yhteydessä, on hyvää palvelua.

Asialla on silti laajempikin merkitys. Ihmiset haluavat ottaa vastuuta omasta terveydestään ja pitää itsestään huolta. Kun vastaanotolle tuleminen tehdään mahdollisimman helpoksi, ehkäistään hankalampia vaivoja ja raskaita toimenpiteitä. Sillä on myönteinen vaikutus kansanterveyteen ja terveystalouteen.

Kela-korvaus ylipäättään mahdollistaa julkisen ja yksityisen sektorin rinnakkain toimimisen. Molempia tarvitaan, yksin ei kumpikaan puoli pysty koko väestöä hoitamaan. Jos korvaus poistettaisiin yksityisiltä, olisi se katastrofi terveyskeskuksille, jotka muutenkin taistelevat hankalassa tilanteessa.

Toimiva korvausjärjestelmä ja yhteistyö molempien sektorien kesken edistävät myös tasa-arvoa, sillä hyvä suun terveydenhoito kuuluu kyllä ihan kaikille. Se ei ole mitään ylellisyyttä, vaan ihan vain sitä, että pystyy syömään mitä haluaa, eikä ole sairauksia.” ■

Mikko Penttilä

ASIAKASPALVELU

Kela tallentaa asiakaspuhelut

HUHTIKUUSTA ALKAEN KELA on tallentanut kaikki asiakaspuhelut. Näin on mahdollista lisätä etuuksien hakemista puhelimitse, kun asiakkaan suullinen hakemus voidaan varmentaa myös jälkikäteen. Tallennetta säilytetään noin vuoden ajan.

Suullista asiointia testattiin viime vuonna takuueläkkeessä, ja se sai asiakkailta myönteisen vastaanoton. Tavoitteena on, että myös muita etuuksia voi hakea puhelimitse mahdollisimman pian.

Vuosittain Kelan palvelunumerossa vastataan noin kahteen miljoonaan puheluun. Asiakkaita informoidaan tallentamisesta puhelun alussa automaattisella tiedotteella: ”Puhelut tallennetaan, jotta voimme varmentaa asiointisi ja kehittää palvelumme laatua.”

ETUUKSIEN HAKEMINEN

Anna palautetta uusista lomakkeista

KELA YKSINKERTAISTAA JA selkeyttää hakemuslomakkeitaan niin, että asiakkaan on helppo täyttää niitä. Tämän toivotaan nopeuttavan hakemuksen käsittelyä.

Viime vuonna käynnistyneellä Haku-projektilla on uudistettavana yhteensä runsaat 200 lomaketta.

Ensimmäisenä uudistettiin asumistuen hakemuslomake ja 16 vuotta täyttäneen vammaistuen hakemuslomake. Pdf-lomakkeita voi tulostaa Kelan verkkosivuilta www.kela.fi/lomakkeet. Paperilomakkeita saa Kelan toimistoista ja palvelupisteistä.

Haku-projekti toivoo palautetta uusista lomakkeista. Tutustu lomakkeisiin ja lähettä palautteesi verkossa www.kela.fi/palaute.



WORLD DESIGN CAPITAL 2012 Äitiyspakkauksista kertovan Eläköön hyvä alku! -näyttelyn julisteet ovat Aalto-yliopiston opiskelijoiden käsialaa.

WORLD DESIGN CAPITAL 2012

Äitiyspakkauksen tarinasta näyttely

ÄITIYSPAKKAUKSEN TARINA 1930-LUVULTA nykypäivään esitellään ensi kesänä näyttelyssä Eläköön hyvä alku!. Näyttely on esillä Virka Galleriassa Helsingin kaupungintalolla 29.6.–2.9.2012.

Näyttelyn ovat toteuttaneet yhteistyössä Virka Gallerian kanssa Kela ja Aalto-yli-

opiston taiteiden ja suunnittelun korkeakoulun opiskelijat. Näyttely on osa World Design Capital 2012 -vuoden ohjelmistoa.

Eläköön hyvä alku! -näyttelyssä voi tutustua äitiyspakkauksen vaiheisiin vuosikymmenten varrella ja nähdä uudistetun designlaatikon, joka tulee tuotantoon ensi syksynä. Näyttelyssä järjestetään myös työpajoja, joissa kävijä voi koristella harsoliinasta mieleisensä muiston itselleen tai vauvalleen. Harsoliina on ollut pidetty ja perinteinen osa äitiyspakkauksista.



UUTTA

Kela on nyt YouTubeessa

KELA ON AVANNUT oman YouTube-kanavan, johon on koottu kaikki Kelan tähän mennessä julkaisemat videot. Joukossa on niin uutisvideoita kuin tietoisukujakin.

Kela-kanavalla voit katsella mm. Akseli vaihtaa ammattia -piirrosvideota, joka perehdyttää työkykyneuvonnan saloihin. Kanavalta löytyy myös uutisjuttuja mm. eurooppalaisesta sairaanhoitokortista ja opintotuesta sekä Liisa Hyssälän haastattelu Kelan palveluiden uudistamisesta.

Yhteistyökumppanit voivat vapaasti hyödyntää Kela-kanavan aineistoja esim. koulutustilaisuuksissa.

Tutustu > www.youtube.com/kelakanava

Työkykyneuvonnasta kertova video Akseli vaihtaa ammattia on ollut tänä keväänä yksi Youtubun suosituimmista Kela-klipeistä. Video kestää noin 5 minuuttia.

Kolme katsotuinta videota Kela-kanavalla 24.5.2012

Äitiyspakkaus 2011	1 569 katsojaa
Töihin Kelaan	1 246 katsojaa
Akseli vaihtaa ammattia	1 023 katsojaa

UUTISKIRJE

Mediainfo taustoittaa Kela-uutiset

KELAN ENSIMMÄINEN MEDIAINFO toimittajille julkaistiin helmikuussa. Kuukausittain ilmestyvä uutiskirje taustoittaa Kelan hoitaman sosiaaliturvan ajankohtaiset asiat ja tarjoaa tuoreita tutkimuksia ja tilastoja median käyttöön.

”Kaikki ajankohtaiset aiheet eivät sellaisinaan sovi tiedotteiksi. Uutiskirjettä tilaavat toimittajat saavat helposti taustatietoa ajassa olevista sosiaaliturvavaihteluista ja kiinnostavista asiantuntijoista. Uutiskirjeessä voimme vinkata hyvistä tiedonlähteistä ja esimerkiksi mainostaa suosittuja toimittajakoulutuksiamme”, kertoo Kelan viestintäpäällikkö Seija Kauppinen.

Kelan viestintä tuottaa uutiskirjeen yhdessä Tutkimusosaston ja Aktuaari- ja tilasto-osaston kanssa. Mediainfolla on jo nyt yli 500 tilaajaa.

Mediainfon lisäksi Kela julkaisee kahta muuta uutiskirjettä: työnantaja infoa ja KV-infoa. KV-infossa kerrotaan ajankohtaisista, kansainväliseen sosiaaliturvaan liittyvistä Kela-asioista ja tapahtumista. KV-info palvelee maahan- ja maastamuuton kanssa työskenteleviä henkilöitä sekä kansainvälisiä hr-asioita hoitavia työntekijöitä yrityksissä, järjestöissä ja julkisella sektorilla.

Tilaukset > www.kela.fi/uutiskirje

PALAUTE

Kohti uutta Kelaa



Yhteisen asiakkaan asialla

TAMMIKUUSSA KELA.FI-SIVUILLA AVATTIIN Kelan yhteistyökumppaneille avoin palautekysely, jossa eri sidosryhmien edustajat voivat kertoa mielipiteensä Kelan toiminnasta ja antaa ideoita yhteistyön kehittämiseen.

Alkuvuonna kyselyn kautta on vastaanotettu lähes 200 palautetta. Eniten palautetta ovat antaneet TE-toimistoissa työskentelevät (40 % vastaajista). Vastaajien

joukossa on myös terveydenhuollon ja opetusalan työntekijöitä.

Palautteiden perusteella Kelan yhteistyökumppanit arvostavat asiakaslähtöisyyttä ja asiantuntijayhteistyötä. Yhteistyökumppanit toivovat, että Kela tarjoaa tulevaisuudessakin asiakkailleen henkilökohtaista palvelua, vaikka verkkoasiointia pyritään lisäämään. Moni vastaa ja on huolissaan asiakkaiden tasa-arvosta: Kelan on palveltava myös niitä, jotka eivät pysty asioimaan verkossa tai asuvat kaukana toimistoista.

Erityisesti yhteistyökumppaneita häiritsee Kelan puhelinpalvelun viranomaislinjan ruuhkaisuus. Ruuhka oli pahimmillaan tammi-helmikuussa. Sidosryhmät kaipaavatkin mahdollisuutta ottaa yhteyttä suoraan paikalliseen toimistoon tai asiasta vastaavaan käsittelijään.

”Palveluverkon supistaminen vaikuttaa myös sidosryhmien työhön. Kumppaneiden mielestä Kelan asiantuntijoiden heikko tavoitettavuus hankaloittaa

yhteistyötä. Asiantuntijatasen yhteistyötä on kehitettävä, toteaa etuuspäällikkö Jyrki Elo Kelan eläke- ja toimeentuloturvaosastolta.

Kela ja työvoimahallinto järjestivät huhtikuussa työpajan, jossa pohdittiin keinoja yhteistyön parantamiseen. ■

Anna palautetta

Tutustu Kohti uutta Kelaa -ohjelmaan kela.fi-sivuilla. Kerro mielipiteesi ja ideasi.

- ▶ Miten voimme yhdessä toimia tehokkaammin asiakkaan parhaaksi?
- ▶ Miten nopeutamme asiakkaan asian käsittelyä ja poistamme tarpeettomia työvaiheita?
- ▶ Miten voimme kehittää tietojenvaihtoa ja ennakoita asiakkaan palvelutarvetta?
- ▶ Miten yhteistyö Kelan kanssa sujuu sinun näkökulmastasi?

Palautekysely on avoinna koko vuoden 2012 osoitteessa www.kela.fi/strategia.



Hoitoa ja terveyttä

Mitä kaikkea hyvää saadaan pienellä vakuutusmaksulla?

Olemme sosiaaliturvan perimmäisten kysymysten äärellä, kun mietimme, mihin kaikkeen verotuksen yhteydessä kerättävät sairausvakuutusmaksut oikeuttavat. Vuonna 2011 maksu oli 1,19 % ja vuonna 2012 se on 1,22 % kunnallisverotuksessa verotettavasta ansiotulosta. Eläke- ja etuustuloista perittävä maksu on hieman korkeampi, 1,39 %.

Sairaanhoitovakuutuksen omistamme me ja Suomen valtio puoleksi, mikä yhteiskunnallisessa keskustelussa usein unohtuu. Jos tarvitset yksityislääkärin palveluita, voit valita hoitopaikan ja saada korvauksen lähes huomaamatta jo laskutuksen yhteydessä vastaanotolla. Jos tarvitset hammashoitoa tai lapsesi korvasärky ei anna odottaa terveyskeskuksen ajanvarauksen avautumista, voit jopa samana päivänä saada tarvitsemasi palvelun yksityiseltä palveluntuottajalta netistä varaamalla.

Jos asut syrjäseudulla ja et kykene terveydentilasi vuoksi ajamaan autoa tai käyttämään julkista liikennevälinettä, voit tilata Kelan korvaaman taksikyyn ja matkustaa pienellä omavastuulla hoitoon. Jos sinun tarvitsee yöpyä lähellä hoitolaitosta esimerkiksi huonojen kulkuyhteyksien vuoksi, voit saada korvauksena yöpymisrahaa.

Kun lääkäri määrää sinulle lääkkeitä, saat apteekista lääkeostokista suorakorvauksen Kela-korttia näyttämällä. Etu voi yhdellä asiointikerralla olla jopa tuhansia euroja. Jos opiskelet yliopistossa, palveluvalikoima laajenee Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön palveluiden myötä entisestään ja omavastuuosuus pienenee.

Eurooppalaisella sairaanhoitokortilla voit osoittaa ulkomailla oikeutesi saada kiireellistä hoitoa samalla hinnalla ja tavalla kuin matkakohteessa asuva ihmiset. Voit myös hakeutua ennakkoluvalta hoitoon toiseen EU-maahan, jos hoitoa ei ole Suomessa kohtuujalla tai -keinoilla järjestettävissä, ja Kela huolehtii yhdessä sairaanhoitopiirin kanssa hoitokustannuksista.

Jos tarvitset kuntoutusta, voit valita Kelan järjestämistä ja kilpailuttamista palveluista sairauteen tai työkyvyn menettämisen uhaan soveltuvaa apua.

Kela suunnittelee ja ylläpitää tietojärjestelmiä ja apurekistereitä sekä tuottaa kattavia tilastoja, arvioita ja ennusteita ja tekee tut-

kimuksia etuuskien kehittämistarpeista kansalaisten hyödyksi.

Kaikissa järjestelmissä on kehittämistarpeensa. Lääke- ja matkakorvaukset ovat tasoltaan kohtuullisia ja jakautuvat väestön kesken melko tasaisesti. Sen sijaan lääkärinpalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvauksia tulisi nostaa reippaasti, jotta kaikilla olisi mahdollisuus valita terveystalonsa yksityiseltä toimijalta.

Korvaustason tulisi olla sellainen, että kenenkään ei tarvitsisi ylläpitää terveystalonsa rahoittamiseksi päällekkäisiä korvausjärjestelmiä. Kaikilla ei ole mahdollisuutta ostaa yksityisvakuutusta, joka tietojemme mukaan on noin kolmasosalla suomalaisista.

Valtiontalouden säästöpainneissa sairaanhoitovakuutuksen korvaustason nostaminen ei valitettavasti ole tärkein toive. Kuitenkin yksityisen hoidon ja kuntoutuksen järjestäminen sairaanhoitovakuutuksen rahoituksella vähentää kuntien järjestämistä maksupainetta.

Mikäli sairaanhoitovakuutuksen korvaukset lopetettaisiin ja siirrettäisiin kunnille, valtion olisi lisättävä kuntien valtionosuuksia sadoilla miljoonilla euroilla. Sairaanhoitovakuutus on halpa, mutta kenties liian halpa keino järjestää terveyspalveluita yhteiskunnassa.

Parhaimmillaan sairaanhoitoetuedet suunnataan siten, että kaikilla meillä maksajilla on mahdollisuus saada palveluita silloin, kun tarve on suurin. Tulevaisuudessa toivottavasti yhä enemmän myös siten, että sairaanhoitovakuutus vähentää työtulovakuutuksen käytön painetta – mahdollistaa nopean hoitoon pääsyn, tehokkaan tutkimuksen ja hoidon asuinpaikasta riippumatta myös niille, jotka eivät kuulu työterveyshuollon piiriin.

Siten se säästää työntekijöiden kärsimyksiä ja työnantajilta menetyksiä, jotka aiheutuvat työstä poissaolosta. Esimerkiksi sairauspäivärahaalla toimenpiteeseen pääsyn odottelu ei voi olla kenenkään etu.

Sairaanhoitoetuksia sai vuonna 2011 yli 4,2 miljoonaa henkilöä. He eivät voi olla väärässä. ■

Reija Jääskeläinen

Kirjoittaja on Kelan etuuspäällikkö.

Lääkärinpalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvauksia tulisi nostaa reippaasti.

Yksityisellä asialla

Yksityislääkäriissäkäyntien Kela-korvaus on poliittinen kiistakysymys. Miten korvaus vaikuttaa gynekologilla käyntiin tai lapsiperheen lääkärikuluihin?

TEKSTI Laura Kosonen KUVAT Wilma Hurskainen

Kun Peppi tai Lenni sairastuu, Paula Salminen ja Lassi Györfy vievät lapsen joko terveyskeskukseen tai yksityiselle lääkäriasemalle. Kulloinkin tilanne ratkaisee.





Iltapäivän tunnelma on miltei uneliaan rauhallinen. Vastaanottotiskiä koristaa kauniisti sidottu kukkakimppu, ja katosta roikkuu kristallikruunu. Puitteet ovat kohdilaan, vaikka tuskin täällä kukaan ihan vain ilokseen käy.

Odotustilassa istuu eri-ikäisiä naisia. He jonottavat lääkärikeskus Aavan gynekologien vastaanotoille. Helsingin keskustan häly jää paksujen kiviseinien taakse, sillä täällä jyhkeiden puovien takana ollaan yksityisten asioiden äärellä.

Suomalaisnaiset hakevat gynekologin palvelut lähinnä yksityislääkäreiltä. Julkinen terveydenhuolto ei tarjoa säännöllisiä gynekologisia tarkastuksia. Joku hakeutuu erikoislääkärin puheille vasta sitten, kun vaivoja ilmaantuu, toinen taas käy tutulla gynekologilla säännöllisesti vuoden välein.

Asiakas maksaa lääkärisäkäynnin omasta pussistaan, mutta saa siitä Kela-korvauksen. Useimmissa lääkärikeskuksissa korvaus vähennetään suoraan hinnasta, jos asiakkaalla on Kela-kortti mukana. Jos lääkä-

rissäkäynnin hinta on esimerkiksi 65 euroa, saa potilas Kela-korvausta 16,20 euroa ja maksaa itse loput 48,80 euroa. Päälle tulevat usein lääkärikeskuksen toimistokulut.

Pitkä hoitosuhde arvossaan

Lääkärikeskus Aavan aulassa **Kirsti**, 69, odottaa vielä vuoroaan gynekologin jututisille.

”Käyn yksityisellä puolella hammaslääkärillä ja gynekologilla. Muut asiat hoidan terveystieteiden keskuksessa.”

Kirsti arvostaa jo vuosia jatkunutta hoitosuhdetta tutun gynekologin kanssa. Lääkärisäkäynnin hintaa hän ei mieti, sillä käynnejä on harvoin.

”Onneksi ei ole tarvinnut käydä useammin. Tietysti on hyvä, että käynnistä saa Kela-korvauksen. Pienellä eläkkeellä eläville sekun on tärkeä raha.”

Yksityiseltä ostetaan laatua

Lääkärikeskus Aavassa hinnat eivät ole nähtävillä vastaanottotiskillä tai internetissä, mutta niitä voi selata kansioista tai kysel-

lä aikaa varattaessa. Laskun loppusummaa on vaikea arvioida etukäteen, mutta 20 minuutin vastaanottoajan perustaksi vaihtelee Aavan gynekologeilla 60–90 euron välillä. Jokainen lääkäri määrittelee itse hintansa.

Sillä hinnalla asiakas saa muutakin kuin tarkastuksen, kuvailee lääkärikeskus Aavan vastaava gynekologi **Annakaija Lappalainen**. Hän on myös yksi lääkärikeskuksen omistajista.

Lappalaiselle on tärkeää kohdata vastaanotolle tuleva nainen kokonaisvaltaisesti. Yleensä puheena ovat muutkin kuin gynekologiset asiat.

”Yksityislääkärille hakeutuessaan asiakas valitsee lääkärin, ja lääkärin tehtävä on olla sen luottamuksen arvoinen. Potilassuhde on jatkumo, joka luodaan vuosien kuluessa. Jokainen tarvitsee paikan, jossa tulee huomioduiksi.”

Lappalaisen mukaan yksityisgynekologin vastaanotolla käy naisia kaikista sosiaaliluokista. Osa asiakkaista on kiinnostunut hinnoista ja kyselee niitä etukäteen.

Lääkärikeskus Aavan vastaava gynekologi Annakaija Lappalainen korostaa, että potilassuhde on jatkumo.

Kela korvaa

- › Kela korvaa osan yksityislääkärin ja yksityishammaslääkärin palkkioista, hoidoista ja tutkimuksista näille määritellyn korvaustaksan mukaan. Yleensä yksityislääkärin palkkio on taksaa suurempi.
- › Korvaus yksityislääkärin palkkioista on enintään 60 % vahvistetusta taksasta. Edellytyksenä korvausten saamiselle on, että hoito on sairauden vuoksi tarpeellista.
- › Tutkimuksista ja hoidoista korvaus on enintään 75 % vahvistetun taksan määrästä 13,46 euron omavastuun ylittävältä osalta.
- › Esimerkki korvauksesta: Lääkärin määräämä tutkimus tai hoito, esimerkiksi keuhkokuva, maksaa 70 euroa. Korvaus lasketaan seuraavasti: 33 e (taksa) – 13,46 e (omavastuu) = 19,54 e, josta 75 % on 14,66 euroa. Asiakas maksaa keuhkokuva 55,34 e.

Ideologinen kysymys

Yksityislääkäriissäkäyntien Kela-korvaukset ovat herättäneet paljon keskustelua, kun julkisuudessa on puitu terveydenhuollon uudistuksia. Kela-korvauksia sekä puolelta että vastustetaan samoin perustein. Yhteisenä tavoitteena on terveydenhuoltojärjestelmä, joka ei kasvata väestön terveyseroja ja josta jokainen saa tarvitsemansa hoidon kohtuullisin kustannuksin.

Peruspalveluministeri **Maria Guzenina-Richardson** ehdotti alkukeväästä, että Kela-korvaus poistettaisiin sellaisilta palveluilta, joita saa myös julkiselta puolelta. Samaa on ehdottanut myös muun muassa kansanedustaja **Osmo Soininvaara**. Hänen mielestään yksityislääkäriissäkäyntien Kela-korvaukset rapauttavat julkista terveydenhuoltoa ja edistävät kahden kerroksen järjestelmää, jossa varakkaat hakevat hoidon yksityislääkäreiltä ja rahvas jonottaa kunnalliseen hoitoon.

Kela-korvauksen puolustajat taas sanovat, että Kela-korvauksella on suurempi merkitys vähävaraiselle kuin vauraalle lääkäriissä kävijälle.

Yksityinen ei korvaa julkista

Annakaija Lappalainen kertoo seuranneensa keskustelua Kela-korvauksista osittain pelokkaana. ”Mukana on harmillista, yksityisen terveydenhuollon vastaista asenteellisuutta. Se on sääli.”

Hänen mielestään yksityinen ja julkinen terveydenhuolto täydentävät toisiaan.

”Yksityinen ei voi koskaan Suomessa korvata julkista terveydenhuoltoa, eikä se ole tarkoitustaan. Toisaalta on palveluita, joita julkinen puoli ei kerta kaikkiaan pysty tarjoamaan.”

Lappalainen huomauttaa, että Kela-korvaus on kaikille tasapuolinen ja madaltaa myös vähävaraisten kynnystä hakeutua yksityislääkärille. Hän ennustaa, että jos lääkäriissäkäyntien Kela-korvauksista luovutaisiin, moni pienituloisen jättäisi gynekologikäynnin väliin.

”Yksityiset palvelut kyllä jatkuisivat. Vapaaehtoisia sairauskuluvakuutuksia hankittaisiin ehkä enemmän, mutta ne ovat arvokkaita eikä niitä myönnetä kaikille.”

Taksa määrittää

Jos Lappalainen saisi päättää, hän nostaisi Kela-korvausten tasoa.

”Se vaikuttaisi suoraan asiakkaan maksamaan summaan.”

Nykyistä sairausvakuutusjärjestelmää hän pitää turhan monimutkaisena. Myös asiakkaan voi olla hankala hahmottaa Kela-korvauksen suuruutta. Nykyisellään Kela korvaa yksityislääkärin määräämistä tutkimuksista ja hoidoista korvaustaksan mukaisesti. Taksa vaihtelee paljon toimenpiteestä riippuen. Esimerkiksi kolposkopian eli emättimen ja kohdunkaulan tähtäyksen hinta Lääkärikeskus Aavassa on 244 euroa, mutta taksa, josta Kela-korvaus lasketaan, on 30 euroa.

Yksityislääkäriissäkäynti ei ole halpaa huvia. Kela-korvauksia kritisoivien mukaan korvaukset pitävät hintatason korkeana. Lappalainen on eri mieltä.

”Ei hintoja voi perustaa taksaan, koska Kela-korvaus on niin pieni.”

Hän hakisi säästöjä esimerkiksi lyhyiden antibioottikuurien Kela-korvauksista.

”Sen kaltaiset lääkkeet ovat asiakkaalle muutenkin edullisia, ja niitä määrätään paljon.”



Isä-Lassi iloitsee, että Peppi ja Lenni ovat tänä vuonna säästyneet sairauksilta.

Lappalaisen mielestä myös esimerkiksi Kelan myöntämiä matkakorvauksia voisi arvioida uudelleen.

Lapsiperhe valitsee

Yksityislääkäripuolella suurin asiakasvirta suuntautuu hammaslääkäreille ja gynekologeille. Myös lapsille suunnatut lääkäripalvelut ovat kasvava bisnes, sillä nykyisin yhä useammalla lapsella on vakuutus, joka korvaa käynnit yksityislääkärillä.

Helsinkiläisvanhemmille **Paula Salmiselle** ja **Lassi Györfyllle** lapsiperheen sairastelurumba on tuttua arkea.

”Tänä vuonna olemme olleet onneksi yllättävän terveitä”, Salminen iloitsee.

Perheen lapsilla, 6-vuotiaalla **Pepillä** ja 3-vuotiaalla **Lennillä**, on molemmilla sairauskuluvakuutukset.

Lapsia käytetään lääkarissa tilanteen mukaan sekä lähiterveyskeskuksessa että yksityisellä lääkäriasemalla.

”Meillä on terveyskeskuksessa erinomaisen omalääkäri, jonka luo menee mielellään.”

Arki on kuitenkin ajoittain ahdasta, ja silloin valinta on yksityislääkäri, jolle saa ai-koja joustavasti. Peppi ja Lenni ovat tarvin-

neet lääkärin apua lähinnä tavanomaisissa lastentaudeissa.

”Flunssaa, yskää, kuumeita, korvatulehduksia ja kurkkukipuja – sekä muutama pieni tapaturma, onneksi ei mitään vakavaa”, Györfy luettelee.

Liiankin tehokasta

Hintoja Salminen ja Györfy eivät vertaile, sillä vakuutus korvaa kulut. Yksityislääkärillä käynti on tehty vaivattomaksi. Kela-korvauksen saa tiskillä ja loput haetaan jälkikäteen vakuutusyhtiöstä. Joillakin lääkärikeskuksilla on sopimus vakuutusyhtiön kanssa, jolloin raha ei liiku lainkaan asiakkaan kautta.

Joskus yksityisen lääkärikeskuksen toiminta tuntuu liiankin tehokkaalta. Kun Peppi valitti hiljattain kurkkukipua ja pään-

särkyä, hänestä otettiin saman tien poskionteloröntgen ja kilpirauhaskokeet. Pitkät selvisi, että kyseessä oli tavallisen angiina.

”Silloin ajattelin, että ovatkohan nämä kaikki tutkimukset tarpeellisia”, Salminen sanoo.

Periaatteessa pariskunta haluaisi saada lääkäripalvelunsa julkisesta terveydenhuollosta.

”Ihanne tietysti olisi, ettei tarvitsisi miettiä, saako julkiselta puolelta palvelua tai jos saa, niin minkälaista. Kannatan ehdottomasti kaikille tasa-arvoista julkista terveydenhuoltoa, mutta kaikkia palveluita ei enää yksinkertaisesti saa siltä puolelta”, Salminen toteaa. ■

Mitä maksaa käynti gynekologilla?

Kelan verkkosivuilla voi verrata yksityislääkärikkäykäntien keskimääräisiä maksuja asiakkaan kotikunnan mukaan.

Vuoden 2011 tilastot kertovat muun muassa, että käynti gynekologilla maksoi helsinkiläiselle keskimäärin 84 euroa ja Lahdessa asuvalle 73 euroa. Kelan korvaus 20 minuutin erikoislääkärikkäykäntä on 16,20 euroa. Sairaanhoidokorvausten perusteena oleviin taksoihin voi tutustua myös Kelan verkkosivuilla.

Kaiken kaikkiaan naistentautien ja synnytysten toimialalla toteutui viime vuonna 475 000 käyntiä.

Lue lisää www.kela.fi/hintavertailu www.kela.fi/taksat

Omalääkärin luo menee mielellään.

Mitä seuraa, jos Kela-korvaukset poistetaan?

Vastaamassa kolme Kelan sairausvakuutusasiain neuvottelukunnan jäsentä.



Outi Antila
osastopäällikkö,
ylivohtaja, sosiaali- ja
terveysministeriö

Pohdittavaksi tulee, väheneekö potilaan vapaus valita, kun pienituloisilla on entistä pienemmät mahdollisuudet käyttää yksityisiä terveydenhuollon palveluita. Julkisen terveydenhuollon kävijämäärät todennäköisesti kasvavat samalla, kun terveydenhuoltoon korvamerkityn rahan määrä vähenee.



Jan Schugk
ylilääkäri,
Elinkeinoelämän keskusliitto

Jos yksityisen terveydenhuollon Kela-korvaukset poistettaisiin, käynnit ja tutkimukset yksityisessä terveydenhuollossa vähenisivät jonkin verran ja yhä suurempi joukko ihmisiä ottaisi yksityisen sairauskuluvakuutuksen. Ennen kaikkea muutos lisäisi julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuvia paineita tuottaa vastaavat palvelut.



Risto Ihalainen
varatoiminnanjohtaja,
Suomen Lääkäriliitto

Taksapolitiikan jälkijätöisyyden vuoksi pienentynekin korvausosuus tukee kuntien suoriutumista, ja sen poistaminen ruuhkauttaisi pahoin joidenkin erikoisalojen kunnallisen palvelutuotannon. Yksilöllinen mahdollisuus valita hoidon antaja kaventuisi varakkaimpiin palveluntarvitsijoihin, ja alueellinen tasa-arvo heikentyisi matkakorvausten loppuessa. Työtulovakuutuksen tuen poistuminen heikentäisi työterveyshuoltoa ja veisi sen ”harvojen herkuksi”.



maksetaan muun muassa yksityisen lääkärin, hammaslääkärin, suuhygienistin ja fysioterapeutin palkkioista, tutkimuksesta ja hoidosta sekä matkoista ja lääkekuluista.

Kulissien takana

Kelalla on tällä hetkellä suorakorvaussopimus jo lähes 1 600 itsenäisen ammatinharjoittajan ja noin 1 300 palveluntuottajan kanssa. Kun vielä vuonna 2000 yksityisen hoidon korvauksista maksettiin potilaalle suoraan neljännes, osuus oli viime vuonna 66 %.

”Eniten suorakorvaussopimuksia ovat tehneet hammashoidon palveluntuottajat”, kertoo pääsuunnittelija **Marjo Turkulainen** Kelan terveysosastolta.

Sekä Turkulaisen että Tampereen vakuutuspiirin johtajan **Leena Harjun** mielestä selvä suunta on kohti sähköisiä sopimuksia. ”Kuittisulkeisten aika alkaa olla ohi”, kiitteyttää Harju.

Tilitykset kulkevat palveluntuottajan ja Kelan välillä jokaisessa sopimussuhteessa aluksi lomakkeilla. Sähköiseen järjestelmään voi siirtyä, kun palveluntuottajalla on käytössä hyväksytty tietojärjestelmä ja kun paperitilitys sujuu kitkatta.

”Kynnys siirtyä sähköiseen järjestelmään johtuu ammatinharjoittajilla ja pienehköillä vastaanotoilla usein kustannuksista”, sanoo Turkulainen.

Harjun mukaan Tampereen vakuutuspiirissä on sähköisiä sopimuksia 35 ja manuaalisia 220. ”Uusia sopimuksia solmitaan joka vuosi 10–20.”

Valtakunnallisesti eniten sähköisiä sopimuksia ovat tehneet hammaslääkäriasemat, yhteensä 383. ■

Riitta Ekholm

Huomaamaton itsestäänselvyys

Suomalaisten ensimmäinen kortti kukkarossa on ollut Kela-kortti, jolla nykyisin voi saada suorakorvauksen yhä useamman palveluntarjoajan luona.

Lääkärikeskuksen virkailijat ja apteekin farmaseutit kysivät viime vuonna miljoonia kertoja: Onko teillä Kela-kortti? Sairaanhoitokorvauksia sai vuonna 2011 kaikkiaan 4,2 miljoonaa suomalaista.

Asiakas ojentaa Kela-kortin, mutta harvoin tietää, mitä ele tarkoittaa kulisissa. Kysymys on Kelan suorakorvausmenettelystä, jossa korvaus vähennetään jo kassalla laskun loppusummasta. Huomaamaton-

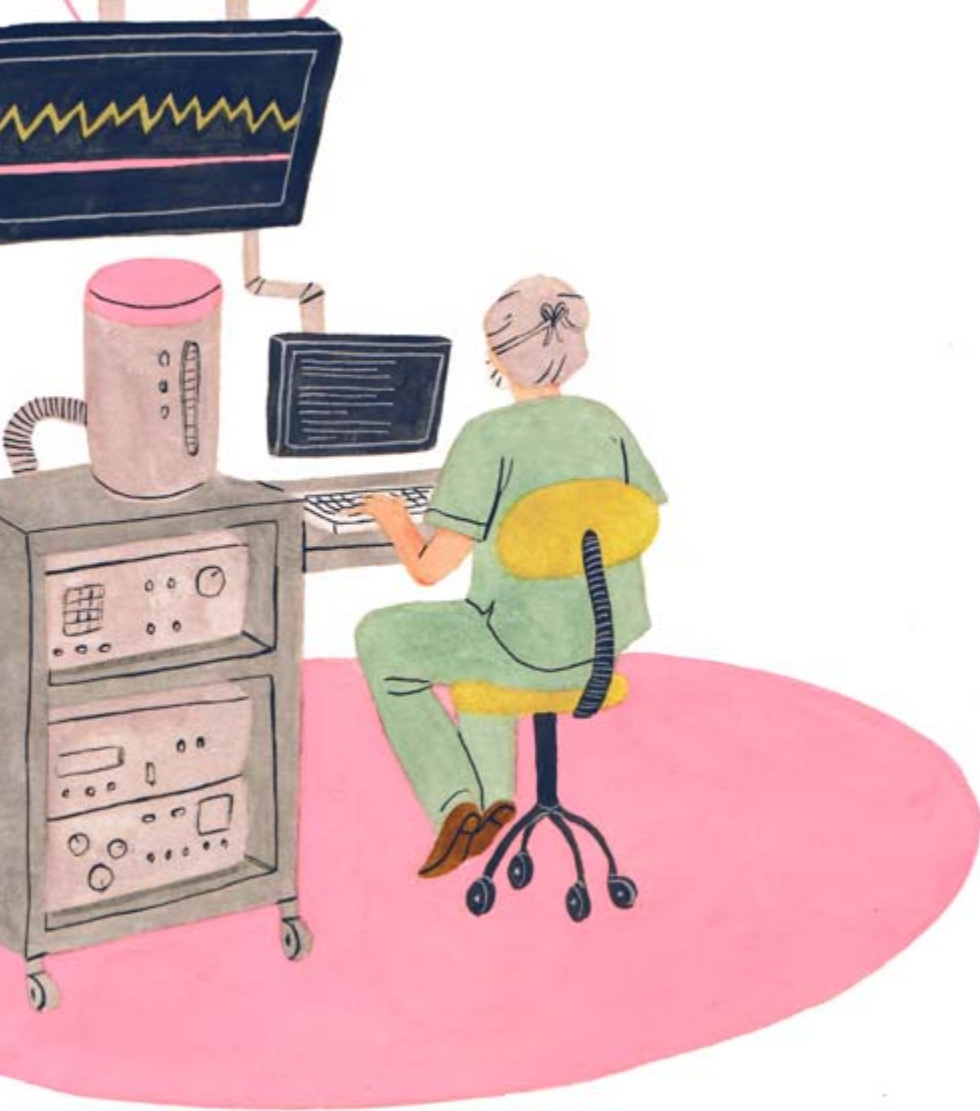
ta, mutta tehokasta palvelua, mistä on tullut meille suomalaisille jo itsestäänselvyys.

Postiluukusta on turha odottaa enää edes Kelan päätöstä, ellei suorakorvausmenetellyllä saatua korvausta ole hylätty kokonaan tai osittain. Jos jokin asia jää vaivaamaan, omat sairaanhoitokorvauksensa voi käydä tarkistamassa verkossa Kelan asiointipalvelussa, kela.fi/asiointi. Viime vuonna tietoja käytiin katsomassa verkossa 35 000 kertaa.

Sairaanhoitokorvaukset ovat saajamäärältään Kelan suurin etuusryhmä. Korvauksia

Apteekista se alkoi

- ▶ Lääkeostojen suorakorvaus tuli voimaan apteekkeissa vuonna 1970.
- ▶ Nyt runkosopimuksia on tehty Suomen Lääkäriliiton, Lääkäripalveluyritykset ry:n, Suomen Hammaslääkäriliiton, Erikoishammasteknikkoliiton, Suomen Fysioterapeuttien, Suomen Sairaanhoitajaliiton, Suomen Suuhygienistiliiton sekä kuljetuspalvelujen tuottajien etujärjestön kanssa.
- ▶ Etujärjestöön kuulumaton palveluntuottaja voi tehdä erillisen sopimuksen suorakorvausmenettelystä Kelan vakuutuspiirin kanssa.



Kela- korvaukset leikkaus- pöydällä

Kela-korvausjärjestelmä muuttuu selkeämmäksi, jos ehdotus euromääräisiin korvauksiin siirtymisestä etenee. Ensin kuitenkin etsitään 20 miljoonan euron säästöjä yksityisen hoidon korvauksista.

TEKSTI Hanna Moilanen KUVITUS Riikka Sormunen KUVA Wilma Hurskainen





Jos Kelan aloite saa päättäjien siunauksen, yksityisen hoidon Kela-korvaukset muuttuvat tulevaisuudessa yksinkertaisemmiksi.

Sairaanhoitovakuutuksen kehittämisyöryhmä esitti jo vuonna 2007 siirtymistä euromääräiseen korvausmenettelyyn. Esiityksen tavoitteena on saada eri toimenpiteille ennalta vahvistettu kiinteä korvaussumma nykyisen korvausprosentteihin perustuvan järjestelmän tilalle. Nyt ehdotus on etenemässä poliittiseen harkintaan.

”Korvausten laskenta on nykyisin hurjan monimutkaista. Kukaan ei oikein ymmärrä sitä”, myöntää Kelan etuusjohtaja **Elise Kivimäki**.

Esimerkiksi lääkärinpalkkioissa asiakkaalle korvataan 60 % ennalta määritellystä taksasta. Käytännössä taksa on 27 euroa, josta 60 % tarkoittaa 16,20 euron korvausta. Lääkärin todellinen palkkio voi kuitenkin olla 65 euroa, jolloin asiakkaan maksettavaksi jää 48,80 euroa ja lisäksi mahdolliset toimistokulut.

Tutkimuksessa ja hoidossa korvaus on enintään 75 % vahvistetun korvaustaksan määrästä 13,46 euron omavastuun ylittävältä osalta.

”Korvaustaksat on määritelty julkisen sektorin tehokkaimpien tuottajien tuotantokustannusten pohjalta”, Kivimäki perustelee.

Euromääräisessä järjestelmässä on tarkoitus kuvata selkeästi, millaisen summan Kela korvaa lääkärinpalkkiosta. Jos Kela-korvaus on esimerkiksi 20 euroa, asiakkaan maksettavaksi jää hoidon hinnat ja korvaussumman erotus.

”Uudistus voidaan toteuttaa niin, ettei se vaikuta korvaustasoon”, Kivimäki selvittää.

”Olisi myös hienoa, jos uudistuksen voisi sijoittaa indeksiin tai vähintään sitoutua tarkistamaan sen tasoa määräajoin. Tosin tämä tuskin on poliittisesti mahdollista, kun joudutaan etsimään säästöjä valtiontalouteen.”

Yksityisen hoidon Kela-korvauksia ei ole korotettu yli 20 vuoden hammaslääkärin palkkioita lukuun ottamatta. Korvausten noston on epäilty valuvan suoraan terveystalouden hintoihin, jolloin asiakas ei hyödy korotuksesta.

”Tähän tarvittaisiin mekanismi, joka estää hintojen nousun korvausten mahdollisten korotusten jälkeen.”

Kulut pienemmiksi juustohöylällä

Kataisen hallitus päätti keväällä budjetin kehysriihessä, että yksityisen sairaanhoidon Kela-korvauksia leikataan 20 miljoonaa euroa vuositasolla. Tuen leikkaus tarkoittaa käytännössä yksityisen palvelun hinnan nousua kuluttajalle.

Leikkaus on suunniteltu kohdistettavaksi tutkimuksen ja hoidon korvauksiin. Tämä tarkoittaisi esimerkiksi laboratoriotutkimuksia, röntgen- ja magneettikuvauksia ja erilaisia hoitoja. Budjetin pienennys ei näillä näkymin kohdistu lääkärin tai hammaslääkärin palkkioihin.

”Teemme Kelassa laskelman ministeriölle, joka tekee oman esityksensä leikkauksen kohdentamisesta todennäköisesti kesän jälkeen”, Kivimäki kertoo.

Joitakin pienempiä korvauksia saatetaan poistaa kokonaan. Esimerkiksi laboratoriotutkimusten korvaukset ovat jo nyt pienet, koska koneellinen analyysi on tuotantokustannuksiltaan edullinen.

”Joudumme puuttumaan myös kalliimpiin kuvauksiin ja hoitoihin. Esimerkiksi magneettikuvaukset ja hedelmöityshoidot ovat sieltä kalleimmasta päästä.”

Säästö on tarkoitus nipistää kokoon alentamalla useamman toimenpiteen korvaustasoa. Käytännössä 20 miljoonaa euroa on noin kolmasosa yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvauksista (76,3 miljoonaa euroa vuonna 2011).

Yksityisten terveystalouden tuottajat pitävät leikkausta valitettavana. Myös leikkauksen kohdentuminen huolettaa. Asiakkaiden pelätään siirtyvän julkisen palvelun käyttäjiksi.

”Asiakassiiirtymillä on myös liitännäisvaikutuksia, kun jonot kasvavat ja hoidon saanti viivästyy julkisella puolella”, kuvaa ylilääkäri **Juha Tuominen** Terveystalosta.

Yksityisen palvelun hinta nousee.

Sairaanhoitokorvaukset pähkinänkuoressa

- ▶ Vuonna 2011 Kela maksoi sairaanhoitokorvauksia 4,2 miljoonalle henkilölle eli 78,1 %:lle väestöstä.
- ▶ Korvauksia maksettiin yhteensä 1 811 miljoonaa euroa.
- ▶ Miehistä niitä sai 74 % ja naisista 83 %.
- ▶ Sairaanhoitokorvauksia maksetaan esimerkiksi lääkekustannuksista, lääkärinpalkkioista, hammashoidosta ja matkakuluista.
- ▶ Korvauksista 70,3 % menee lääkekorvauksiin. Matkakulujen osuus on 14,4 %. Lääkärinpalkkioihin kuluu 4,2 % sekä tutkimus- ja hoitokustannuksiin 4,1 % kokonaissummasta.
- ▶ Viime vuonna Kela maksoi korvausta yksityislääkäriissäkäyneistä kaikkiaan 73,8 miljoonaa euroa. Yksityisten tutkimus- ja hoitokustannusten korvauksiin kului 76,3 miljoonaa euroa.



Kelan tutkija Ulla Tuominen (vas.) ja etuusjohtaja Elise Kivimäki toivovat lisää läpinäkyvyyttä yksityisten sairaanhoitopalvelujen hinnoitteluun.

”Suurin ongelma on ihmisten valinnanvapauteen puuttuminen. Tässä puhutaan leikkauksesta kansalaisoikeuteen valita oma lääkäri ja saada nopeasti hoitoa. Sairauskuluvaluuttusten ottaminen todennäköisesti lisääntyy jonkin verran”, arvioi Mehiläisen toimitusjohtaja **Matti Bergendahl**.

”Meille Kela-korvauksilla ei ole niin suurta merkitystä. Fysioterapeuteille se on kuitenkin tärkeä asia, koska kyse on yleensä pienistä 1–4 hengen yhtiöistä. Myös röntgen- ja magneettitutkimuksissa korvausten merkitys on kohtuullinen”, pohtii toimitusjohtaja **Mikko Wiren** Pihlajalinnasta.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan kuluttajat eivät vähennä terveyspalvelujen käyttöä samassa suhteessa kuin hinta nousee. Osa pieni- ja keskituloisista asiakkaista saattaa kuitenkin siirtyä julkisen palvelun käyttäjiksi. Tutkimuksen perusteella niukalla Kela-korvauksella ei ole kovin suurta merkitystä suurituloisille.

Kelan Terveysturvan tutkimuksen päällikön **Hennamari Mikolan** mukaan suunniteltu 20 miljoonan euron leikkaus ei aiheuta suuria muutoksia kunnille.

”Leikkaus tuntuu lähinnä yksityisiä palveluja käyttävien kuluttajien kukkarossa.”

Kokonaisuuden arviointi tärkeää

Hoitokulut ja lääkärinpalkkiot ovat vain pieni osa sairaanhoidon Kela-korvausten 1,8 miljardin euron kokonaispotista. Suurin osa eli noin 70 % menee lääkekorvauksiin. Matkakuluihin käytetään vajaat 15 %. Tutkimuksen ja hoidon vuosiosuus on reilut 70 miljoonaa euroa.

”Ymmärrän valtion ja kuntatalouden kannalta, että säästöjä täytyy hakea. Mutta nyt pitäisi miettiä vaikuttavuutta ja analysoida, miten kokonaisuutta tulisi kehittää”, Bergendahl sanoo.

”Olisiko viisaampaa tukea enemmän hoitoa lääkekorvausten ja taksimatkojen sijaan, jolloin julkiselle sektorille jäisi enemmän resursseja omien potilaidensa hoitamiseen?” Tuominen ehdottaa.

Bergendahlin mukaan yksityisten lääkäriissäkäyntien ja hoidon Kela-korvausjärjestelmä on vaikuttava ja tehokas yhteiskunnan kannalta, koska ihmiset sen ansiosta maksavat itse merkittävän osan hoidostaan.

”Palvelua käytetään yllättävänkin tasaisesti. Tämä ei ole eliitin harvinaista herkkua.”

Esimerkiksi vuonna 2011 miehistä 74 % ja 83 % naisista sai Kelan sairaanhoitokorvauksia jossain muodossa. Tosin näihin lukuihin sisältyvät myös lääkekorvausten saajat.

Yksityiset toimijat ovat myös huolissaan korvaustasosta, joka heidän mielestään ei seuraa yleistä hintakehitystä.

Hinnat vertailuun

Kelan verkkosivuilla voi vertailla, kuinka suuria palkkioita eri kunnissa keskimäärin maksetaan yksityisistä sairaanhoitopalveluista. Uuden palvelun tavoite on lisätä terveyspalvelujen hinnoittelun läpinäkyvyyttä ja antaa kuluttajille mahdollisuus hintojen tarkasteluun.

”Hintavertailu on luotu Kelan rekisteritietojen pohjalta. Jatkossa hintatiedot päivitetään palveluun vuosittain”, kertoo tutkija **Ulla Tuominen** Kelan tutkimusosastolta.

Palveluun on koottu lääkäripalvelujen sekä röntgen- ja laboratoriotutkimusten keskimääräiset hinnat. Tietoa voi hakea kunnan ja sairaanhoitopiiriin tarkkuudella tai etsiä koko maan keskiarvoja.

Esimerkiksi polven röntgentutkimuksesta maksettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin alueella keskimäärin 84 euroa ja Etelä-Pohjanmaalla 69 euroa.

Yksittäisten palveluntuottajien hintoja ei kuitenkaan ole mahdollista verrata keskenään. Käytännössä palvelusta voi katsoa oman paikkakunnan keskihinnan ja verrata siihen palveluntuottajien taksoja.

”Uusi palvelu on suunnattu niin yksityishenkilöille, medialle kuin tutkijoillekin. Otamme myös mielellämme parannusehdotuksia vastaan”, Tuominen summaa.

Tutustu palveluun: www.kela.fi/hintavertailu

”Korvaukset ovat tärkeitä, mutta nyt niiden merkitys kuluttajalle on koko ajan pienempi”, muistuttaa viestintäjohtaja **Esko Heikkinen** Diacorista.

Euromääräiseen korvaukseen siirtyminen saa palvelun tuottajilta varovaista kiitosta. Myös suorakorvausjärjestelmää pidetään toimivana. Korvausjärjestelmän sisäisiä epäkohtia ei nosteta juurikaan esille korvaustaksojen tasoa lukuun ottamatta.

”Yksi epäkohta on se, että julkisen ja yksityisen sektorin hybridimalleja ei kohdella järjestelmässä tasa-arvoisesti muiden toimijoiden kanssa. Esimerkiksi sairaanhoitopiirin pääasiassa omistamassa yksityisessä sairaalassa potilas ei saa Kela-korvauksia, jotka hän toisessa paikassa saa. Käytäntö saisi olla sama kaikille yksityisille toimijoille”, Wiren perää.

”Jos julkinen toimija tulee verovapaasti rakennetuilla toimintaympäristöillä markkinoille, tilanne on todella outo. Missään tapauksessa sellaiselle toimijalle ei saa antaa Kela-korvauksia”, Tuominen pamauttaa vastalauseen. ■

LÄHETTEEN PERUSTEELLA TEHTÄVÄN PAPA-KOKEEN HINNAT*

Palvelun tarjoaja	Papa-kokeen hinta	Kela-korvaus	Asiakkaan maksama hinta
DIACOR	41,00	4,90	36,10
MEHILÄINEN	50,80	4,90	45,90
TERVEYSTALO, MIKKELI	39,50–43,00	4,90	34,60–38,10
LÄÄKÄRIKESKUS AAVA	52,40	4,90	47,50
LÄÄKÄRIKESKUS DEXTRA	38,10	4,90	33,20
PIHLAJALINNA, TAMPERE	32,00	4,90	27,10

* Hinta ei sisällä lähetteen hankkimisesta mahdollisesti koituvia kuluja.

Huomioita:

- Hintatiedot löytyvät sujuvasti vain Diacorin ja Pihlajalinnan nettisivuilta.
- Kysyttäessä Papa-kokeen hintaa ajanvarausnumerosta vain Pihlajalinnassa osattiin vastata suoraan. Muissa puhelu yhdistettiin eteenpäin.
- Hintatiedon antaja osasi kertoa Kela-korvauksen määrän vain Lääkärikeskus Dextrassa ja Pihlajalinnassa.
- Kelan hintavertailun mukaan keskimääräinen Papa-kokeen hinta koko maassa on 42 euroa. Terveyspalveluketjuilla hinnat voivat vaihdella eri puolilla maata. Edullisin vertailuista yrityksistä on Pihlajalinna ja kallein Lääkärikeskus Aava.

Papa-kokeen eli gynekologisen irtosolututkimuksen Kela-korvaus lasketaan seuraavasti:

Kelan korvaustaksa: 20 euroa.

Omavastuuosuus: 13,46 euroa -> erotukseksi jää 6,54 euroa.

Korvaus on 75 % erotuksesta eli 4,90 euroa.

Hampaat kuntoon kerralla ja edullisesti

Yksityinen hammaslääkäriasema Megaklinikka Oy Helsingissä on murtautunut alan hinnat ja toimintatavat. Hampaat saa korjattua lähes yhtä halvalla kuin kunnallisella puolella eikä jonottaa tarvitse.

Idean takana on Megaklinikan hallituksen puheenjohtaja, hammaslääkäri **Heikki Pilvinen**.

1 MIKSI MEGAKLINIKKA PERUSTETTIIN?

”Perustimme Megaklinikan osoittaaksemme, että 300 vuotta koskemattomana säilynyttä terveydenhuollon palveluiden toimintakettua voidaan rationalisoida ja ohjata. Näin syntyvät kustannussäästöt siirtyvät alentamaan asiakaskustannuksia.

Koko Eurooppa kärsii terveydenhoidon tehottomuudesta, joka ei siis johdu lääkintähenkilökunnasta itsestään, vaan onnettomasti organisoiduista hoitoprosesseista.”

2 MIHIN TOIMINTAMALLI PERUSTUU?

”Teollisuudesta tuttuun tuotannonohjaukseen ja toiminnan optimointiin riittävän suuressa toimintayksikössä. Klinikka on vähentänyt tyhjäkäyntiä. Joustavuudesta ja tehokkuudesta hyötyy asiakas. Hän maksaa vain yhden varausmaksun useastakin kerralla tehdystä toimenpiteestä. Tässä säästyy myös aikaa.

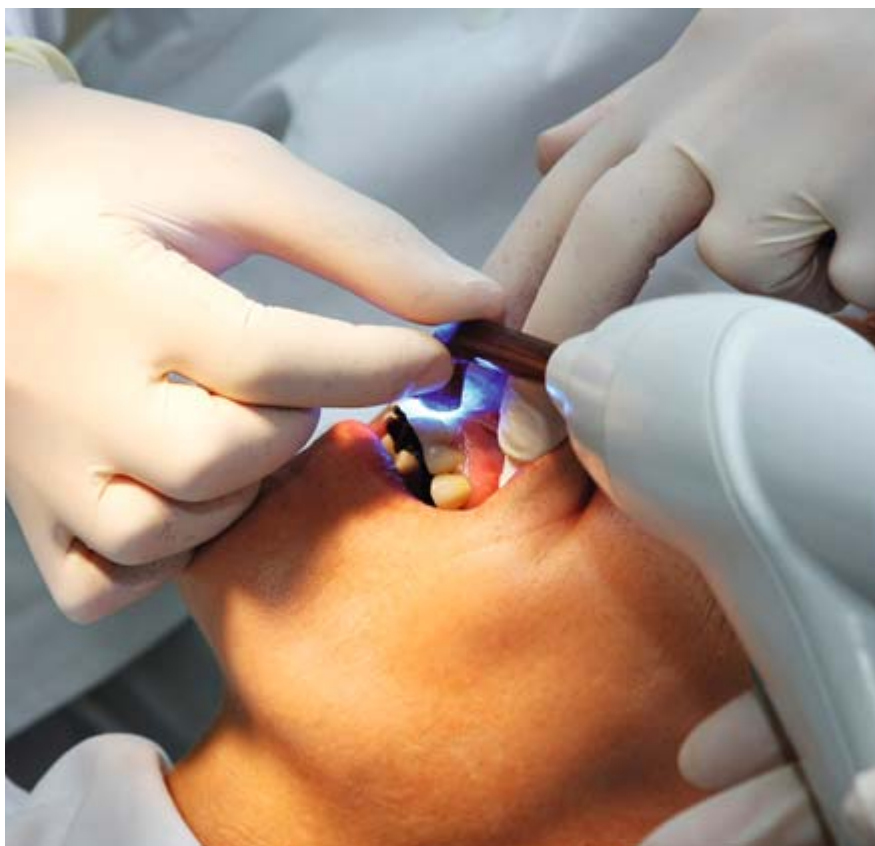
Myös perinteinen ajanantomalli on täysin muutettu. Yleensä asiakas jonottaa saadakseen varattua ajan itselleen, Megaklinikalla hän voi varata verkosta ajan vaikka aamukolmelta.

Asiakas voi varata hoidon alkamisajan tasatunnein ja pääsee vastaanotolle haluamansa tunnin sisällä. Klinikka ilmoittaa tekstiviestillä puoli tuntia ennen tarakan ajan.”

3 MITÄ ETUJA ON YKSITYISEEN TAI JULKISEEN HAMMASHOITON VERRATTUNA?

”Asiakas saa välitöntä palvelua terveyskeskuksen hinnoin sekä perushammashoitoa yhdellä hoitokäynnillä usean hoitajakson sijasta. Meillä ei ole totuttu laskemaan hintaa tai kustannusta sille, että asiakas siirtyy palveluntuottajan tiloihin saamaan toivomaansa palvelua ja tehottomuudesta aiheutuville jatkokäynneille. Tämä kustannus voi itse asiassa olla merkittävästi suurempi kuin asiakkaalta peritty maksu.

Työterveyshuollossa veloitetaan työnantajaa lääkärinpalkkiosta, esimerkiksi



70 euroa, mutta henkilön todellinen kustannus työpaikalta hoitoon hakeutumiseen ja työhön paluuseen on työnantajalle noin 200 euroa.

Hammaslääkäreille konseptimme merkitsee kiireetöntä ja mielekästä työskentelyä, koska ei ole tarvetta työskennellä koko ajan kelloa vastaan: aloitetut hoidot sekä asiakkaan koko hoidon tarve voidaan keskeyttämättä saattaa loppuun kunkin omaan hoitotahtiin. Aloitetuilla hoitoprosesseillaan ei ole takarajaa hoitovuon joutaessa aina asiakkaiden tarpeiden mukaan.”

4 SAAKO TARKASTUKSESTA JA TOIMENPITEESTÄ SUORAKORVAUKSEN?

”Kyllä saa, asiakas maksaa vain omavastuusuuden.”

5 MITEN KAHDEN TOIMINTAVUODEN AIKANA ON SUJUNUT?

”Viikoittainen kävijämäärä on tasaisesti noussut ja on nyt 800. Kotisivuillamme uusien kävijöiden määrä, nyt noin 6 000, on myös jatkuvassa kasvussa. ■

Riitta Ekholm

YKSITYISTEN HAMMASLÄÄKÄRIPALVELUJEN HINNOITTELU

Eräistä toimenpiteistä perityt keskimääräiset maksut vuonna 2011 verrattuna Megaklinikan ilmoittamiin hintoihin, euroa/toimenpide

	<i>koko maa keskimäärin</i>	<i>Megaklinikan ilmoittama hinta</i>
SAA02 SUUN PERUSTUTKIMUS	55 e	43,70 e
SFA10 YHDEN PINNAN PAIKKA*	60 e	46,70 e
SFA20 KAHDEN PINNAN PAIKKA*	100 e	74,20 e

* peruspaikkauksia

Lähde: www.kela.fi/hintavertailu



Kestävätkö julkiset palvelut muutoksen?

Kehysriihen sanelemat leikkaukset lääkärinpalkkioiden ja tutkimusten Kela-korvauksiin odottavat vielä kohdentamistaan. Sosiaali- ja terveysministeriössä mietitään kiivaasti, mistä niitä senttejä oikein otetaan. ”Ilman lommoja ei tämän talon budjetista koskaan lohkaista”, toteaa ministeri Paula Risikko.

TEKSTI Marita Kokko KUVAT Juuso Noronkoski, Outi Rantala

Vaikka sosiaali- ja terveysministeriö sai heittää jo hallitusneuvotteluissa säästöpottiin 113 miljoonan euron lääkekorvauskustannukset ja matkakustannukset vielä päälle, tuli sairausvakuutukseen kohdistuvia leikkauksia 20 miljoonaa euroa lisää kehysriihessä. Kaikkien pitää osallistua talkoisiin.

Leikkauksien rakenteella on merkitystä perusterveydenhuollon kykyyn vastata haasteeseen.

”Pitää vain pyrkiä mahdollisimman pieniin ja myöhemmin korjattaviin lommoihin”, korostaa sosiaali- ja terveysministeri **Paula Risikko**.

Kun sosiaali- ja terveysmenot leikataan, ne palautuvat harvoin takaisin.

”Mutta toivoa on pidettävä yllä. Ja vaikka toivo hiipuu, aina on tilaa pienille ihmisille, kuten syöpäjärjestöjen sloganissa sanotaan. Yritän pitää yllä uskoa tuohon ajatukseen.”

Leikkaukset ovat nostaneet jälleen pinnalle ehdotuksen Kela-korvauksiin käytettävien varojen siirtämisestä kokonaan kuntien valtionosuuksiin.

”En kannata sitä. Jos rahat nyt siirrettiisiin valtionosuuksiin, meidän julkinen sektorimme ei pystyisi hoitamaan sitä potilasmäärää, joka yksityiseltä sektorilta siirtyisi julkisen terveydenhuollon piiriin. Sepä vas-

ta eriarvoistaisikin järjestelmää. Leikkaustenkin osalta täytyy vain toivoa, että julkisen sektorin resurssit riittävät kantamaan muutoksen seuraukset”, Risikko toteaa.

Ne tärkeät korvaukset

Kela-korvaukset yksityisten palvelujen käytöstä ovat pieniä verrattuna nykyisiin kustannuksiin, mutta niitä hyödynnetään ahkerasti.

”Pienuudestaan huolimatta korvaukset ovat ihmisille todella tärkeä potti tilanteissa, joissa julkisen sektorin palveluita ei ole edes tarjolla. Meillä ei ole julkisella puolella riittävästi esimerkiksi silmälääkäri-, gynekologi- tai hammaslääkäripalveluja.”

Perheet ottavat nykyisin vakuutuksia sadakseen sairastuneen lapsen nopeasti hoitoon lastenlääkärille. Vanhemmat ovat hä-

Puhtaalta pöydältä

Sosiaali- ja terveysministeriö asettama työryhmä selvittää parhaillaan, kuinka vähentää sairausvakuutuksen lääkekorvausmenoja 113 miljoonalla eurolla vuosittain. Uusin eväin tulisi aloittaa jo vuonna 2013.

Säästötoivon saavuttamiseksi työryhmä ehdottaa väliraportissaan, että lääkkeestä potilaalle maksettavaa peruskorvausta alennettaisiin 42 %:sta 35 %:iin ja alempaa erityiskorvausta alennettaisiin 72 %:sta 65 %:iin. Ylemmän erityiskorvausluokan korvaustaso pysyisi ennallaan.

Työryhmä on huomionut erityisesti sairaimmat henkilöt ja ehdottaa vuotuisen omavastuukaton laskemista noin 50 eurolla.

”Lääkekulut kasvavat leikkausten jälkeen keskimäärin yhdeksän euroa per lääkärin käyttäjä, mutta keskimääräisyys ei

sano vielä mitään. Olen tyytyväinen, että saimme alennuksen lääkekattoon, jolloin paljon lääkkeitä käyttävät tavoittavat nopeammin omavastuukaton”, toteaa sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko.

Työryhmä jatkaa kokonaisuudistuksen kimpussa. Tavoitteena on järjestelmä, joka ottaa huomioon juuri paljon lääkkeitä käyttävät sekä varmistaa, että ne, joilla on vähemmän rahaa, pystyvät kuitenkin läkehoidonsa hankkimaan.

Suomen perusmalli on sosiaali- ja terveysministerin mukaan hyvä, mutta työryhmällä on lupa lähteä puhtaalta pöydältä. ”Jos sillä on hyvä malli järjestelmän muuttamiseen, se muutetaan.”



Sosiaali- ja terveysministeri kävi toukokuussa Kelan Seinäjoen toimistossa tutustumassa valtakunnalliseen Kyky-hankkeeseen. Ministeri Paula Risikon toivottivat halauksin tervetulleeksi työkykyneuvonnan lähiesimies Kaija Myllykangas (vas.) ja Etelä-Pohjanmaan vakuutuspiirin johtaja Liisa Ojala.

tääntyneitä ja haluavat nopean ja osaavan avun, jotta monelta käynniltä ja hoitoviipeeltä välttyttäisiin.

”Julkiselta puolella saattaa kestää kauan, ennen kuin lähete erikoislääkärille saadaan. Joskus myös nopeus ratkaisee lopputuloksen”, ministeri huomauttaa.

Nousuvauhtiin hillintää

Risikolla on selvä kanta julkisen ja yksityisen terveydenhoidon yhteispeliin. Kokonaishallinnan tulee pysyä julkisella puo-

lella, mutta sitä pitää täydentää yksityisen sektorin palveluin.

”Meillä yksityinen puoli tuottaa nykyisin 25 % palveluista ja sen osuus on arvioitiin mukaan suurin piirtein sama myös tulevaisuudessa.”

Jo nyt noin 80 %:ssa kunnistamme terveyskeskuslääkärille on odotettava kaksi viikkoa. ”Jos perusterveydenhuollon rautuminen jatkuu, palvelutarpeet siirtyvät väkisin nykyistä enemmän yksityisten yleislääkäreiden puolelle.”

Kela tuo palvelut asiakkaan lähelle

Kelan Kyky-hanke on kehittänyt uudenlaisia palvelukäytäntöjä, joihin sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko tutustui Etelä-Pohjanmaan vakuutuspiirin toimistossa.

”Työkyvyttömyyseläkkeiden määrän vähentämiseksi on luotava uusia toimintamalleja. Sosiaaliturva on kuin tilkkutäkki. Olen silti syyperusteisen sosiaaliturvan kannalla, koska se taipuu eri tilanteisiin.”

Risikko toivoo, että Kelan uusissa toimintamuodoissa luodaan edellytykset myös vaikutusten arviointiin.

Tammikuussa Kelassa aloitti 54 työkykyneuvojaa, joiden asiakkaat poimitaan Kelan sairauspäivärahaa saavien joukosta. Työkykyneuvoja ottaa heihin yhteyttä ja kartoittaa avuntarpeen. Yksilöllisesti toteutetun palvelun ansiosta asiakas voi kuntoutua jopa työkykyiseksi. Vaikka lopputuloksena olisi eläkkeelle siirtyminen, asiakas

on saavuttanut parhaan mahdollisen toimintakyvyn.

Kyky-2-pilottihankkeessa Kela-neuvoja varmistaa, että sairas lapsi ja hänen perheensä sekä vammaisen henkilö saavat kaikki etuudet ja palvelut oikea-aikaisesti. Hänelle asiakkaat tulevat usein yhteistyötahojen, erityisneuvolan tai sairaalan sosiaaliohjeiden ja kuntoutusohjaajan lähetäminä.

Etelä-Pohjanmaan vakuutuspiirin johtaja **Liisa Ojala** on iloinen asiakaslähtöisyyden kehittymisestä Kelassa.

”Asiakkaat ovat kiitollisia. Yhteistyökumppanit ja ministeri Risikko näkevät, että Kelan syvennetyille palveluille on tarvetta. Toivottavasti toimintaan voidaan satsata riittävästi, jotta vaikuttavuutta saadaan aikaan.”

Outi Rantala

Ministeri haluaa terveydenhuollolle vahvemmat hartiats. Terveydenhuollon ja sairaanhoidon kustannukset pysyvät kurissa vain kohdentamalla sijoituksia perusterveydenhuoltoon.

”Emme koskaan saa kustannuksia alemmas, koska väestö ikääntyy, lääkkeitä ja muut hoidot kallistuvat ja hoitopalveluja tarvitaan entistä enemmän. Voimme hillitä ainoastaan kustannusnousun vauhtia. Ja siksi perusterveydenhuoltoon tarvitaan vahvistusta.”

Pömpelistä kumipyörille

Ministerin tavoitteena on kuitenkin keskittää vain hallintoa, ei hoitoa. Perusterveydenhuolto tarvitsee yksiköitä, joissa on monenlaista osaamista. Lisäksi lähipalvelut tulee säilyttää.

”Ei terveyskeskuksen kuitenkaan tarvitse olla ainoastaan pömpeli, vaan se voi toimia myös autoklinikkana. Esimerkiksi Keminmaalla ja Etelä-Karjalassa kiertää jo sellainen.”

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja voidaan ministerin mielestä myös kilpailuttaa, ainakin jonkin verran. Kansalaisten hintatietoisuutta on helppo parantaa kertomalla eri palveluntarjoajien hinnat esimerkiksi nettissä.

”Kelalle kiitos siitä, että se on kirjannut palveluntuottajien hintoja nettiin näkyville. Kannustan palvelujen tarjoajia julkistamaan hintojaan, sillä vain silloin ihmisillä on aito mahdollisuus vertailuun.”

Hoitopaikan valintaan vaikuttavat myös henkilökunnan osaaminen ja palvelukyky.

”Ihminen haluaa, että hänet kohdataan kokonaisuutena ihmisenä, eikä kipeänä varpaana. Ihminen tarvitsee huomiota ja kannustusta omaan hoitoonsa.”

Yhteen putiikkiin

Risikon hyvinvointi-Suomi tarvitsee vahvemmat kunnat ja tukevamman kantokyvyn maamme palvelutarvetaakalle.

”Toivottavasti näen ajan, jolloin perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito ovat yhtä organisaatiota. Nyt kahden organisaation järjestelmässä väliinpuotoajaksi jää potilasrukka, joka kärsii palveluketjun katkokista.”

Eriarvoistumisen katkaisuu on ratkaisu vahvassa terveydenhuollon ja sosiaaliohjeen yhteistyössä. Vain moniammatillinen tiimi pystyy auttamaan ajoissa.

Mutta eriarvoistumisen taklaaminen ei ministerin mukaan ole pelkästään sosiaali- ja terveystoimen työkenttää. Tarvitaan työtä köyhyyttä vastaan, tarvitaan koulutusta. Ongelmat pitäisi ehkäistä ennalta, sillä sosiaali- ja terveystoimessa oireet ovat jo näkyvissä. ■



Ruotsia seuraten...

Sairauspoissaolon ensimmäinen päivä palkattomaksi?

LAURI MÄKINEN

Sosiaalipolitiikan laitos,
Turun yliopisto

VIIME VIIKKOINA JULKISUUDESSA on käyty keskustelua sairauspoissaolon ensimmäisen päivän muuttamisesta palkattomaksi. Useissa uutisartikkeleissa annettiin ymmärtää, että poissaolot ovat vähentyneet selvästi Ruotsissa sen otettua karenssipäivän käyttöön vuonna 2008.

Keskustelu on ollut monessa mielessä virheellistä. Karenssipäivä ei suinkaan tullut voimaan vuonna 2008, vaan jo 1990-luvun alussa. Mikäli sairauspoissaoloissa havaitaan laskua mainitun vuoden jälkeen, se ei voi johtua karenssipäivästä, vaan muista syistä. Ongelmaa on tarkastelluissa sairauspäivissäkin: jos halutaan tarkastella karenssipäivän vaikutusta, on huomio syytä kiinnittää lyhytaikaisiin eikä pidempiin poissaoloihin, joihin karenssipäivällä ei ole vaikutusta.

Katsottaessa Ruotsin sairauspoissaoloja pidemmällä ajanjaksolla havaitaan, että niissä on tapahtunut vaihtelua ja jonkin verran myös laskua viime vuosina. Keskimääräinen sairausaste (päivinä) on laskenut 15 päivästä vuonna 1992 seitsemään päivään 2010. (Försäkringskassan 2011). On siis totta, että sairauspoissaolot ovat puolittuneet viimeisten 20 vuoden aikana.

Karenssipäivä tuli ruotsalaiseen sairausvakuutusjärjestelmään kuitenkin jo huhnikuussa 1993. Jos haluamme tarkastella karenssipäivän vaikutusta, on aloitettava ajasta ennen sitä. Tähän antaa mahdollisuuden Svenskt Näringslivin keräämät tie-

dot lyhyistä sairauspoissaoloista (alle kuusi työpäivää) varsinaiseen työaikaan suhteutettuna.

Verrattaessa vuoden 1993 ensimmäistä kvartaalia, jolloin karenssipäivä ei ollut vielä voimassa, ja vuotta 2009 havaitaan, että lyhyet sairauspoissaolot ovat vähentyneet 30 %. Jos tarkastellaan 6–20 päivän poissaoloja vuodesta 1993 vuoteen 2009, havaitaan, että sairauspoissaolot ovat laskeneet 64 %:lla vajaan 20 vuoden aikana. Merkittävää vähenemistä on tapahtunut myös pidempien poissaolojen (<20 päivää) kohdalla: ne ovat laskeneet yli 44 %.

Voidaan siis todeta, että sairauspoissaolot ovat Ruotsissa vähentyneet kautta linjan, eivät ainoastaan lyhyet poissaolot, joihin karenssipäivällä voisi kuvitella olevan vaikutusta. Karenssipäivän tulon jälkeen lyhyet sairauspoissaolot ovat laskeneet, mutta mistään kausaalisuhteesta ei voida varmuudella puhua, sillä muutosten taustalla voi olla useampia syitä.

Eniten ovat vähentyneet pitkät poissaolot. Lyhyiden poissaolojen suhteellinen osuus on itse asiassa noussut: vuonna 1993 lyhyet sairauspoissaolot olivat 28,6 % kaikista poissaoloista, kun vuonna 2009 vastaava luku oli 42,5 %. Näin ollen karenssipäivällä ei ole ollut suurta vaikutusta lyhyiden poissaolojen määrään suhteessa kaikkiin poissaoloihin. Pidempien poissaolojen vähentyminen taas ei selity karenssipäivällä, vaan selittynevät etuuskien tasoon ja työelämään aktivointiin liittyvillä toimilla.

Entä Suomessa?

Mitä muutoksia malli toisi Suomeen? Karenssipäivää on perusteltu ainakin sillä, että niin sanotut maanantaipoissaolot voi-

sivat vähentyä. Tämä voi hyvinkin pitää paikkansa.

Karenssipäivän lanseeraamisen myötä sijaiskärsijöiksi joutuisivat kuitenkin oikeasti sairaat, jotka menettäisivät muutoksen myötä lakisääteisen oikeuden sairausajan toimeentuloon, palkkaan ensimmäiseltä sairauspäivältä. Erityisen huonoon asemaan karenssipäivä asettaisi pienituloiset työntekijät, joille yhden päivän palkan poisjääminen voi tehdä merkittävän loven lompakkoon.

Miinuspuolena on esitetty sairaana työskentelyä. Onkin mahdollista, että karenssipäivä kääntyisi itseään vastaan: sairaana töihin tulevat voivat tartuttaa muita ja sairauspoissaolot itse asiassa lisääntyä. Sairaana töihin tuleminen voi myös pahentaa sairautta entisestään ja aiheuttaa pidemmän sairauspoissaolon. Maanantaipoissaolojen vähentämiseksi olisi keksittävä muita keinoja.

Sairauspoissaolojen vertaaminen Suomen ja Ruotsin välillä ei voi yksistään perustua karenssipäivään, sillä maiden sairausvakuutusjärjestelmät eroavat monilta osin toisistaan. Ruotsissa esimerkiksi ei sairauden aikana makseta täyttä palkkaa toisin kuin Suomessa. Myös työelämään aktivoivien toimien kohdalla on suuria eroja. Sairauspoissaolojen väheneminen on monen asian summa. Mikäli poissaoloja halutaan vähentää, on fokus syytä kääntää pidempi-aikaisiin poissaoloihin ja ihmisten auttamiseen sairauslomalta takaisin työelämään. ■

Kirjoitus perustuu Turun yliopistossa meneillään olevaan Kelan rahoittamaan tutkimushankkeeseen sairausvakuutusjärjestelmien kansainvälisestä vertailusta.



Lääkekorvausten säästöt talkootyöllä

Säästötoimenpiteiden vaikutus jäisi kahdelle kolmasosalle lääkkeiden käyttäjistä noin kymmeneen euroon vuodessa.

Kelan näkökulmasta lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmän ehdottamat muutokset eivät aiheuta suuria toimenpiteitä. Työryhmän tehtävänä oli noin kolmessa kuukaudessa tehdä ehdotus 113 miljoonan euron lääkekorvaussäästöistä, ennen kuin se alkaisi pureutua syvemmin koko lääkekorvausjärjestelmän uudistamiseen. Ehdotus haluttiin tehdä si-

ten, ettei se ohjaisi tulevia uudistuksia.

”Vain prosentit ja vuotuinen omavastuuosuus muuttuvat, lääkekorvausjärjestelmä ei. Vuotuisen omavastuuosuuteen tulee joka vuosi muutenkin indeksitarkistus, eikä tämäkään aiheuta muutosta tietojärjestelmiin”, sanoo yliprovioisori **Päivi Kaikkonen**. Hän on yksi työryhmän neljästä sihteeristä.

”Haluttiin myös löytää ratkaisu, josta ei aiheutuisi suuria toimeenpanokustannuksia

kenellekään toimijalle. Työryhmän mielestä ei kannattanut tehdä tietojärjestelmiin valtavia muutoksia ihan vain tätä yhtä kyseistä säästötoimenpidettä varten.”

Kaikkosen mukaan Kela oli muiden työryhmän jäsenten kanssa samassa rintamassa siinä, mistä säästöjä haetaan. Jo varhaisessa vaiheessa kävi selväksi, että säästötaavoite ei toteutuisi vain yhdestä kohdasta leikkaamalla. Samaa mieltä oltiin myös



siitä, että kaikkien pitää osallistua talkoisiin. Niinpä ehdotuksessa maksajiksi päätyvät paitsi potilaat myös lääketeollisuus ja apteekit.

Monelle pieni muutos

Kelassa on luotu simulointimalli, jolla eri säästötoimenpiteiden vaikutuksia pyrittiin arvioimaan eri potilasryhmiin. Ehdotettu leikkaussuunnitelma oli tasapuolisin niis-

tä vaihtoehtoista, jotka oli mahdollista toteuttaa annettu aikataulu huomioon ottaen.

Ehdotettujen säästötoimenpiteiden vaikutus jäisi kahdelle kolmasosalle lääkkeiden käyttäjistä noin kymmeneen euroon vuodessa. Alle neljännekselle muutos olisi korkeintaan 30 euroa vuodessa. Muutos voi näissä laskelmissa tarkoittaa joko hyötyä tai haittaa.

”Suurimmalle osalle muutos on toki negatiivinen, mutta vuosiomavastuun alentamisen johdosta muutama prosentti lääkkeiden käyttäjistä myös hyötyy vähintään 30 euroa vuodessa. Vaikka säästöissä on kyse kokonaisuutena suuresta

summasta, suurimmalle osalle lääkkeiden käyttäjistä lisäkustannus on hyvin pieni.”

Vuotuisen omavastuusuuden alentamisen lisäksi potilaan eduksi koituu viitehintajärjestelmän ulkopuolisten lääkkeiden tukkuhintojen leikkaaminen viidellä prosentilla. Se hyödyttää suurta osaa lääkkeiden käyttäjistä. Korvattavista lääkepakkauksista noin puolet ei kuulu viitehintajärjestelmään.

Työryhmän tavoitteena oli, että pienituloisten lääkkeiden käyttö ei vaarantuisi. Kaikkosen mukaan nyt esitetty ratkaisu on paras, mikä voitiin saada aikaan.

”Säästötoimenpide on aina säästötoimenpide, ja on vaikea löytää sellaista toimenpidettä, joka ei kohdistuisi lainkaan köyhimpään väestöön. Tässä ajassa ei ollut mahdollista mennä syvemmälle eri tulotasojen väestötietoihin. Siinä vaadittaisiin jo vähän laajempaa tutkimusta.”

Läaketaksauudistus vaikuttaa

Eniten kritiikkiä valittua mallia kohtaan ovat esittäneet apteekkarit ja lääketeollisuus. Apteekkarien näkökulmasta ongelmaksi on nostettu, että hintojen leikkaaminen heikentäisi erityisesti niiden apteekkien toimintaedellytyksiä, joilla on paljon reseptilääkeasiakkaita. Usein kyse on haja-asutusalueiden maaseutuapteekeista.

Kaikkonen kuitenkin muistuttaa, että työn alla oleva läaketaksan uudistus vaikuttaa sekini apteekkien taloudellisiin toimintaedellytyksiin ja pyrkii turvaamaan niitä erityisesti syrjäseuduilla. Läaketaksa säätelee lääkkeiden vähimmäishinnat samoiksi kaikissa apteekeissa ja samalla määrittää apteekkien myyntikatetta.

Lääketeollisuus on puolestaan esittänyt, että viitehintajärjestelmän ulkopuolisten

lääkkeiden hinnanleikkauksella voisi olla vaikutuksia Suomen lääkevalikoimaan, erityisesti pienille kohderyhmille tarkoitettujen valmisteiden saatavuuteen.

Kritiikistä huolimatta Kaikkonen on tyytyväinen nyt valittuun malliin.

”Se on yksinkertainen, selkeä ymmärtää, tuttu lääkkeiden käyttäjille ja tasapuolisin moneltakin eri kannalta.”

”Valittu malli on yksinkertainen, selkeä ja tasapuolinen.”

Paljon on puhuttu siitä, että ensin olisi pitänyt tehdä kokonaisuudistus ja päättää säästöistä vasta sitten. Kaikkosen mukaan työryhmä oli tässä vähän kuin puun ja kuoren välissä.

”Valtiontaloutta koskevien säästöjen tiukasta aikataulusta johtuen

säästöt tuli miettiä ensin. Työryhmä olisi mieluummin käsitellyt säästöjä ja uudistusta yhtenä kokonaisuutena.”

Esitys sai huhtikuussa sosiaali- ja terveyspoliittisen ministerityöryhmän hyväksynnän. Hallituksen esitys pyritään antamaan eduskunnalle viimeistään syysistuntokauden alussa. Koko järjestelmän uusimista käsittelevän raportin on oltava valmis vuoden loppuun mennessä. ■

Jaana Tapio



”Lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmän tavoitteena on, ettei pienituloisten lääkkeiden käyttö vaarantuisi”, Päivi Kaikkonen sanoo.



Pitkien poissaolojen seuranta tehokkaammaksi

Sairausvakuutus- ja työterveyshuoltolakeja koskeva, ns. 30-60-90-lakimuutos astui voimaan kesäkuussa. Taustalla on toive vähentää työkyvyttömyyseläkkeitä ja pidentää työuria.

Kesäkuun alussa voimaan tulleilla sairausvakuutus- ja työterveyshuoltolakien muutoksilla tavoitellaan parempaa tiedonkulkua ja tiiviimpää yhteistyötä työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon välillä. Työnantajilla on nyt aiempaa enemmän velvollisuuksia puuttua työntekijöiden pitkittyviin työkyvyttömyysjaksoihin. Poissaolojen järjestelmällisen seurannan avulla ongelmat voidaan huomata, ja niihin voidaan puuttua ajoissa.

Päävastuu työterveyshuoltolain noudattamisesta ja työntekijän työkyvyn ylläpitämisestä on edelleen työnantajalla. Toiveena on, että työnantajat käyttäisivät työterveyshuollon asiantuntemusta nykyistä tehokkaammin.

Suomessa on paljon pieniä työpaikkoja, joissa poissaolojen seuranta on hoidettu puutteellisesti ja työterveyshuoltoa ei välttämättä ole lainkaan.

Varhaisen puuttumisen merkitys

Aiemmin tieto työntekijän suurista poissaolomääristä ei välttämättä edes kulkeutunut työterveyshuollolle. Nyt tieto välittyy varmemmin työnantajan ilmoitusvelvollisuuden kautta.

Varsinkin pienemmillä työpaikoilla koetaan joskus ongelmalliseksi puuttua työntekijän poissaoloihin. Kun pomo ja työntekijä ovat läheisissä väleissä, poissaolojen syiden utelu voidaan kokea yksityisyyden rikkomiseksi. Nyt kun poissaolojen seurannan vaatimus on kirjattu lakiin, työnanta-

jan on helpompi perustella kysymyksiään. Työnantajalla on velvollisuus lähteä selvittämään poissaoloja ja olla yhteydessä työterveyshuoltoon.

Lakimuutoksilla halutaan antaa välineitä reagoida ajoissa työntekijän tilanteeseen. Paljon sairasteleva työntekijä saattaa turhaan ajautua työkyvyttömyyseläkkeelle. Varhaisen puuttumisen ja tarkan tilanearvion ansiosta hänet voitaisiin kuitenkin todeta esimerkiksi osatyökykyiseksi. Tutkimuksin on todettu, että osasairauspäivärahan saajat ovat myös palanneet nopeammin työhön kuin täydellä sairauslomalla olevat.

Tärkeitä päiviä

Lakimuutosta on alettu kutsua 30-60-90-säännöksi oleellisten määräaikaisten mukaan.



Luentojen jälkeen työterveyshuoltolain muutoksista käytiin paneelikeskustelua.

Muutos pähkinänkuoressa

- › Työterveyshuollon, työnantajan ja työntekijän sekä muun terveydenhuollon yhteistyö tiivistyy.
- › Työnantajan on ilmoitettava työntekijän sairauspoissaolosta työterveyshuoltoon viimeistään silloin, kun poissaolo on jatkunut joko yhtäjaksoisesti tai lyhyemmissä jaksoissa kuukauden.
- › Työterveyshuolto laatii lausunnon työntekijän jäljellä olevasta työkyvystä ja mahdollisuuksista jatkaa työssä. Työntekijän on toimitettava lausunto Kelaan viimeistään silloin, kun sairauspäivärahaa on maksettu 90 päivältä.
- › Sairauspäivärahan ja osasairauspäivärahan hakuaika lyhenee kahteen kuukauteen.

Kela kouluttaa

Sairausvakuutus- ja työterveyshuoltolakien muutoksista on järjestetty koulutustilaisuuksia kevään aikana eri puolilla Suomea.

Salit ovat olleet täynnä, ja koulutuksiin on osallistunut pääasiassa työterveyshuollon parissa työskenteleviä. Kuulijoiden joukossa toivottiinkin, että Kela järjestäisi aiheesta nimenomaan työnantajien edustajille suunnatun koulutuksen. Ilman vahvaa yhteistyötä yritysten kanssa työterveyshuolto on voimaton käytäntöjen muuttamisessa.

Koulutustilaisuuksien päätteeksi pidettiin puhujapaneeli. Helsingin tilaisuudessa puheenaiheeksi nousivat muun muassa kuntoutusasiat, esimiehen valmiudet sekä työntekijän rooli ja oma aktiivisuus.

30-60-90-lakimuutoksen lisäksi koulutuksissa puhuttiin osatyökykyisistä ja osasairauspäivärahaa koskevista säädöksistä. Osasairauspäivärahan käyttö on lisääntynyt sen jälkeen, kun ehdot väljentyivät vuonna 2010. Etenkin tuki- ja liikuntaelinsairaat ja nuoret mielenterveyspotilaat voivat hyötyä osasairauspäivärahasta. Nähtäväksi jää, miten kesäkuun lakiuudistukset vaikuttavat osatyökykyisten määrään.

Koulutusmateriaalia sekä tietoa lakiuudistuksesta osoitteista: kela.fi/tapahtumat, kela.fi/tyoterveys, kela.fi/takaisintyohon, ttl.fi/gopaivaa

Jos työntekijän poissaolot nousevat yhteensä 30 päivään kalenterivuoden aikana, työnantajalla on velvollisuus ilmoittaa asiasta työterveyshuoltoon. Nämä 30 päivää voivat muodostua lyhyistäkin poissaoloista; myös 1–2 päivän poissaolot, joihin riittää työntekijän oma ilmoitus, laskeaan mukaan.

Jotta sairauspäivärahan maksaminen ei katkea, sitä pitää hakea 60 päivän eli kahden kuukauden kuluessa työkyvyttömyyden alkamisesta. Aiemmin vastaava aika oli neljä kuukautta. 60 päivän rajan toivotaan osaltaan nopeuttavan koko prosessia. Kela saa pitkittyvästä poissaolosta tiedon ajoissa ja kuntoutustarvearviointia ryhdytään tekemään.

90 päivää poissa – herätys!

Kun työntekijän poissaolo on jatkunut 90 päivän ajan, Kelaa varten tarvitaan lausunto työhönpaluun mahdollisuuksista. Lausunto tehdään yhdessä kolmikantaneuvottelussa työterveyshuollon ja työnantajan edustajien sekä työntekijän kesken. Työntekijän velvollisuus on toimittaa lausunto Kelaan ennen 90 poissaolopäivän täyttymistä.

Jos työterveyshuollon lausuntoa ei toimiteta määräajassa, sairauspäivärahan maksaminen keskeytyy poikkeustapauksia lukuun ottamatta. Lausunto kannattaakin laatia heti, kun on ilmeistä, että työkyvyttömyys pitkittyy.

90 päivän lasketaan täyttyvän myös siinä tapauksessa, että poissaolot ovat kertyneet lyhemmissä pätkissä kahden vuoden aikana.

Kolmikantakeskustelussa työterveyshuolto tehtävänä on arvioida työntekijän jäljellä oleva työkyky, ja henkilön mahdollisuudet jatkaa töissä selvitetään yhdessä. ■

Kati Särkelä

Tauolla puhuttua:



Työterveyslääkäri **Erno Teitti** Etelä-Savon työterveydestä piti koulutuksen antia hyvänä.

”Info osasairauspäivärahasta sopi hyvin mukaan. Joidenkin työnantajien suhtautuminen

osasairauspäivärahaan on nihkeää, nyttemmin olen tekemisissä siihen positiivisemmin suhtautuvien yritysten kanssa.”



Työterveyslääkäri **Tuu-likki Takki** Mehiläisestä peräänkuulutti hyvää tiedotusta työnantajille.

”Näihin tilaisuuksiin hakeutuvat ne, joilla asiat ovat jo hyvin järjestyksessä. Varsinkin pienten yritysten kohdalla on paljon haastetta saada hyvät käytännöt toimimaan.”



HR-asiantuntija **Jonna Stenberg** DB Schenkeristä nosti esiin työnantajan vastuun rinnalle työntekijän roolin. ”Meillä on hyviä kokemuksia kuntoutussuunnitelmista työhönpaluun tukena. Haasteena

ovat ne työntekijät, jotka eivät ole motivoituneet hoitamaan itseään. Heistä voi aiheutua työnantajalle kustannuksia pitkällä aikavälillä sen lisäksi, että syrjäytymisen riski kasvaa.”



Kela-asiointia sairausvakuutuslain voimaantulovuonna eli 3.9.1964 sairausvakuutustoimistossa Helsingin City-kujalla.

Jaakko Pajula in memoriam

Kelan pitkäaikainen pääjohtaja oli vastuunkantaja ja sosiaaliturvan uudistaja.

Jaakko Pajulan sosiaalipoliittinen ajattelu perustui koko kansaan ulottuvaan kansanvakuutukseen. Hänen mielestään kansanvakuutus lähtee siitä altruistisesta ajattelutavasta, että merkityksellisiä ovat ihminen ja hänen kehitystarpeensa sekä toisaalta yhteisö, joka ylläpitää ja toteuttaa yhteisvastuuta.

Pajulan mallina oli Ruotsin Riksför-säkringsverketin pääjohtajan **Rolf Brobergin** ajattelu, että ihminen on yksi holistinen, jakamaton kokonaisuus, jonka elämään kuuluvat riskit. Ihmisen sairastuttua, jouduttua työkyvyttömäksi tai työttömäksi tai vanhennuttua hänen sosiaaliturvansa pitäisi hoitua yhdessä laitoksessa eikä hajauttaa erillisiin laitoksiin. Kansanvakuu-

tuksen on turvattava aineellisten arvojen lisäksi ihmisen henkisten arvojen kehittämismahdollisuus.

Perusturvan on lähdeittävä Pajulan mielestä kodista ja perheestä sekä ihmisen suhteesta ympäristöön, sillä ihminen ei voi elää ilman tervettä ja luonnollista ympäristöä. Sosiaaliturva-, sosiaalivakuutus- ja kansanvakuutusjärjestelmiä tarkastellaan usein aivan liian teknisistä lähtökohdista, vaikka niiden taustana ovat arvokkaat periaatteet.

Yhtenä esimerkkinä Pajula mainitsee sairausvakuutusjärjestelmästä sairaanhoitovakuutuksen, johon sisältyy hänen mielestään hyvin tärkeä periaate: potilaan vapaus valita lääkärinsä. Jokaisella ihmisellä on oikeus päättää, kuka saa puuttua hänen fyysiseen

tai henkiseen koskemattomuuteensa. Siksi sairaanhoitovakuutusta on tarkasteltava myös yksilön vapauden näkökulmasta.

Sairausvakuutuslain isä

Vuoden 1961 Mäkelän pikakomitean jäsenenä Pajula valmisteli hallituksen sairausvakuutusesitystä ja oli eduskunnan sosiaalivaliokunnan sihteerinä 1962–63 lakiesitystä käsiteltäessä. Hän käytännöllisesti katsoen kirjoitti sairausvakuutuslain, ja häntä voidaankin syystä pitää Suomen sairausvakuutuslain isänä.

Pajula vaikutti suuresti siihen, että sairausvakuutus ulotettiin kansanvakuutuksena kaikkiin maassa asuviin ja että valiokuntakäsittelyssä sairausvakuutuslakiin otettiin

oman työn käsite. Omana työnä pidetään vakuutetun omassa tai perheenjäsenenä yrityksessä tai maatilataloudessa tehtyä työtä, itsenäistä tieteellistä työtä sekä päätoimista opiskelua oppilaitoksessa.

Kun valiokunnassa pohdittiin, kenelle sairaus- ja äitiyspäiväraha tulisi maksaa, todettiin, että jos päivärahaetuuden pohjana olisi vain palkka, olennainen osa tehdystä työstä olisi jäänyt päivärahaajärjestelmän ulkopuolelle. Oman työn käsitteellä Pajula halusi korostaa sairausvakuutuslain kansanvakuutusluonnetta.

Pajula vaikutti suuresti siihen, että Kela sai hoitaakseen sairausvakuutuksen, jonka ratkaisulta hajautettiin paikallisille sairausvakuutustoimikunnille. Näin Kelan hallinto uudistui ja eläke- ja sairausvakuutuksen kenttäorganisaatioiden yhdistyttyä myös eläkeasioiden ratkaisuoikeus delegoitiin myöhemmin keskushallinnosta paikallistoimintoihin. Kelan hallintouudistus ja atk-järjestelmä mahdollistivat uusien tehtävien vastaanoton.



JAAKKO PAJULA

Kansaneläkelaitoksen entinen pääjohtaja Jaakko Pajula syntyi 9.8.1928 Turun Maariassa ja kuoli 24.1.2012 kotitalallaan.

Opiskelemaan Pajula suuntasi Helsingin yliopiston oikeustieteelliseen tiedekuntaan, valmistui lainopin kandidaatiksi ja auskultoi varatuomariksi 1955. Lakitieteen lisensiaatin tutkinnon hän suoritti 1962 työn ohella; lisensiaatintutkimus käsitteli Kansaneläkelaitoksen hallintoa.

Pajulan ura Kelassa kesti lähes 40 vuotta: hän aloitti 1955 Kelan eläkeasiainosaston ylimääräisenä esittelijänä ja jäi eläkkeelle 1993 Kelan pääjohtajana. Näin Pajula rakensi koko uransa Kelassa ja nousi talon sisältä johtajaksi, sittemmin pääjohtajaksi.

Sairausvakuutusosaston osastopäällikköksi Pajula nimitettiin 1963, joten hänen tehtävänään oli sairausvakuutusjärjestelmän suunnittelu ja toimeenpano. Hän oli myös sairauksien ehkäisyn ja kuntoutuksen voimakas puolustaja. Sosiaalivaliokunnan sihteerinä hän vaikutti siihen, että sairausvakuutuslakiin tuli kuntoutussäännöstö, jonka perusteella sairausvakuutusvaroista tietty osuus käytetään sairauksien ehkäisyyn ja kuntoutukseen sekä tutkimukseen.

Kuntoutuksesta tulikin Kelan kolmas päätoimintamuoto 1960-luvulla eläke- ja sairausvakuutuksen rinnalle. Vuonna 1964 Kelaan perustettiin Sosiaaliturvan tutkimuslaitos ja Turkuun 1972 Kuntoutustutkimuskeskus, jota pidetään nimenomaan Pajulan ideana.

Kaikessa mukana

Vuoden 1966 sosiaalipoliittisesta ohjelματοimikunnasta alkaen Pajula vaikutti Suomessa toteutettuun sosiaalipoliittikkaan jokseenkin kaikilla yhteiskunnan alueilla. Hän kuului lähes kaikkiin maan sosiaalipoliittikan suuntaa antaviin työryhmiin ja toimikuntiin.

Ministeri **Pekka Kuusen** johtamassa KPP-työryhmässä vuonna 1971 Ilmarisen toimitusjohtaja **Teivo Pentikäinen** ja Kelan johtaja Jaakko Pajula pääsivät sopimukseen kansaneläkkeen ja työeläkkeen työnjaosta, eläkkeiden verotuksen yhtenäistämistä ja sairausvakuutuksen päivärahan saattamisesta ensisijaiseksi

työeläkkeisiin nähden. Uusi yhteistyö lopetti lähes vuosikymmenen mittaisen kansaneläke- ja työeläkejärjestelmien revii- taistelun.

Pajulalle sopimuksessa olivat tärkeitä sairausvakuutuksen ensisijaisuus ja tarveharkinnan poistaminen kansaneläkkeestä. Olennaista oli myös, että kansaneläke takaa toimeentuloon riittävän eläkkeen. Kuusen työryhmän suosituksesta tuli tärkeä asiakirja, jonka pohjalta eläkevakuutusta ja koko sosiaalivakuutusta kehitettiin 1970- ja 1980-luvuilla.

Kelan pääjohtajana Pajulalla oli merkittävä asema neuvoteltaessa 1976 eläkepoliittista ja historiallista kompromissia. Sen pohjalta saatiin vuosien vastakkainasettelun ja riitelyn jälkeen sovittua kansaneläke- ja työeläkejärjestelmien välisestä työn-

jaosta ja kokonaisaläkejärjestelmän rakentamisesta. Samalla sovittiin 1980-luvun kansaneläkeuudistuksesta, jonka alullepanijoita olivat nimenomaan Pajula ja presidentti **Urho Kekkonen**.

”Mehän olemme aina töissä”

Pajula oli sosiaalivakuutuksen todellinen asiantuntija ja ammattilainen, jota myös erilaisia sosiaalivakuutuslinjoja ajavat työeläkejärjestelmän rakentajat, Ilmarisen toimitusjohtajat Teivo Pentikäinen ja **Juhani Salminen** arvostivat.

Kansaneläkeuudistuksessa ja sairausvakuutuksen päivärahaudistuksessa 1982 toteutuivat Pajulan monivuotiset tavoitteet: Vähimmäiseläke nousi, ja kiusalliseksi koettu kansaneläkkeen tarveharkinta poistui. Kansaneläkkeen ja työeläkkeen työnjako varmistui niin, että kansaneläke säilyi suomalaisen eläketurvan tärkeänä osana. Sairausvakuutuksen päivä- ja äitiyspäivärahan korvausta nostettiin ja päiväraha saatiin ensisijaiseksi korvaukseksi työeläkeisiin nähden.

Kela oli sodan jälkeisenä jälleenrakennuskaute- na merkittävä valtiojohtoisen perusenergiateollisuuden rahoittaja ja sillä oli osakkeita useissa valtiojohtoisisissa yrityksissä. Näin Pajula oli myös huomattava taloudellinen vaikuttaja, joka kuului Imatran Voiman, Enso-Gutzeitin, Kemiran, Outokummun ja Suomen Yhdyspankin hallintoneuvostoon ja hallitukseen. Lisäksi hän oli useiden sosiaali- ja terveysjärjestöjen ja säätiöiden, muun muassa Reu-

ma-, Kiipula- ja Peurunka-säätiöiden, hallituksen ja valtuuskunnan jäsen.

Pajulan harrastuksena oli Maarian kotitilan hoito ja viljely. Myös maataloustöissä hän kertoi Kelan olevan visusti mukana ajatuksissa, ja ideat kirjautuivat traktorin pu-killakin A5-lehtiin. Pajulalle työ oli kaikki kaikessa. Hän odotti alaisiltaan paljon mutta vaati vielä enemmän itseltään. Hänen mielilauseitaan olivat ”mehän olemme aina töissä”, ”meillä ei ole viikonloppuja” ja ”meillä ei ole lomaa”. ■

Heikki Niemelä

Kirjoittaja on työskennellyt Kelan tutkimusosastolla johtavana tutkijana ja perehtynyt erityisesti suomalaisen sosiaaliturvan kehitykseen.



Kaikkienko työkyky käyttöön?

Työelämään palaamisen väylät pitää luoda kaikille, jotka työhön pystyvät.

Jo 1980-luvulla oli Suomessa selvää, että tultaessa 2010-luvulle väestömme ikääntyminen johtaa työvoiman väheneemiseen samalla, kun huoltosuhde (eläkeikäisten ja lasten määrä suhteessa työkäisiin) alkaa kasvaa. 1980-luvun innovaatio oli työkyvyn ylläpitäminen, joka alkuaan syntyi tupopöydässä mutta muuttui yhteiskunnan yleiseksi tavoitteeksi monella tasolla.

Toiminta on sittemmin nimetty työhyvinvoinnin edistämiseksi, tavoitteet ovat pysyneet. Työllisyysasteen parantaminen on ollut siitä lähtien hallitusohjelmien tavoitteena. Nykyisen hallituksenkin ohjelmassa korostetaan, että työhön osallistumista pitää kohentaa työurien alusta, keskelmä ja lopusta.

Työväylät kaikille

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD on tarjonnut oivan materiaalin Suomen ja vertaismaiden tarkasteluun, kun halutaan selvittää pyrkimyksiä parantaa työkäisten työelämään osallistumista. Arviointisarja on koskenut kohdemaiden sairautta, työkyvyttömyyttä ja työtä koskevaa politiikkaa, palveluja ja erilaisia toimeentulotukuksia, palveluja ja vastuunjakoja.

Kaikkiaan arviointi koski 12:ta OECD:n jäsenmaata, mukana kaikki Suomen keskeiset vertaismaat, myös Ruotsi ja Norja. Tanskaa, Suomea, Irlantia ja Hollantia koskeva raportti julkaistiin 2008. Siinä esitettiin Suomelle varsin selkeitä politiikka- ja palvelujärjestelmän parannusehdotuksia, mutta vastaanotto jäi laimeaksi ja ehdotusten toimeenpano vähäiseksi.

OECD julkaisi 2010 koko arviointisarjaa koskevan synteesiraportin. Sen pääsanoma on, että työssä jatkamisen tai työelämään palaamisen väylät pitää luoda kaikille, jotka työhön pystyvät. Arviointi korostaa myös työnantajien tärkeää roolia, joka edellyttää kannustimia. Raportti toteaa, että mikään jäsenmaa ei ole vienyt reformejaan tarpeeksi pitkälle, niin että työkyvyttömyyden ehkäisy toimisi kunnolla.

Työhön osallistumista pitää kohentaa työurien alusta, keskelmä ja lopusta.

Ruotsi ja Norja edelläkävijöinä

Suomen läheisimmät vertaismaat Ruotsi ja Norja ovat tehneet huomattavia reformeja sosiaaliturvan toimeenpanossa ja palveluissa viime vuosina. Ruotsissa koko sairausvakuutusjärjestelmää ja sen toimeenpanosta vastaava vakuutuskassaa on uudistettu monin tavoin. Sairausvakuutusjärjestelmän muutos lisäsi myös työnantajan vastuuta sairastuneiden työhönpaluussa sekä loi vakuutuskassan ja työnvälityksen yhteistoiminnan. Näin varmistettiin pitkään sairauden vuoksi työstä poissa olleen henkilön työhönpaluuta.

Norjassa on uudistettu erityisesti organisaatioita ja yhdistetty sosiaalivakuutuksen toimeenpanija ja työhallinto kaikilla tasoilla. Paikallisella tasolla uudessa NAV-organisaatiossa toimii myös huomattava määrä sellaisia kunnan työntekijöitä, joiden tehtävä liittyy työkäisten työelämään osallistumiseen.

Lisäksi Norjan valtio ja työmarkkinatahot ovat ylläpitäneet pitkään osallistavan työelämän kehityshanketta, jolla tuetaan työpaikkojen keinoja työhönpaluun tukemisessa. Työnantajan vastuuta tiukennettiin 2008 ja varmistettiin työstä sairauden vuoksi poissa

olleen työhönpaluuta. Jo neljän viikon poissaolon jälkeen työnantajan on aloitettava henkilön kanssa työhönpaluun suunnittelu. Työnantajan vastuut on määritelty sekä työympäristö- että sosiaaliturvalaeissa.

Suomessa työnantajan vastuu työkykyjohtamisesta ei perustu lainsäädäntöön. Tosin EK julkaisi 2010 suosituksen työnantajan vastuista työkykyasioissa. Työterveyshuoltolaissakin työnantaja määrittellään palvelujen järjestäjäksi, mutta ei työterveyden johtamisesta vastaavaksi.

OECD:n suosituksia mukaillen olisi syytä miettiä asiaa tarkemmin. Työnantajahan kantaa suurimman sosiaaliturvan rahoittamistaan ja sitä kautta kannustinrakennettakin voisi varmasti kehittää. Erityistä huomiota vaatisi työmarkkinoiden luonti vaajakuntoisille. ■

Jorma Jarvisalo

Kirjoittaja on Kelan ylilääkäri.

Maakunnilla omat kansantautinsa

Diabetesta on eniten Etelä-Pohjanmaalla, nivelreumaa Pohjois-Savossa, sepelvaltimotautia Pohjois-Pohjanmaalla, astmaa Kainuussa ja psykooseja Pohjois-Karjalassa.



TIMO PARTIO

pääsuunnittelija, Kelan aktuaari- ja tilasto-osasto

NÄMÄ IKÄVAKIOIDUT TIEDOT ilmenevät Kelan tilastotietokannan Kelaston Terveyspuntarista, jossa eri sairauksien alueellista esiintyvyyttä voi vertailla muun muassa havainnollisen karttasovelluksen avulla. Kansantauteja koskevat tiedot perustuvat Kelan erityiskorvattavia lääkkeitä koskevaan tietokantaan, joista eri sairauksien kansantauti-indeksit on laskettu.

Krooniset kansantaudit ovat Suomessa tärkein väestön toimintakykyä heikentävä ja ennenaikaista kuolleisuutta aiheuttava sairausryhmä. Kansantauteihin kuuluvat sydän- ja verisuonisairaudet, hengityselinten sairaudet, syövät, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, mielenterveyden häiriöt ja diabetes. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan yli puolella 30 vuotta täytäneistä on jokin pitkäaikaissairaus.

Diabetesta on eniten Etelä-Pohjanmaalla, mutta hyvin vähän naapurissa Pohjanmaan ruotsinkielisellä rannikolla. Lisäksi tautia esiintyy paljon Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon ja Kainuun maakunnissa. Vähiten diabetesta puolestaan on Etelä-Pohjanmaan naapurissa Pohjanmaan maakunnassa ja Ahvenanmaalla. On kuitenkin huomatta-

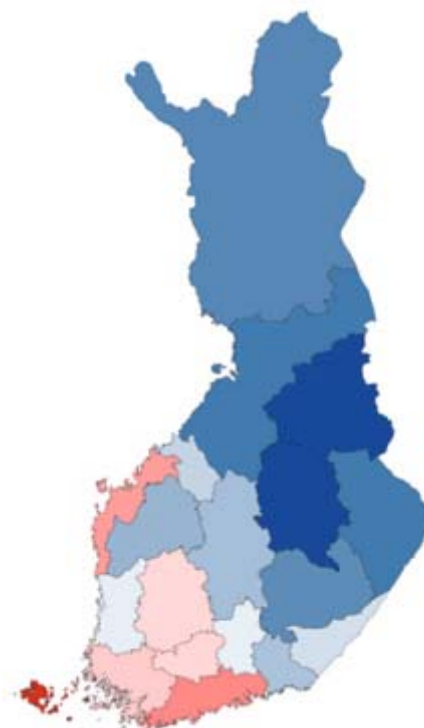
va, että diabeteksessa Kelan terveystunturin alueelliset sairastavuuserot ovat pienet.

Sydäntautien mustaa aluetta on Pohjois-Pohjanmaa, jossa sekä sepelvaltimotautia että sydämen vajaatoimintaa sairastetaan Kelan kansantauti-indeksin mukaan erityisen paljon. Sydämen vajaatoiminta jakaa maan terveempään Etelä-Suomeen ja sairaaseen Pohjois-Suomeen.

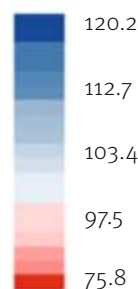
Nivelreumaa on paljon Pohjois-Savossa, mutta niukasti Uudellamaalla. Nivelreumaa sairastettiin kansantauti-indeksin mukaan selkeästi eniten Pohjois-Savossa. Vähiten nivelreumaa oli Ahvenanmaalla ja sen jälkeen järjestyksessä Keski-Pohjanmaan, Uudenmaan ja Pohjanmaan maakunnissa.

Psykoosin esiintyvyys on suurinta Pohjois-Karjalassa ja Kainuussa. Vähiten psykoosia esiintyy Kanta-Hämeessä, Varsinais-Suomessa ja Uudellamaalla. Psykoosisairaudet ovat useimmiten pitkäkestoisia sairauksia, jotka johtavat usein pysyvään toimintakyvyn heikentymiseen. Tämä puolestaan aiheuttaa sen, että skitsofreniaan sairastuneet joutuvat työkyvyttömyyseläkkeelle muita sairausryhmiä useammin.

Suomen alueellista sairastavuutta tarkastellaan edellä yksittäisten kansantautien näkökulmasta. Terveystunturin sairastavuusindeksi puolestaan kertoo yleisemmin kuntien ja maakuntien terveystilanteesta. Sairastavuusindeksi perustuu kolmeen rekisterimuuttujaan: kuolleisuuteen, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työikäisistä ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuteen väestöstä.



MAAKUNNITTAINEN SAIRASTAVUUSINDEKSI, IKÄVAKIOITU 2010



Sairastavuusindeksin indikaattori ilmaisee jokaiselle Suomen kunnalle lasketun indeksin avulla, miten tervettä tai sairasta väestö on suhteessa koko maan väestön keskiarvoon (= 100).

Kelan ikävakioidun sairastavuuskertotimen mukaan Ahvenanmaalla asuu valtaosin kunnalliseen keskiarvoon verrattuna maan terveisin väestö. Ahvenanmaan ohella muun muassa Uudenmaan ja Pohjanmaan maakunnissa väestö oli huomattavasti keskimääräistä terveempää. ■

Lue lisää > www.kela.fi/tilastokatsaus



Lääkkeistä hyötyä halvemmalla?

Lääkkeiden korvausjärjestelmän tulisi tukea hoitoja, jotka ovat kustannus-hyöty-suhteeltaan kunnossa. Tuoreen väitöksen mukaan parhaimmillaan niin tapahtuu, mutta remontoitavaakin on.

Suomessa lääkekulut ovat pitkällä aikavälillä tarkasteltuina kasvaneet viime vuosina. Yksi syy on uusien, patenttisuojan alaisten lääkkeiden yleistymisen edullisempien valmisteiden kustannuksella. Näin siitähän huolimatta, etteivät kaikki uudet lääkeaineet välttämättä ole tuoneet kustannuksia vastaavaa lisähyötyä.

Kelan lääketutkimuspäällikkönä työskentelevä **Jaana Martikainen** tutki väitöskirjassaan lääkekorvausjärjestelmän ohjausvaihtokutuksia lääkkeiden kulutuksen yleistymiseen. Lopputulos oli, että vaikutus on suuri.

”Tavallaan tiesin sen jo, sillä olen työssäni seurannut ilmiötä vuosia. Suurin yllätys oli vaikutuksen suuruus.”

Tutkimuksessa kävi ilmi, että erityiskorvauksen saaminen lääkkeelle saattaa jopa kaksinkertaistaa sen kulutuksen. Peruskorvausaika ennen erityiskorvauksen saamista hillitsee uuden lääkkeen käytön yleistymistä, ja kulutus kohdistuu vanhempiin, halvempiin ja paremmin tunnettuihin lääkkeisiin.

Martikainen ottaa esimerkiksi myös lipidilääkkeet, joiden hinnoissa oli 2000-luvun puolivälissä suuret hintaerot Suomessa. Kun kalleimpien valmisteiden korvaus rajoitettiin vain vaikeahoitoisille potilaille, kalliit hoidot kohdistuivat sairaammille potilaille kuin aikaisemmin ja kalliita lääkkeitä ostaneiden määrä väheni.

”Tämä on hyvä esimerkki korvausten tavoittelusta ohjausvaikutuksesta. Hoito al-

kaa nyt edullisemmilla lääkkeillä, joista moni saa avun, eikä kallista hoitoa osteta turhaan.”

Lääkärit avainasemassa

Muulla tehtyjen tutkimusten perusteella tiedetään, että mitä enemmän potilas joutuu maksamaan lääkkeestä itse, sitä vähäisempää lääkkeiden käyttö on.

”Säästöjen hankkiminen potilaan maksuosuutta nostamalla ei kuitenkaan ole oikea tie. Omavastuu on jo nyt erittäin korkea Suomessa eikä säästöjä tulisi tavoitella keinoin, joiden vuoksi potilaat joutuvat jättämään hankkimatta heille tarpeellisia lääkkeitä”, Martikainen tyrmyä.

Jos ihmiset saavat itse valita, he yleensä valitsevat apteekissa edullisemmän valmisteen. On lääkärin käsissä, määrätäänkö potilaalle uutta vai vanhempaa lääkettä, jolle voi löytyä useita rinnakkaisvalmisteita.

”Ulkomaisista tutkimuksista käy ilmi, että lääkärit ovat herkkiä potilaan kustannuksille, mutta kustannustietoisuus kokonaisuudesta on vähäisempää. Ajatellaan siis potilaan parasta, mikä joskus näkyy myös ’uuden ja parhaan’ kirjoittamisena reseptiin.”

Halvempi tai vanhempi lääke ei kuitenkaan ole automaattisesti huonompi kuin uusi. Itse asiassa uusien lääkkeiden kokonaishyödystä ei välttämättä tiedetä kovin paljon.

Kohti yksinkertaisempaa

Martikaisen mukaan lääkkeiden mahdollisuudet saada puolueetonta tietoa lääkevalmisteista ovat melko vähäiset. Monesti lääkärin ainoa tieto uusista lääkkeistä perustuu valmistajien omaan markkinointiin, ja puolueetonta vertailua eri valmisteiden välillä on vaikea tehdä.

”Esimerkiksi Ruotsissa lääkäreillä on käytössä selkeät, viranomaisten laatimat listat, mikä lääke on missäkin tilanteessa ensisijainen tai toissijainen. Suomessa Fimean tehtäviin kuuluu riippumattoman lääkeinformaation tuottaminen, mutta sen resurssilla ei kateta koko kenttää.”

Koko lääkekorvausjärjestelmä on nykyisellään käynyt monimutkaiseksi. Martikainen lähtisi kehittämään järjestelmää yksinkertaisempaan suuntaan.

”Järjestelmä on periaatteessa hyvä: perustason ja kahden erityistason kautta pyritään kohdistamaan korvauksia niille, jotka niitä todella tarvitsevat. Mutta järjestelmää ei voi enää monimutkaistaa uusilla säädöksillä. Tarvitaan uudenlaisia ratkaisuja.” ■

Katri Koskela



Yksityiset terveyspalvelut: Kuka käyttää, mitä maksaa?

Keskustelu yksityisten terveyspalvelujen käyttöä tukevien sairaanhoitokorvausten leikkauksista ja jopa poistamisesta haastoi Kelan tutkimusosaston perehtymään asiaan tarkemmin.

HENNAMARI MIKKOLA
ANTERO AHONEN
JUSSI TERVOLA

Kelan tutkimusosasto

ALOITIMME TUTKIMUKSEMME YKSITYISLÄÄKÄRINPALKKIOISTA. Korvausjärjestelmän on moitittu suosivan suurituloisia kaupunkilaisia. Kansainvälisissä tutkimuksissa terveydenhuollon suoriteperusteista korvausjärjestelmää ei kiitetä. Sehän kannustaa yritykset markkinoinnin keinoin houkuttelemaan potilaat vastaanotolle ja tekemään niin paljon tutkimuksia kuin potilaan kukkaro kestää. Mitä olemme saaneet selville?

Tarkastelimme yksityislääkärisäkäyntejä ja niistä maksettuja korvauksia ja omavastuita tulokymmenyksittäin Tilastokeskuksen tulonjakoaineiston avulla. Lisäksi jaoinme väestön pieni-, keski- ja suurituloisiin käytettävissä olevan mediaanitulon (20 520 e/hlö) perusteella.

Vuoden 2009 aikana noin kolmannes väestöstä kävi yksityislääkäriä. Suurituloiset (tulot > 30 780 euroa) käyttivät suhteellisesti enemmän palveluita kuin muut, mutta heistä yli puolet ei käynyt kertaakaan yksityislääkäriä. Väestöstä alle 10 % kävi yksityislääkärisä useammin kuin kaksi kertaa.

Kelan rekistereistä voimme seurata saman henkilön palvelujen käyttöä usean vuoden ajalta. Viiden vuoden seurannassa 60 % väestöstä oli käynyt vähintään kerran yksityislääkäriä.

Sairaanhoitokorvauksia lääkärinpalkkiosta maksetaan eniten silmälääkärin ja gynekologin palveluista. Palvelujen käyttöiheyttä kuvaa hyvin se, että viiden vuoden aikana yksityisellä silmälääkäriä kävi väestöstä vain joka viides ja gynekologillakin naisista vain joka kolmas.

Mitä näistä luvuista voidaan päätellä: yksityisten lääkäripalvelujen käyttö on täydentävä, harvoin käytettävä palvelu. Se ei myöskään ole hyvätuloisten palvelujen käytön päälinja (Mikkola ym. 2012).

Omvastuut kasvaneet

Omvastuun periaate on ollut sairaanhoitovakuutuksen korvaamisissa yksityisissä palveluissa aina keskeinen. Korvausjärjestelmän suurin ongelma on se, että omavastuut ovat vuosina 1990–2009 kasvaneet noin 40 % tuloihin nähden. Omavastuiden kasvusta puolet selittyy korvaustason suhteellisesta alenemasta, sillä korvaustaso ei ole nostettu sitten vuoden 1989 eikä yksityis-sektorin palvelujen hintoja säännellä.

Tulonjakoaineistosta tehdyt analyysit kertovat, että yksityislääkäripalvelut ovat kal-

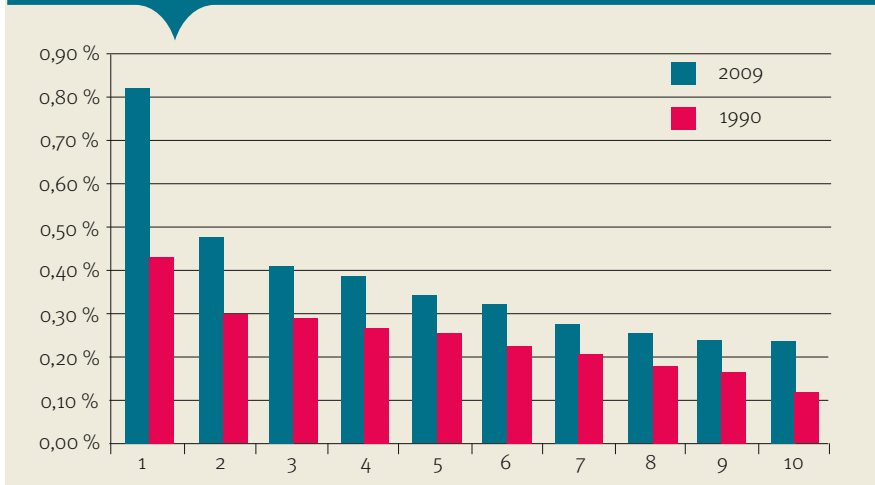
listuneet keskimäärin enemmän pienituloisille, mikä johtuu tuloerojen kasvusta. Kaikkein pienituloisimpien omavastuut käyntiä kohden olivat lähes kaksinkertaiset suhteessa käytettävissä oleviin tuloihin (kuvio).

Kallistumista on seurannut yksityisten palvelujen vähäisempi käyttö. Vuonna 2009 yksityislääkärisäkäyntejä sataa asukasta kohti oli 71, kun vastaavasti 1990 niitä oli 82. Erityisesti pienituloisilla palvelujen käyttö oli vähentynyt (26 käyntiä sataa asukasta kohti vuonna 2009 ja 48 vuonna 1990) ja suurituloisissa hieman lisääntynyt (126 ja 121).

Ikärakenteen muutos selittää viidenneksen käytön muutoksesta. Myös kuntien terveyskeskusten lisääntynyt tuottavuus ja palvelujen käyttö ovat hidastaneet yksityis- palvelujen käytön kasvua erityisesti 1990-luvun laman jälkeen.

Huomattavakkaan omavastuut eivät siis ole hidastaneet yksityisten palvelujen käyttöä suurituloisilla. Myös kyselytutkimuksemme mukaan korvauksilla on vähemmän merkitystä yksityisten palvelujen käytössä suurituloisille kuin pienituloisille (Miettinen ym. 2012).

Pienituloisille, köyhyysrajan alittaville (tulot < 12 300 euroa) korvauksia maksettiin vain kolme miljoonaa euroa. Omavas-

OMAVASTUUN OSUUS SUHTEESSA KÄYTETTÄVISSÄ OLEVAAN TULOON YKSITYISLÄÄKÄRIKÄYNTIÄ KOHDEN TULOKYMMENYKSITTÄIN VUOSINA 1990 JA 2009


tuita he maksoivat noin kymmenen miljoonaa euroa.

Jos vähävaraiset eivät käytä yksityisiä palveluita, maksavatko he myös suurituloisten korvauksia? Pelkoa tästä ei ole, sillä esimerkiksi lääkärinpalkkioista (korvauksia vuonna 2011 noin 74 miljoonaa euroa) suurituloisille maksettiin korvauksia noin 20 miljoonaa euroa (omavastuut 61 miljoonaa euroa) ja noin 50 miljoonaa euroa keskituloisille (omavastuut 142 miljoonaa euroa).

Sairaanhoitomaksuja suurituloiset maksavat kuitenkin huomattavasti enemmän kuin saavat mitään sairaanhoitovakuutuksen korvauksia (ml. lääke- ja matkakorvaukset), joten vähävaraiset eivät juuri rahoita yksityissektorin käyttöä – eivät sairaanhoitomaksun eivätkä oman kulutuksen kautta.

Tutkimuksia jatketaan

Mikä on sairaanhoitokorvauksen kannustevaikutus? Pitkällä aikavälillä yksityisten lääkärinpalvelujen käyttö on vähentynyt suhteessa väestön ikärakenteen kehitykseen. Suuret omavastuut ovat hillinneet palvelujen käyttöä, joten niukkoja sairaanhoitokorvauksia – vaikka ne ovatkin suoriteperusteisia – ei voi pitää enää kovinkaan merkittävänä kannusteena yksityisten palvelujen käyttöön.

Kyselytutkimuksemme perusteella sairaanhoitokorvauksella näyttäisi olevan edelleen yli puolelle väestöstä jonkinlaisia merkitystä, kun he valitsevat yksityisen ja julkisen palvelun välillä. Tuloryhmällä ei tähän ole vaikutusta (Miettinen ym. 2012).

Yksityisten palvelujen ja sairaanhoitokorvausten tutkimus jatkuu. Seuraavassa vaiheessa arvioidaan pääkaupunkiseudulta kerätystä aineistosta, miten kuntalaiset

käyttävät palveluja julkisella ja yksityisellä sektorilla. Tutkimuksessa yhdistetään tietoa THL:n, kuntien ja Kelan rekistereistä.

Näivettyneetkin korvaukset vaikuttavat palvelun valintaan.

Hammashoidosta vastaava yhteistyöhanke on käynnistynyt. Hanketta vetää virkavapaalla oleva Espoon johtava hammaslääkäri **Jouko Kallio**. Myös erilaisia vaihtoehtoja korvausjärjestelmille mallinnetaan yhteistyöhankkeessa Pellervon taloustutkimuksen kanssa, aluksi hammaslääkäripalveluissa.

Lisäksi tutkitaan, miten yksityisten palvelujen hintavertailun nettisovellusta voitaisiin kehittää (kela.fi/hintavertailu). Tutkimuksessa pyritään arvioimaan muun muassa yksityissektorin kilpailuolosuhteita. ■

Lue lisää ▶

Miettinen J, Mikkola H, Lehtonen R., Kela-korvauksen ja yksityisen vakuutuksen yhteys terveyspalvelujen käyttöön – itsevalikoituneen verkkoaineiston ja otosaineiston vertailua. Teoksessa: Terveystaloustiede 2012, Jan Klavus (toim.), Terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki 2012, s. 23–28.

Mikkola H, Miettinen J, Ahonen A, Tervola J, Virta L, Halonen J-P, Tuominen U.: Yksityislääkärikäyntien kehitys ikä- ja tuloryhmittäin. Terveyspalvelut, 1/2012, s. 43–45.

TUTKIMUSJULKAISUT

Hiilamo H, Niemelä H, Pykälä P, Riihelä M, Vanne R. Sosiaaliturva ja elämänvaiheet. Suomen sosiaaliturvan kehitys esimerkkien ja tilastojen valossa.

Erillisjulkaisu

Kirja on päivitetty versio vuonna 2007 ilmestyneestä julkaisusta, jonka tavoitteena on selvittää, miten sosiaaliturva-etuudet ja hyvinvointivaltion palvelut toimivat ihmisen eri elämänvaiheissa. Esimerkkihenkilöinä toimivat kuvitteelliset Aino, Perttu ja Viivi. Julkaisu on suunnattu erityisesti lukion ja yläasteen opettajille.

Niemelä M, Raijas A. Kohtuullinen kulutus ja perusturvan riittävyys. Näkökulmia kohtuullisen kulutuksen määrittelyyn ja mittaamiseen.

Selosteita 80

Raportissa on tarkasteltu erilaisin menetelmin kohtuullisena pidettävän kulutuksen sisältöä ja tasoa. Raportti on osa Suomen Akatemian rahoittamaa perusturvan tasoa eri näkökulmista valottavaa tutkimushanketta.

Ikonen A. Primary care visits in the Finnish occupational health services and their connections to prevention and work-related factors.

Tutkimuksia 120

Englanninkielisessä väitöstutkimuksessa tarkastellaan työterveyshuollon asemaa työssä käyvien terveydenhuollossa ja työterveyshuollon sairaanhoidon yhteyttä ennaltaehkäisyyn ja työhön liittyviin tekijöihin.

Haataja A, Juutilainen V-P. Päivähoitotietoa Kelassa.

Nettityöpapereita 36

Kunnat toimittavat Kelaan tietoja siitä, milloin lapset ovat kunnallisessa päivähoitossa. Tietoja tarvitaan pienten lasten hoidon tukien myöntämisessä, mutta tietoja ei tilastoida. Nettityöpäperissa arvioidaan kuntien tekemien päivähoitotilastojen laatua ja kattavuutta. Lisäksi pohditaan, miten tietojen keruuta ja käyttöä voitaisiin kehittää, jotta saisimme parempaa tietoa kunnallisten päivähoitopalveluiden käytöstä päivähoito- ja varhaiskasvatustalouden päättäjille ja tutkimukseen.

Kansallista vai paikallista?



SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIHIN sekä kasvaviin terveyteen liittyviin eroihin yhdistyy monien jakamaa huolta. Parhailaan käydään kiivasta keskustelua palvelujen rakenteesta, rahoituksesta ja sisällöstä. Käsitykset ongelmien laajuudesta, syistä ja ratkaisuehdotuksista perustuvat kuitenkin usein tosiasioiden sijaan mielikuviin.

Mitä mieltä kansalaiset ovat sosiaali- ja terveyspalveluista? Vaikuttaako palvelujärjestelmä väestöryhmien välisiin terveyseroihin? Tukevatko palvelut työurien pidentämistä? Kuinka rahoitusvastuun tulisi jakautua kunnallisen järjestelmän ja sairausvakuutuksen kesken? Tarvitaanko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään vuosisadan mullistus?

Kansallista vai paikallista? -teemakirja on Kelan tutkimusosaston vastaus sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen ajankohtaisiin tietotarpeisiin. Teemakirjassa pohditaan sosiaali- ja terveydenhuollon

järjestämistä ja rahoittamista. Kansalaiskeskustelun herättäjäksi ja päätöksentekijöille tarkoitettu kirja perustuu laajaan tutkimuskirjallisuuteen sekä Kelan käytössä olevien tutkimusaineistojen ja rekisterien hyödyntämiseen.

Kirjassa yhteensä 27 tutkijaa kirjoittaa eri teemoista pyrkien punnitsemaan muun muassa kansallisen ja paikallisen ohjauksen etuja ja haittoja. Kirjan 16 artikkelia kattavat sellaisia teemoja kuin kansalaisen asema ja oikeudet, sosioekonomiset terveyserot, kuntoutus ja työterveyshuolto sekä rahoitus ja sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen.

Tutkimusten mukaan kansalaiset arvostavat lähipalveluita ja terveydenhoitojärjestelmäämme. Terveyspoliittisessa paineessa sairausvakuutus on pitänyt pintansa. Kirja herättää kysymään, voisiko kansallinen sairausvakuutusjärjestelmä toimia paikallisena tukipilarina aikaisempaa vahvemmin. Pitäisikö tämän korvamerkityn rahoituksen keinovalikoimaa ja joustavuutta käyttää tehokkaammin ja aitona kannusteenä terveyspoliittisessa ohjauksessa?

Julkaisu: Mikkola H, Blomgren J, Hiilamo H, toim. *Kansallista vai paikallista?*
Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Helsinki: Kela, 2012.
ISBN 978-951-669-889-5 (nid.), 978-951-669-890-1 (pdf). Hinta: 15 euroa.

SITAATTI KIRJASTA

”Terveydenhuoltojärjestelmässä suuria käännekohtia on ollut harvoin. Kuntien valtionosuusjärjestelmän uudistus vuonna 1993 oli viimeisin suuri käänne, ja sen aiheuttamia ongelmia pyritään nyt ratkomaan.”

Honkanen P, Tervola J. Vuoden 2012 perusturvamuutoksien vaikutukset. Nettityöpapereita 35

Vuonna 2012 perusturvaa koskeva lain-säädäntö muuttui monelta osin. Työpa-perissa keskitytään erityisesti työttömän perusturvan sadan euron korotuksen suoriin ja välillisiin vaikutuksiin sekä tehdään laskelmia muutosten vaikutuksista koko väestössä.

Toivonen L. Statutory and occupational sickness benefits in Finland in 2011. Nettityöpapereita 34

Englanninkielisessä työpaperissa verrataan Suomen lakisääteisiä sairausetuuksia näitä täydentäviin kollektiivisesti neuvoteltuihin sairausetuuksiin. Tarkastelun perusteella ammatillisilla etuuksilla on merkittävä vaikutus sairausajan toimeentuloon.

UUSIMMAT TILASTOJULKAISUT

Joka neljännellä suomalaisella oikeus erityiskorvattaviin lääkkeisiin

Vuoden 2011 lopussa joka neljänneksellä suomalaisella oli oikeus erityiskorvattaviin lääkkeisiin. Myönnettyjä oikeuksia oli kaikkiaan 2,0 miljoonaa, mikä tarkoitti 1,57 oikeutta henkilöä kohti. Yleisin erityiskorvauksen oikeuttava sairaus oli krooninen verenpainetauti ja toiseksi yleisin diabetes.

Muutoksenhakusasioiden käsittely nopeutui vuonna 2011

Sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnassa asioiden keskimääräinen käsittelyaika oli jopa 25 % lyhyempi kuin vuotta aiemmin. Sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunta käsitteli valitukset viime vuonna keskimäärin 359 vuorokaudessa. Viime vuonna opintotuen muutoksenhakulautakunta käsitteli hakemukset keskimäärin 213 vuorokaudessa ja työttömyysturvan muutoksenhakulautakunta 180 vuorokaudessa.

Kelan hoitama sosiaaliturva vuonna 2011

Kela käytti vuonna 2011 sosiaaliturvavastuuksiin yhteensä 12,5 miljardia euroa. Kelan kokonaiskulut olivat 12,9 miljardia euroa. Ne kasvoivat edellisvuodesta 2,6 %. Valtio vastasi Kelan rahoituksesta 69 %:n osuudella, vakuutusmaksuilla rahoitettiin 26 % ja kuntien suoritukset olivat 5 %.

Yleisen asumistuen saajien määrä lisääntyi edelleen, vaikka työttömyys vähentyi

Joulukuussa 2011 yleistä asumistukea maksettiin 167 000 ruokakunnalle. Vuoden 2010 joulukuuhun verrattuna tukea saaneiden määrä kasvoi 2 %, vaikka työttömien määrä samaan aikaan vähentyi. Joulukuusta 2008 joulukuuhun 2011 yleistä asumistukea saaneiden ruokakuntien määrä on kasvanut 20 %.

Kelan kuntoutuspsykoterapian kustannukset kasvoivat viidenneksen

Vuonna 2011 Kelan kuntoutusmenot olivat 334 miljoonaa euroa, mikä oli 9,5 % enemmän kuin vuotta aiemmin. Kasvua selittää mm. se, että kuntouttava psykoterapia muuttui lakisääteiseksi vuoden 2011 alussa. Aiemmin psykoterapiaa korvattiin harkinnanvaraisena kuntoutuksena.

Koulumatkatukea sai hyvän matkaa 50 000 opiskelijaa

Koulumatkatukea maksettiin lukuvuonna 2010/2011 yhteensä 52 400 opiskelijalle, mikä oli 1,3 % enemmän kuin edellisenä lukuvuonna. Suhteellisesti eniten koulumatkatuen saajia löytyy Etelä-Pohjanmaan ja Pohjois-Karjalan maakunnista.

Eläke- ja vammaisetuksien sekä eläkkeensaajan asumistuen muutokset 1.1.2012

Vuoden 2012 alusta kansaneläkkeisiin, takuueläkkeisiin, perhe-eläkkeisiin, lapsikorotuksiin, rintamaliisiin ja vammaisetuksiin (pl. ruokavaliokorvaukset) tehtiin 3,8 %:n indeksitarkistus. Eläkeetuusmenot kasvoivat 94,6 miljoonaa euroa (3,8 %) ja vammaisetusmenot 18,0 miljoonaa euroa (3,7 %).

TILAUKSET:

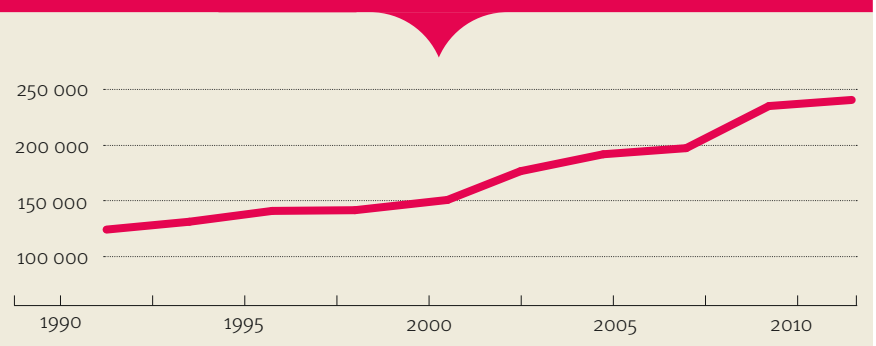
Suurin osa julkaisuista (pdf) on ladattavissa ilmaiseksi internetisivuilta www.kela.fi.

Tutkimusjulkaisut: puh. 020 634 1947, julkaisut@kela.fi

Tilastojulkaisut: puh. 020 634 1502, tilastot@kela.fi

Hinnat eivät sisällä lähetyksenkuluja.

ELÄKKEENSAAJAN HOITOTUEN SAAJAT 1990-2011



TILASTOT

Hoitotukea saa lähes neljännesmiljoona eläkeläistä

ELÄKKEENSAAJAN HOITOTUKEA SAI vuoden 2011 lopussa 230 000 henkilöä, 15 % kaikista eläkeläisistä. 16 vuotta täyttäneestä väestöstä hoitotukea sai 5 %. Saajien määrä on lisääntynyt kymmenen vuoden aikana 44 %. Hoitotukea maksetaan taloudellisen rasituksen tai avun, hoivan ja kuntoutuksen tarpeen perusteella porrastettuna kolmeen ryhmään. Perushoitotukea maksettiin 40 %:lle, korotettua tukea kolmannekselle ja ylintä tukea viidesosalle saajista. Veteraanilisää maksetaan niille, jotka saavat Kelasta korotettua tai ylintä eläkkeensaajan hoitotukea sekä ylimääräistä rintamalisää. Veteraanilisän saajia oli 7 500.

Hoitotukea saavista kansaneläkkeittä sai 161 100. Heistä vanhuuseläkkeellä oli 68 % ja työkyvyttömyyseläkkeellä noin kolmannes. Yleisin hoitotuen sairausperuste vanhuuseläkkeittä saavilla oli hermoston sairaudet (28 %). Työkyvyttömyyseläkeläiset saivat hoitotukea yleisimmin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella (56 %). Alle 30-vuotiaista kaksi kolmasosaa sai hoitotukea mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella.

Hoitotuen saajista 65 vuotta täyttäneitä oli 73 % ja yli neljännes oli 85 vuotta täyttäneitä. Naisia hoitotuen saajista oli 62 %.

Eläkkeensaajan hoitotukea maksettiin vuonna 2011 yhteensä 421 miljoonaa euroa, mikä oli lähes 80 % kaikista vammaisetusmenoista. ■

Reeta Pösö

3 ladatuinta tutkimusjulkaisua (1/2012–5/2012)

1 Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I (toim.). Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Teemakirja
Kirjassa kuvataan kolmen diagnoosiryhmän (aivoverenkiertohäiriöt, multipeliskleroosi ja CP-oireyhtymä) avulla Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen nykytilaa, arviointikäytäntöjä ja kehittämistarpeita sekä kuntoutustoi-
menpiteiden vaikuttavuutta.

2 Honkanen P, Tervola J. Vuoden 2012 perusturvamuutoksien vaikutukset.

Nettityöpapereita 35

Vuonna 2012 perusturva koskeva lainsäädäntö muuttui monelta osin. Työpaperissa keskitytään erityisesti työttömän perusturvan sadan euron korotuksen suoriin ja välillisiin vaikutuksiin sekä tehdään laskelmia muutosten vaikutuksista koko väestössä.

3 Martikainen J. Uusien lääkkeiden markkinoille tulo ja lääkekustannuksiin vaikuttaminen.

Tutkimuksia 119

Kolesterolilääkkeiden korvauksen rajoittamisella pystyttiin kohdistamaan kalliit hoidot sairaimmille potilaille. Muun muassa tämä käy ilmi Jaana Martikaisen tammi-kuussa 2012 tarkastetussa väitöstutkimuksessa.

www.kela.fi/tutkimus ▶ julkaisut



Kaivatun projektin päällikkö

Kelan asiakkaat ovat toivoneet jo pitkään, että hakemuksen liitteet voisi lähettää verkossa. Pian se on vihdoin mahdollista.

PROJEKTIPÄÄLLIKKÖ OSKARI VUORINEN vetää eLiitteet ja suojattu viestinvälitys -projektia (ELSU). Hän tuli töihin Kelaan viime vuoden marraskuussa, samaan aikaan kuin ELSU käynnistyi. Sitä ennen hän työskenteli pk-yrityksen ohjelmistokehityksen vastuuhenkilönä teollisuudessa.

Vuorisen vastuulla on projektin eteneminen ja aikataulussa pysyminen. Vetovastuun lisäksi hän on osallistunut uudistuksen sisällönsuunnitteluun.

”Liitteiden lähettäminen on ollut selkeä puuttuva palanen Kelan asiointipalvelussa. Sen toteutuminen madaltaa kynnystä verkkoasiointiin, kun kaiken voi toimittaa samalla kertaa, eikä liitteitä tarvitse enää lähettää toimistoon erikseen”, Vuorinen sanoo.

Uudistus myös luo osaltaan Kelasta modernia kuvaa.

ELSU-projekti on osa Kelan Arkki-etuusjärjestelmä uudistushanketta. Sähköisten liitteiden vastaanotto on tarkoitus saada käyttöön vielä tänä vuonna. Sen lisäksi asiointipalvelussa voi pian lähettää Kelaan viestejä suojattua kanavaa pitkin. Tulevaisuudessa palvelu antaa asiakkaalle hakemuksen yhteydessä myös sähköisen luettelon tarvittavista liitteistä.

Vuorinen kertoo, että uudelle kelalaiselle ELSUn vetämisessä on riittänyt haasteita. ”Vaahtivinta on ollut aikataulu, joka on ollut alusta lähtien tiukka. Alku ei ollut helppo, koska kaikki oli uutta. Kun porukka hitsautui yhteen, työ rupesi sujumaan hyvin.” ■

Milla Ikonen



Veikko Hytöselle tunnustusta

KELAN TIETOHALLINTOJOHTAJA

Veikko Hytönen on valittu julkisen sektorin vuoden tietohallintojohtajaksi. Valinnan tekivät Suomen suurimpien kuntien, ministeriöiden ja sairaanhoitopiirien tietohallintojohtajat 600Minutes JulkIT -tilaisuudessa.

Valintaa perusteltiin seuraavasti:

”**Veikko Hytönen** on tehnyt hyvää työtä Kelan järjestelmien uudistamisessa. Hän on kokenut, rauhallinen ja sympaattinen it-osaaja ja vaikuttaja, joka on aktiivinen oman organisaationsa toiminnan kehittämistä palvelevissa it-hankkeissa sekä kansallisen että kansainvälisen sähköisen tietojenvälityksen ja yhteistyön hankkeissa.”

Seitsemättä kertaa järjestettyyn 600Minutes JulkIT -tilaisuuteen osallistui noin 130 toimialan tietohallintopäätäjää.

Äitiysavustusraati 2012–2014 nimettiin

ÄITIYSAVUSTUSRAATI VALMISTELEE

äitiyspakkauksen tuotteet hankintakausittain ja huolehtii pakkauksen kehittämisestä äidin ja lapsen terveyttä edistämällä. Raadin puheenjohtaja on etuusjohtaja **Anne Neimala** Kelasta.

Raatiin kuuluvat ylitarkastaja **Marjaana Pelkonen** (STM), viestintäjohtaja **Liisa Partio** (Mannerheimin Lastensuojeluliitto), erikoistutkija **Johanna Lammi-Taskila** (THL), terveydenhoitaja **Inkeri Orjo** (Helsingin terveystieteiden keskus), etuuspäällikkö **Suvi Onninen** (Kela) ja lakimies **Kirsi Kunnas-Leinonen** (Kela).



FPA-ersättningarna skärs ned

Systemet med FPA-ersättningar förtydligas ifall förslaget om fasta ersättningsbelopp genomdrivs. Först gäller det dock att spara 20 miljoner euro inom ersättningarna för privat vård.

Arbetsgruppen för utvecklande av sjukvårdsförsäkringen föreslog en övergång till ett förfarande med fasta ersättningar i eurobelopp redan 2007. Syftet med förslaget är att det nuvarande systemet med procentuella ersättningar ska ersättas med ett system med på förhand bestämda fasta ersättningsbelopp för olika åtgärder och ingrepp. Nu ska förslaget bedömas av politikerna.

”I dagens läge är det jätteinvecklat att räkna ut ersättningarna. Ingen förstår sig riktigt på systemet”, medger **Elise Kivimäki**, förmånsdirektör vid FPA.

Till exempel läkararvodena ersätts till

60 % av den på förhand fastställda taxan. I praktiken är taxan 27 euro och ersättningen på 60 % därmed 16,20 euro. Det faktiska läkararvodet kan dock uppgå till 65 euro, varvid kunden efter ersättningen själv betalar 48,80 euro – och dessutom eventuella expeditionsavgifter.

För undersökningar och behandlingar ersätts högst 75 % av den fastställda ersättningstaxan till den del kostnaderna överstiger självriskan på 13,46 euro.

Systemet med fasta ersättningsbelopp ska klart och tydligt ange den läkararvodessättning som FPA betalar. Om FPA-ersättningen är till exempel 20 euro återstår för

kunden att betala skillnaden mellan ersättningen och priset på vården eller behandlingen i fråga.

”Reformen kan genomföras utan att ersättningsnivån ändras”, klarlägger Kivimäki.

FPA-ersättningarna för privat vård har inte höjts på över 20 år med undantag för tandläkarersättningarna. Man har befarat att en höjning av ersättningarna skulle leda till motsvarande höjning av hälsovårdsföretagens priser och att konsumenterna således inte skulle ha någon nytta av detta.

Nedskärningar med osthyvel

Katainens regering beslöt i budgetmanglingen i våras att FPA-ersättningarna för privat sjukvård ska skäras ned med 20 miljoner euro på årsnivå. I praktiken innebär nedskärningen att konsumenterna kommer att betala mer för de privata tjänster som de anlitar.

Enligt planerna drabbar nedskärningen ersättningarna för undersökningar och behandlingar. I dessa ingår till exempel laboratorieundersökningar, röntgenfotografier, magnetröntgen och olika behandlingstyper. Som det nu ser ut kommer minskningen i budgetanslagen inte att beröra ersättningarna för läkar- eller tandläkarvoden.

”FPA gör upp en beräkning för ministeriet, som sannolikt efter sommaren kommer att lägga fram sitt förslag till hur nedskärningarna ska genomföras”, berättar Kivimäki.

Eventuellt avskaffas vissa små ersättningar helt och hållet. Redan nu är ersättningarna till exempel för laboratorieundersökningar små, eftersom produktionskostnaderna för automatiska analyser är så låga.

”Vi kommer att vara tvungna att beakta oss också med de dyrare bildundersökningarna och behandlingarna.”

Nedskärningarna ska åstadkommas genom en sänkning av ersättningsnivån för flera åtgärder och ingrepp. I praktiken innebär 20 miljoner euro cirka en tredjedel av ersättningarna för undersökningar och behandlingar inom den privata vården.

Leverantörerna av privata hälsovårdstjänster anser att nedskärningarna är beklagliga. Också var nedskärningarna sätts in ger anledning till oro. Man är rädd för att kunderna kommer att börja anlita offentliga tjänster i stället.

”Kundförskjutningar ger också bieffekter i och med att köerna växer och tillgången till vård fördröjs på den offentliga sidan”, förklarar **Juha Tuominen**, överläkare vid vårdföretaget Terveystalo.

”Det största problemet är att man lägger sig i människans valfrihet, i rätten att själv välja läkare och att snabbt få vård och

behandling”, bedömer **Matti Bergendahl**, verkställande direktör för vårdföretaget Mehiläinen.

”För oss är FPA-ersättningarna inte av så stor betydelse. För fysioterapeuterna är ersättningarna dock viktiga, eftersom det vanligen är fråga om små 1–4 personers företag. Också röntgen- och magnetundersökningsersättningarna är av måttlig betydelse”, bedömer **Mikko Wiren**, verkställande direktör vid vårdföretaget Pihlajalinna.

Viktigt att se till helheten

Vårdkostnaderna och läkararvodena står dock bara för en liten del av FPA-ersättningarna för sjukvårdskostnader, som uppgår till totalt 1,8 miljarder euro. Merparten, dvs. cirka 70 %, går till ersättningar för läkemedel. Knappt 15 % används för resekostnader. Ersättningarna för undersökningar och behandlingar uppgår till drygt 70 miljoner per år.

”Ur statens och kommunernas synvinkel inser jag att man måste spara någonstans. Men nu gäller det att fundera över effektiviteten och analysera hur helheten borde vidareutvecklas”, säger Bergendahl.

”Det vore kanske förnuftigare att i större utsträckning stöda behandlingar i stället för att betala ersättningar för läkemedel och taxiresor; då skulle den offentliga sektorn ha mer resurser för de egna patienterna”, föreslår Tuominen.

En övergång till fasta ersättningsbelopp får ett försiktigt beröm från tjänsteleverantörerna. Också systemet med direkta ersättningar anses fungera väl.

”Ett missförhållande är att systemet behandlar hybridmodeller mellan den offentliga och den privata sektorn ojämnt jämfört med övriga aktörer. Som exempel kan nämnas att en patient vid ett privat sjukhus som i huvudsak ägs av ett sjukvårdsdistrikt inte får FPA-ersättningar, även om patienten får dem på det andra stället”, säger Wiren. ■

Hanna Moilanen

Översättning Kurt Kavander

Prisjämförelse

På FPA:s webbplats kan man jämföra de genomsnittliga arvoden för privata sjukvårdstjänster i olika kommuner. Syftet med den nya tjänsten är att öka genomskinligheten i prissättningen av hälso-tjänster och att ge konsumenterna möjlighet att granska priserna.

Bekanta dig med tjänsten på adressen www.kela.fi/hintavertailu. Välj språkversion längst upp på sidan.



Landskapen har sina egna folksjukdomar

Diabetes är vanligast i Södra Österbotten, ledgångsreumatism i Norra Savolax, kranskärlsjukdom i Norra Österbotten, astma i Kajanaland och psykos i Norra Karelen.

Dessa åldersstandardiserade uppgifter framgår av Hälsobarometern i FPA:s statistikdatabas Kelasto, där den regionala förekomsten av olika sjukdomar kan jämföras bland annat med hjälp av en illustrativ kartapplikation. Uppgifterna om folksjukdomar grundar sig på FPA:s databas för specialersättningsgilla läkemedel, där man har räknat ut folksjukdomsindex för olika sjukdomar.

I Finland utgör de kroniska folksjukdomarna den viktigaste sjukdomsgruppen som försvagar befolkningens funktionsförmåga och bidrar till förtida dödlighet. Som folksjukdomar räknas hjärt- och kärlsjukdomar, sjukdomar i andningsorganen, cancer, sjukdomar i rörelseapparaten, psykiska störningar och diabetes. Enligt Institutet för hälsa och välfärd lider över hälften av dem som har fyllt 30 år av någon kronisk sjukdom.

Diabetes förekommer mest i Södra Österbotten, men i mycket liten skala i grannskapet längs den svenskspråkiga kusten i Österbotten. Dessutom är sjukdomen mycket vanlig i landskapen Norra Karelen, Norra Savolax och Kajanaland. Diabetes är däremot ovanligast i landskapet Österbotten, granne till Södra Österbotten, och på Åland.

Hjärtsjukdomarna bildar ett mörkt område i Norra Österbotten, där FPA:s folksjukdomsindex visar att kranskärlsjukdom och hjärtinsufficiens är synnerligen vanliga. I fråga om hjärtinsufficiens är landet upp-

delat i ett friskare södra Finland och ett sjukdomsdrabbat norra Finland.

Ledgångsreumatism förekommer i stor utsträckning i Norra Savolax, men är ovanlig i Nyland. Åland har den minsta förekomsten av ledgångsreumatism.

Psykos är vanligast i Norra Karelen och Kajanaland. Psykosförekomsten är lägst i Egentliga Tavastland, Egentliga Finland och Nyland. Psykossjukdomarna är för det mesta långvariga sjukdomar som ofta leder till bestående nedsatt funktionsförmåga.

Hälsobarometerns sjuklighetsindex ger en mer generell bild av hälsosituationen i kommunerna och landskapen. Sjuklighetsindexindikatorn anger genom ett specifikt index för varje kommun hur frisk eller sjuklig befolkningen är i förhållande till befolkningen i hela landet (=100). Sjuklighetsindexet grundar sig på tre registervariabler: dödligheten, andelen invalid- eller sjukpensionerade i förhållande till personer i arbetsför ålder och andelen personer med rätt till specialersättningsgilla läkemedel.

FPA:s åldersstandardiserade sjuklighetskoefficient ger vid handen att den friskaste befolkningen jämfört med riksgenomsnittet bor på Åland.

Närmare information (på finska) > www.kela.fi/tilastokatsaus ■

Timo Partio

chefsplanerare, aktuarie- och statistikavdelningen

Översättning Kurt Kavander



Vård och hälsa

Så mycket positivt man får för en liten försäkringspremie!

Vi berör de fundamentala frågorna om social trygghet när vi begrundar vad allt vi har rätt till för de sjukförsäkringspremier som vi betalar i samband med beskattningen. År 2011 var premien 1,19 % och år 2012 är den 1,22 % av den förvärvsinkomst som är beskattningsbar vid kommunalbeskattningen. På inkomster av pensioner och förmåner är premien en aning högre, 1,39 %.

Av sjukvårdsförsäkringen äger vi och finska staten hälften var, vilket man ofta glömmer i samhällsdebatten. Har du tänkt på vad allt man får för den här lilla försäkringspremien?

Om du behöver vända dig till en privatläkare kan du välja vård-enhet och få ersättningen nästan utan att du märker det redan när du betalar på mottagningen. Om du behöver tandvård eller om ditt barn har ont i öronen och det inte går att vänta tills tidsbokningen på hälsovårdscentralen öppnar, kan du till och med samma dag få de tjänster du behöver genom att via internet boka tid hos en privat serviceproducent.

Om du bor i glesbygden och på grund av ditt hälsotillstånd inte kan köra bil eller åka kollektivt kan du beställa taxiskjuts som ersätts av FPA och mot en liten självriskavgift ta dig till vårdenheten. Om du behöver övernatta nära en vårdinrättning, till exempel på grund av dåliga kommunikationer, kan du få ersättning i form av övernattningspenning.

När en läkare ordinerar dig mediciner får du direktersättning för medicinerna på apoteket när du visar upp ditt FPA-kort. Förmånen kan vara värd upp till flera tusen euro per besök. Om du studerar vid ett universitet blir utbudet av tjänster ännu större genom den service som studenternas hälsovårdsstiftelse SHVS erbjuder. Samtidigt blir självriskandelen mindre.

Med det europeiska sjukvårdskortet kan du utomlands bevisa din rätt att få brådskande vård till samma pris och på samma villkor som befolkningen på resmålet. Du kan också genom förhandstillstånd söka vård i ett annat EU-land så att FPA tillsammans med sjukvårdsdistriktet står för vårdkostnaderna, om det inom rimlig tid eller med rimliga medel inte går att ordna vård i Finland.

Om du behöver rehabilitering kan du bland de tjänster som FPA ordnar eller har konkurrensutsatt välja lämplig hjälp mot din sjukdom eller om din arbetsförmåga hotar att gå förlorad.

FPA planerar och upprätthåller datasystem och hjälpregister, ut-

arbetar omfattande statistiska sammanställningar, uppskattningar och prognoser samt undersöker vilka behov det finns att utveckla förmånerna till medborgarnas bästa.

Alla system behöver utvecklas. Ersättningarna för läkemedel och resekostnader ligger på en rimlig nivå och fördelas relativt jämnt bland invånarna. Däremot bör ersättningarna för läkararvoden och för undersökningar och vård höjas rejält för att alla ska ha möjlighet att välja hälsovårdstjänster som erbjuds av privata aktörer.

Ersättningen bör vara sådan att ingen behöver dubbla ersättningsystem för att finansiera sina hälsovårdstjänster. Alla har inte möjlighet att köpa privata försäkringar. Enligt vad vi känner till har ungefär var tredje finländare tecknat en sådan.

Att sjukvårdsförsäkringens ersättningsnivå ska höjas är tyvärr inte det viktigaste önskemålet när det måste sparas inom stats-hushållningen. Då privat vård och rehabilitering ordnas med finansiering via sjukvårdsförsäkringen minskar i alla fall pressen på kommunerna.

Om sjukvårdsförsäkringens ersättning försvann och överfördes till kommunerna, skulle staten bli tvungen att öka kommunernas statsandelar med hundratals miljoner euro. Sjukvårdsförsäkringen är ett billigt – kanske för billigt – sätt att ordna hälsovårdstjänster i samhället.

Sjukvårdsförmånerna riktas som bäst in så att alla vi som är med och betalar har möjlighet att få service när behovet är som störst. I framtiden blir det förhoppningsvis allt mera också så att sjukvårdsförsäkringen minskar behovet att också ha en arbetsinkomstförsäkring – och gör det möjligt att snabbt få vård, effektiv undersökning och behandling oberoende av var man är bosatt.

På så sätt sparar sjukvårdsförsäkringen lidande inte bara för personer som inte omfattas av företagshälsovårdens tjänster utan också för anställda. Den besparar också arbetsgivarna förluster till följd av arbetsfrånvaro. Att till exempel vänta på att få ett ingrepp utfört och lyfta sjukdagpenning under tiden kan inte vara till fördel för någon.

År 2011 fick över 4,2 miljoner personer sjukvårdsförmåner. De kan inte ha fel. ■

Reija Jääskeläinen

Skribenten är förmånschef på FPA.

Översättning Gunilla Bergström

Ersättningarna för läkararvoden och för undersökningar och vård bör höjas rejält

Pettymys pääsykokeissa

NUORUUESSA SUURI HAAVEENI oli valmistua kansakoulunopettajaksi. Olin saanut olla yhden lukuvuoden 2.–3. luokan opettajan sijaisena omassa kansakoulussani. Nautin opetustyöstä pienten koululaisten parissa. Siihen aikaan opettajat olivat erittäin arvostettuja.

Pääsin Turun opettajakorkeakoulun pääsykokeisiin niiden 180 hakijan joukkoon, jotka 360 hakijasta oli todistusten perusteella seulottu. Otin laulutunteja opettajaltani. Harjoittelimme kovasti kahta kappaletta: ”Miks’ leivo lennät Suomehen” sekä ”Kotimaani ompi Suomi”.

Pääsykokeissa jännitin vallon valtavasti ja laulut menivät nuotin vierestä. Piirtäkään en osannut. Siihen katkesi tieni opettajakorkeakouluun, koska vielä tuolloin kansakoulunopettajan piti osata laulaa ja piirtää.

Suuren haaveeni kaatuminen harmitti sen kesän. Syksyllä pyrin ja pääsin Yhteiskunnalliseen korkeakouluun Tampereelle opiskelemaan hallintonotaariksi.

Sirkka-Liisa Anttila

Sirkka-Liisa Anttila



Sosiaalivakuutus 3|2012 ilmestyy syyskuussa.

Aineistot 15.8. mennessä
sosiaalivakuutus@kela.fi