

Sosiaalivakuutus



Suomalainen hyvinvointi puntarissa



Onko edelleen lottovoitto syntyä Suomeen?

■ Suomen sanotaan olevan maailman hyvinvoivin maa. Olemme saaneet ikämme kaiken kuulla hokemaa "On lottovoitto syntyä Suomeen". Erityisesti olemme oppineet arvostamaan Suomen sosiaaliturvaa ja ajattelemaan, että turvaverkko on meillä tiheämpi kuin monessa muussa maassa. Ovatko asiat todella näin hyvin?

Joukko kansainvälisiä asiantuntijoita löysi sosiaaliturvastamme melkoisia epäkohtia Kelan järjestämässä suomalaisen sosiaaliturvan tulevaisuutta koskevassa seminaarissa. Erityisesti he ihmettelivät, että suomalaiset sosiaaliturvan vaalijat suhtautuvat niin luottavaisesti siihen, miten sosiaaliturvajärjestelmämme selviytyy taloudellisesta taantumasta. He huomauttivat, että köyhyys on lisääntynyt ja epätasa-arvo kasvanut Suomessa viime vuosina. Taantuma tuskin parantaa tilannetta, pikemminkin päinvastoin.

Työssä käyvien ja työtä vailla olevien välille on syntynyt kuilu, joka näkyy erityisesti terveydenhuollossa. Työssä käyvillä on tukeaan työterveyshuolto. He pääsevät muita paremmin hoitoon, erityisesti erikoissairaanhoidon. Saksalainen professori ihmettelikin, ettei terveydenhuollon epätasa-arvo ole polttava keskustelunaihe Suomessa.

Toinen ulkomaisia seminaaripuhujia huolestuttanut ilmiö on Suomen nuorisotyöttömyys. Tanskalainen professori painotti, että nuorten tulisi olla koulussa tai työssä, ei yhteiskunnan tukien turvin toimettomina kotona. Syrjäytyminen lienee epätasa-arvon kasvun lisäksi toinen yleistyvä ongelma suomalaisessa yhteiskunnassa. Surullisinta on, jos ihminen syrjäytyy jo lapsena tai nuorena ja ajautuu sivuraiteelle.

Eräs panelisti kyseli myös, haluavatko hyvin toimeentulevat, joilla on varaa ostaa palveluja, enää rahoittaa muiden hyvinvointia. Tämä ilmiö näkyy paitsi yksityisen terveydenhuollon kasvuna myös eläkevakuutusten ostamisena. Eikö enää luoteta yhteiskunnan turvaan?

Tässä lehdessä kerrotaan Kelan etuuksiin vuodenvaihteessa tulevista muutoksista. Hyvä uutinen on, että kansaneläkeindeksiin sidotut etuudet säilyvät ennallaan. Tämä tarkoittaa, etteivät esimerkiksi työttömyyspäiväraha, työmarkkinatuki, kansaneläke, perhe-eläke ja vammaistuet laske, vaikka keskeisten hyödykkeiden hintataso, jonka perusteella indeksi lasketaan, onkin alentunut. Työttömyysetuuksiin tulee parannuksia: työttömyyspäivärahalle pääsy helpottuu ja työllistämistä edistävien aktiivitoimenpiteiden ajalta aletaan maksaa korotettua työttömyysturvaa.

Sosiaalivakuutuksen toimitus toivottaa lukijoilleen hyvää joulua. Ensi vuonna saatte luettavaksenne uudistuneen lehden.

SEIJA KAUPPINEN

sosiaalivakuutus

Kelan julkaisema sosiaali- ja terveysturvan aikakauslehti

FPAs tidskrift om social trygghet och sjukförsäkring

A journal focusing on issues of social and health protection published by the Social Insurance Institution of Finland

Sosiaalivakuutus 4. 2009
47. vuosikerta | 47 årgången | Volume 47

Julkaisija | Utgivare | Publisher
Kansaneläkelaitos
PL 450, 00101 Helsinki
020 634 11
www.kela.fi

Päätoimittaja
Huvudredaktör | Editor in chief
Seija Kauppinen

Toimituksen sihteeri
Redaktionens sekreterare
Editorial assistant
Christel Stenström 020 634 1459

Toimitussihteeri
Redaktionssekreterare | Assistant editor
Minna Latvala

Sosiaalivakuutus verkossa
www.kela.fi/sosiaalivakuutus

Kansi | Omslag | Cover
Juho Juntunen

Takakansi
Nana Uitto

Taitto | Layout **Jari Mattila**

Paino | Tryck | Printed by
KS Paino Oy
ISSN 0584-1410

Sosiaalivakuutuslehden aineisto on vapaasti lainattavissa, jos lähde mainitaan. Kirjoituksissa esiintyvät kannanotot eivät välttämättä vastaa Kansaneläkelaitoksen kantaa. Sosiaalivakuutus ilmestyy kuutena numerona vuodessa.

Tidskriften Sosiaalivakuutus får citeras med angivande av källan. Tidskriften utkommer med sex nummer om året.

Permission is granted to quote from this journal with the customary acknowledgement of the source. The Sosiaalivakuutus comes out six times a year.

Osoitelähde
Kelan osoiterekisteri

Sosiaalivakuutuksen toimituksen sähköpostiosoite
viestinta@kela.fi

Sähköpostit Kelaan
etunimi.sukunimi@kela.fi



Hyvinvointivaltioiden tulevaisuus puntarissa

4



Maksukattojen yhdistäminen hyödyttäisi köyhimpiä

12



Lasten kotihoidon tuki on ristiriitainen etuus

32



Määräaikainen työntekijä odottaa työnantajalta sitoutumista

38

4. 2009

1 Pääkirjoitus

4 Hyvinvointivaltion tulevaisuus puntarissa

Kansainvälisten asiantuntijoiden näkemys Suomen sosiaaliturvasta

8 Mikä muuttuu Kelan etuuksissa ja palveluissa vuonna 2010?

10 Helpotusta vaan ei lopullisia ratkaisuja

Asiantuntijana Euroopan komission neuvonantaja Robertus Cornelissen

12 Maksukattojen yhdistäminen hyödyttäisi köyhimpiä

Asiantuntijoina tutkimuspäällikkö Hennamari Mikkola ja lakimies Pia Nissinen

15 Tutustu KanTaan verkossa

16 Sairaanhoidokorvausten tilitystiedot siirtyvät Kelaan

entistä helpommin Asiantuntijana suunnittelija Mia Mustonen

18 Kela tutkii ja tilastoi

20 Yksityisen vakuutuksen ottanut potilas hakeutuu hoitoon herkästi

Asiantuntijana VTL Riitta Lusenius

22 Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat nuorille sairauspoissaoloja

Kirjoittajat tutkimusprofessori Raimo Raitasalo ja pääsuunnittelija Kaarlo Maaniemi

26 Lasten kotihoidon tuki on ristiriitainen etuus

Asiantuntijana yliassistentti Katja Repo

29 Uutisia: Työttömyyden kasvu ei ole lisännyt kotihoidon tuen suosiota

30 Ajatusten herättelyä ja muutostyötä Asiantuntijana johtaja Jussi Nikander

32 Päihdekuntoutus: Kunnalta kuntoutus, Kelalta toimeentulo

34 Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus kohentaa elämänlaatua

Asiantuntijoina tutkijat Jouni Puumalainen ja Marjatta Martin

36 Nuorten työ- ja opiskelutilanne selkiytyi kuntoutusrahajakson aikana

Kirjoittajat johtava tutkija Jouko Lind ja tutkija Tuula Aaltonen

38 Määräaikainen työntekijä odottaa työnantajalta sitoutumista

Asiantuntijana professori Jouko Nätti

40 Sammandrag ja Summary

Hyvinvointivaltion tulevaisuus puntarissa



Kelassa pidetyssä seminaarissa
ulkomaiset vieraat, professorit
Johan Fritzell (vas.), Nina Smith
ja Karl Hindrichs kertoivat
näkemyksensä Suomen
nykytilasta ja sosiaalipolitiikan
tulevaisuuden näkymistä.

Suomalainen hyvinvointivaltio on kansainvälisen vertailun mukaan voimissaan. Lähempi tarkastelu osoittaa kuitenkin epäkohtia, jotka uhkaavat rapauttaa järjestelmän perustukset.

● Suomi julistettiin lokakuussa maailman hyvinvoimimmaksi maaksi. Englantilainen tutkimuslaitos Legatum vertaili 109:ää maata käyttäen mittareina taloudellisen hyvinvoinnin ohella muun muassa koulutusta, terveyttä ja turvallisuutta. Suomen kärkipaikka selittävät erityisesti toimiva hallinto ja vahva turvallisuus. Kiitosta Suomi saa Legatummin raportissa myös koulutuksesta ja yksilönvapaudesta.

Raportin julkistamisen aikaan Kelan päätalossa järjestettiin suomalaisen sosiaalipolitiikan nykytilaa ja tulevaisuutta arvioiva seminaari. Siinä kotimaiset asiantuntijat esittelivät Suomen järjestelmää ulkomaisille panelisteille.

Suomalaisten asiantuntijoiden alustuksista ilmeni, kuinka sosiaaliturvajärjestelmä selvisi 1990-luvun lamasta. Asiantuntijoiden joukossa olivat muun muassa **Jaakko Kiander**, **Aki Kangas-harju**, **Jukka Pekkarinen**, **Eero Lahelma**, **Ilmo Keskimäki** ja **Matti Tuomala**. Alustajat pyrkivät myös arvioimaan, mitä vaikutuksia nykyisestä taantumasta on odotettavissa hyvinvointivaltiolle ja sen rahoituspohjalle.

Aihetta pohdittiin muun muassa työllisyyden, eläkejärjestelmän, kuntien palveluiden, terveydenhuollon sekä sosiaali- ja terveyspolitiikan oikeudenmukaisuuden näkökulmista. Päivän päätteeksi esiteltiin myös Sata-komitean linjauksia.

Alustajat suhtautuivat luottavaisesti siihen, ettei talouden nykyinen lasku-

”Terveyden tasa-arvo on polttava ongelma. Työnteon kannustimien viilaaminen ei auta, jos ihmiset ovat liian sairaita työskentelemään.”

suhdanne vaikuttaisi järjestelmään kovin voimakkaasti. Pikemminkin he olivat huolissaan väestön ikärakenteen muutokseen liittyvistä rahoitusongelmista.

Epätasa-arvolle tiukat rajat

Seminaarin toisena päivänä ulkomaiset vieraat professori **Nina Smith** Aarhusin yliopistosta, professori **Johan Fritzell** Tukholman yliopistosta sekä professori **Karl Hindrichs** Bremenistä, Zentrum für Sozialpolitik -laitoksesta kertoivat näkemyksensä maamme nykytilasta ja tulevaisuuden näkymistä.

Arvioijat kertoivat yllättyneensä suomalaisten asiantuntijoiden verrattain huolettomasta suhtautumisesta nykyiseen taantumaa. Heidän mukaansa lähitökohtat ovat nyt paljon heikommalla kuin 1990-luvun lamaan. Fritzell totesi, että tuloerot ovat nyt suuremmat, työttömyyden lähtötaso huomattavasti korkeammalla erityisesti nuorilla, köyhyys yleisempää sekä useiden etuuksien taso alemmalla, jopa niin että peruspäivä-

rahan ja työmarkkinatuen taso on EU:n suhteellisen köyhyysrajan alapuolella.

– Pääosin sosiaalietuuksien varassa elävien ihmisten joukossa köyhyys on lisääntynyt varsin dramaattisesti, Fritzell huomioi.

Panelistit kehottivat kiinnittämään epätasa-arvon kasvuun erityistä huomiota. Sosiaaliuudistusten pitkäaikaisia vaikutuksia on arvioitava myös tasa-arvon näkökulmasta.

– Jotta Suomea voitaisiin jatkossakin kutsua pohjoismaiseksi hyvinvointivaltioksi, nyt on asetettava rajat sille, kuinka epätasa-arvo voi tulevaisuudessa kehittyä, Smith totesi.

Terveys inhimillisenä pääomana

Panelistien mukaan jo nyt Suomen sosiaaliturvajärjestelmä kohtelee eri ryhmiä eri tavoin. Järjestelmä jakaa väestön kahteen ryhmään – työelämään kuuluviin ja kuulumattomiin. Erot ryhmien välillä kasvavat. Järjestelmä takaa työssä käyville ja työuran tehneille selkeästi paremmat etuudet ja palvelut kuin sen ulkopuolella oleville.

Esimerkinä he mainitsivat työterveyshuollon. Työssä käyvät pääsevät muita helpommin terveydenhuoltoon ja erityisesti erikoissairaanhoidon. He myös suhtautuvat muita aktiivisemmin terveyteen.

– Suomalaisten terveydessä on suurta epätasa-arvoa. Yllätyin, että tämä ei ole

päivänpolttava aihe Suomessa. Saksassa kiistelimme kahden yhteiskuntaluokan terveydenhuollosta. Eroja ei saisi olla siinä, kuinka laadukkaita terveystalvluja kenellekin on saatavilla, Karl Hindrichs sanoi.

Hindrichs lisäsi, että toisin kuin esimerkiksi Norjalla, Suomella ei ole rikkautta tuovia luonnonvaroja. – Ainoa luonnonvaranne on terve ja hyvinkoulu-tettu väestö. Tästä luonnonvarasta täytyy pitää huolta. Terveys pitäisi mieltää inhi-milliseksi pääomaksi.

Johan Fritzell pitäisi itsestään selvänä sitä, että tulevaisuuden näkymät väes-

”Suomen lähtökohdat ovat tässä taantumassa paljon heikommät kuin 1990-luvun lamassa.”

tön ikärakenteesta ja hyvinvointivaltion rahoituksesta pakottaisivat oikaisemaan terveyden epätasa-arvon.

– Ei paljon auta, vaikka kuinka muut-taisimme työskentelyn kannustimia, jos ihmiset ovat liian sairaita työskentele-

mään. Yhteiskunnan kestävä kehitys edel-lyttää terveyden tasa-arvoa.

Perheverotuksesta tulisi takapakkia

Puheet perheverotuksen käyttöönos-ta oudoksuttivat panelisteja. Hyvinvoin-tivaltion rahoitus vaatii mahdollisimman monen työpanosta.

Nina Smithin mukaan Suomen ta-louselämän tärkeimpiä vahvuuksia toisen maailmansodan jälkeen on ollut naisten aktiivinen osallistuminen työhön. – Per-heverotus olisi erittäin huono idea maan



	2007	2020	2035	2060	Change 2007-2035
Pensions	10,0	12,6	13,9	13,3	3,9
Health care	5,5	6,0	6,5	6,5	1,0
Long-term care	1,8	2,4	3,5	4,4	1,7
Education	5,7	5,3	5,4	5,3	-0,3
Unemployment	1,2	1,0	1,0	1,0	-0,2
Total	24,2	27,2	30,3	30,5	6,1

Kuva: Nana Uitto

Hindrichs, Smith ja Fritzell kehittävät suomalaisia kiinnittämään erityistä huomiota epä-tasa-arvon kasvuun. Sosiaaliudistusten pitkäaikaisia vaikutuksia on arvioitava myös tasa-arvon näkökulmasta.

talouden kannalta sekä tietysti myös tasa-arvon ja inhimillisen pääoman näkökulmista.

Johan Fritzell lisäsi, että Pohjoismaiden verrattain alhaiset köyhyysluvut eivät ole seurausta siitä, että sosiaalietuudet olisivat merkittävästi korkeammalla tasolla kuin Manner-Euroopassa.

– Suomessa ei yksi tienaa riittävästi. Ei ole hyvä merkki, jos Suomi haluaa lähentyä Eurooppaa tässä mielessä. Väestön hyvinvoinnin ylläpitäminen edellyttää korkeaa työhön osallistumista.

Erityisen huolestuneita panelistit olivat Suomen nuorisotyöttömyydestä. Nykyinen 21 %:n työttömyys alle 25-vuotiaiden ryhmässä ei ole Smithin mukaan millään tavoin hyväksyttävää. Ratkaisuna ongelmaan Smith ehdotti Tanskassa vuonna 1996 tehtyä kiisteltyä ja sittemmin kiiteltyä nuorisotyöllisyysuudistusta, jonka mukaan alle 25-vuotiaiden tuet eivät muun muassa saa ylittää opintotuen määrää.

– Nuorten pitäisi olla koulussa tai töissä. Hyvinvointivaltion tehtävä on huolehtia tästä. Ainakaan se ei saa tarjota väärää kannustimia, Smith painotti.

Rahoittamisen arvoinen hyvinvointivaltio

Paitsi taantumien ja väestön ikääntymisen vuoksi, maailman parhaaksi arvostettu hyvinvointivaltiomme on panelistien mukaan uhattuna yhteiskunnan kahtiajaon ja ulkopuolisuuden ongelman takia.

Nina Smith korosti, että kahtiajako ei saa jatkaa kehittymistään tulevaisuudessa. – Kaksijakoinen järjestelmä tarkoittaa sitä, että kaikille ei ole tarjolla korkealaatuisia palveluita. Vähemmän rikkaille on tarjolla vain toissijaiset vaihtoehdot.

– Juopa ryhmien välillä ei laajene, jos myös ulkopuolisista huolehtiva järjestelmä on korkealaatuinen ja riittävän hyvä kaikille, Johan Fritzell lisäsi.

Karl Hindrichsin mukaan olisi mielenkiintoista, miksi ihmiset haluavat yksityisiä vaihtoehtoja, kuten vapaaehtoisia eläkevakuutuksia. – Onko niin, että ihmiset eivät luota enää hyvinvointivaltion lupaukseen? Luottamus pitäisi palauttaa.

Smithin mukaan hyvinvointivaltio kaatuu, jos valtaosa veronmaksajista valitsee yksityisen ratkaisun. – Silloin he eivät enää piittaa hyvinvointivaltion kohtalosta eivätkä ole motivoituneita rahoittamaan sitä. ■

Asiantuntijoiden esitykset sosiaalipolitiikan tulevaisuusseminaarissa 29.-30.10.

Valtion ja kuntien talous I

Jaakko Kiander, johtaja, Palkansaajien Tutkimuslaitos
Suomen viimeaikaiset taloudelliset taantumet ja niiden seuraukset

Mikko Kautto, osastopäällikkö, Tutkimusosasto, Eläketurvakeskus
Eläkkeiden rahoitus ja eläkejärjestelmien haasteet

Raija Volk, tutkimusjohtaja, Pellervon Taloudellinen Tutkimuslaitos
Kuntien palveluiden uudet haasteet

Valtion ja kuntien talous II

Merja Kauhanen, tutkimuskoordinaattori, Palkansaajien Tutkimuslaitos
Työllisyys ja sen kehitysnäkymät

Aki Kangasharju, tutkimusprofessori, Valtion Taloudellinen Tutkimuskeskus
Kuntien taloudellinen tilanne ja selviäminen edellisestä ja nykyisestä lamasta

Jukka Pekkarinen, ylijohtaja, Valtionvarainministeriö
Hyvinvointivaltion rahoitusohjelma

Terveyspolitiikka

Eero Lahelma, professori, Helsingin yliopisto
Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kehitys

Jan Klavus, tutkimuspäällikkö, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos
Terveystieteiden rahoitus ja talouden muutokset

Ilmo Keskimäki, professori, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos
Oikeudenmukaisuus terveyspalveluissa

Sosiaalipolitiikka

Matti Tuomala, professori, Tampereen yliopisto
Hyvinvoinnin jakautuminen, köyhyyden ja tuloerojen kehitys, ylimmät tulot

Eva Österbacka, erikoistutkija, Kela, Suomen Akatemia
Lasten ja nuorten hyvinvoinnin kehitys, köyhyyden ylisukupolvisuus

Pasi Moisio, erikoistutkija, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos
Sata-komitean uudet linjaukset

Esitykset löytyvät osoitteesta www.kela.fi/tutkimus

Mikä muuttuu Kelan etuuksissa vuonna 2010?

Kansaneläkeindeksiin sidotut etuudet pysyvät ennallaan

Kansaneläkeindeksi säilytetään vuoden 2009 tasolla. Näin esitetään kansaneläkeindeksiin sidottujen etuuksien alentuminen taloudellisen taantuman aikana. Tason säilyttäminen koskee kansaneläkkeiden lisäksi esim. työttömyyspäivärahaa, työmarkkinatukea ja toimeentulotukea.

Työnantajan Kela-maksu poistuu

Työnantajan kansaneläkemaksu poistuu vuoden alusta.

Koti ja perhe

Isäkuukausi pitenee

Isäkuukautta pidennetään kahdella viikolla vuoden alusta. Isäkuukauden isyyspäivärahopäivien määrä nousee ensi vuonna 24 arkipäivään, jolloin isäkuukauden enimmäispituudeksi tulee 36 arkipäivää.

Yrittäjille oikeus osittaiseen hoitorahaan

Vuoden alusta oikeus osittaiseen hoitorahaan laajennetaan koskemaan myös yrittäjiä. Samalla osittainen hoitoraha korotetaan nykyisestä 70 eurosta 90 euroon kuukaudessa.

Terveys ja kuntoutus

Osasairauspäivärahoikeus laajenee

Vuoden alusta osasairauspäivärahaa voi saada heti sairauspäivärahan omavastuuajan (sairastumispäivä + 9 seuraavaa arkipäivää) jälkeen. Osasairauspäivärahaa voidaan myöntää myös välittömästi sairauspäivärahan tai kuntoutusrahan jälkeen.

Suuhygienistin hoidosta korvausta

Suuhygienistin itsenäisesti antama hoito korvataan vuoden alusta alkaen, kun hoito perustuu yksityisessä terveydenhuollossa toimivan hammaslääkärin antamaan määräykseen. Hoito korvataan enintään 15 kerralta, jos se on annettu kahden vuoden kuluessa määräyksestä. Suuhygienistin tekemä suun terveystarkastus korvataan kerran kalenterivuodessa vahvistetun taksan mukaan.

Kuntoutusrahan ylläpitokorvaukseen euron korotus

Kun kuntoutuksesta aiheutuu ylimääräisiä kustannuksia, kuntoutusrahaa saava voi saada ylläpitokorvausta. Vuoden alusta ylläpitokorvaus nousee 8 eurosta 9 euroon päivässä.

Vammaisetuksia laitoshoidossa oleville

Vammaisetuksia ehdotetaan maksettavaksi myös niille, joiden

hoitojakso julkisessa hoitolaitoksessa kestää yli kolme kuukautta. Muutos koski vammaistukea, eläkettä saavien hakemusta vuoden alusta.

Vammaisten tulkkauspalvelut Kelalle

1.9.2010 alkaen Kela vastaa kuulovammaisten, kuulonäkövammaisten ja puhevammaisten tulkkauspalveluista. Tulkkauspalvelua välittäviä keskuksia tulee viisi eri puolille Suomea.

Opiskelu ja työ

Opiskelijoiden sairauspäivärahan hakemista joustavoitetaan

Opiskelijoiden sairauspäivärahan hakemista ehdotetaan helpotettavaksi siten, että opiskelija voisi jatkaa opintotuen nostamista siihen saakka, kunnes hän on saanut päätöksen sairauspäivärahan myöntämisestä. Opiskelijan ei myöskään tarvitsisi itse lakkauttaa opintotukeaan, vaan Kela keskeyttäisi opintotuen maksamisen sairauspäivärahan myöntämisen jälkeen. Samalla opiskelijalle voitaisiin opintotukeen sisältyvän asumislisän sijaan myöntää yleinen asumistuki.

Nyt voimassa olevan lainsäädännön mukaan opiskelijalle ei voida myöntää sairauspäivärahaa, ennen kuin hän on itse pyytänyt opintotuen lakkauttamista. Muutokset tulisivat voimaan, kun opiskelijan työkyvyttömyys alkaa 1.8.2010 tai sen jälkeen.

Vuorotteluvapaa vakinaistuu

Vuorotteluvapaa vakinaistetaan ensi vuoden alusta. Muuten vuorotteluvapaata koskeva laki pysyy ennallaan.

Työttömyyspäivärahalle pääsy helpottuu

Työttömyyspäivärahaa voi ensi vuoden alussa saada entistä lyhyemmän työssäolon jälkeen. Ensimmäistä kertaa työttömyyspäivärahaa saavan työssäoloa lyhenee 43 viikosta 34 viikkoon. Myös yrittäjien työssäoloa lyhenee kahdesta vuodesta 18 kuukauteen.

Työssäoloa lyhentäminen auttaa ensimmäistä kertaa työmarkkinoille tulevia pääsemään ansio- tai peruspäivärahan piiriin tarveharkintaisen työmarkkinatuen sijaan.

Aktivointiajalta korotettua työttömyysturvaa

Työllistymistä edistävien aktiivitoimenpiteiden, kuten koulutuksen, työkokeilun, kuntouttavan työtoiminnan tai työelämävalmennuksen, ajalta maksetaan peruspäivärahan ja työmarkkinatuen korotusosaa tai ansiosidonnaisen päivärahan korotettua ansio-osaa, kuitenkin enintään 200 päivältä.

Myös muutosturvaan tulee parannuksia.

Työttömyysajan koulutusetuudet muuttuvat

Työttömän koulutustuki ja koulutuspäiväraha poistuvat. Koulutuksen ajalta maksetaan sitä työttömyysetuutta, johon henkilöllä työttömänä ollessaan olisi oikeus. Työtön saa samansuuruisia etuuksia siitä riippumatta, osallistuuko hän työ- ja elinkeinotoimiston hankkimaan koulutukseen vai omaehtoiseen koulutukseen. Omaehtoiseen koulutukseen voi päästä myös ilman 10 vuoden työhistoriaa. Työvoimapolitiittisen aikuiskoulutuksen ajalta maksettava tuki lasketaan työttömyyspäivärahan 500 päivän enimmäisaikaan.

Työttömyysputken alkaminen myöhentyy

Vuoden alusta työttömyyspäiväraha- ja lisäpäiväraha-oikeuden, ns. työttömyysputken alkamisikä nousee 59 vuodesta 60 vuoteen. Muutos koskee vuonna 1955 tai sen jälkeen syntyneitä työnhakijoita.

Eläkeasiat

Työkyvyttömyyseläke paranee

Työeläkelakien mukaisen työkyvyttömyyseläkkeen tasoa parannetaan vuoden alusta mm. korottamalla tulevalta ajalta laskettavan eläkkeen karttumisprosenttia ikävuosilta 50–63. Tutkintoon johtava opiskelu ja alle 3-vuotiaan lapsen hoitaminen kotihoidontuella otetaan myös huomioon, kun tulevan ajan eläkettä lasketaan vuoden alusta.

Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työhönpaluu ja työkokeilu helpottuvat ensi vuoden alusta, kun sekä kansaneläkkeen että työeläkkeen lisäksi voi ansaita 600 euroa kuukaudessa. Jos ansiot ylittävät tämän, eläkkeen voi jättää lepäämään enintään kahdeksi vuodeksi.

Osa-aikaeläkkeelle uusi ikäraja

Vuoden 2011 alusta osa-aikaeläkkeen alaikäraja korotetaan 60 vuoteen ja eläkkeen karttuminen osa-aikaeläkkeen ansionalemasta poistetaan. Muutokset koskevat 1953 ja sen jälkeen syntyneitä.

Työkyvyttömyyseläkkeen asumisaikavatiimuksiin lievennys

Suomeen muuttanut, ulkomailla lapsena vammautunut voisi saada työkyvyttömyyseläkettä ja eläkettä saavan hoitotukea, kun hän on täyttänyt 16 vuotta. Eläkkeeseen ei enää vaadittaisi kolmen vuoden asumisaikaa Suomessa. Edellytyksenä on kuitenkin, että henkilö saa 16 vuotta täyttäessään alle 16-vuotiaan vammaistukea.

Eläkettä saavan hoitotukea myös laitoshoidossa oleville

Hoitotukea aletaan maksaa vuoden alusta myös niille, joiden hoitojakso julkisessa hoitolaitoksessa kestää yli kolme kuukautta. Ks. kohta Terveys ja kuntoutus

Lisäksi ylimääräistä rintamalisää saavien veteraanien korotettuun ja ylimpään hoitotukeen alettaisiin maksaa 50 euron suuruisia veteraanilisää 1.9. alkaen. ●

Muutoksia toimistoverkoon

Kela sulkee 19 toimistoaan ensi vuonna.

Suurin osa toimistoista korvataan yhteispalvelulla.

1.1.2010 suljetaan seuraavat toimistot (lähin toimisto sulkemisen jälkeen)

Martinlaakso, Vantaa	Myyrmäki, Vantaa
Elimäki	Kouvola
Kuusankoski	Kouvola
Iitti	Kouvola
Myllykoski	Kouvola
Virolahti	Hamina
Padasjoki	Asikkala
Kärkölä	Hollola
Nastola	Lahti
Lauritsala, Lappeenranta	Kievarinkatu, Lappeenranta
Valtimo	Nurmes
Sulkava	Savonlinna
Perniö	Salo
Vaajakoski	Jyväskylä
Alahärmä	Kauhava
Jurva	Kurikka
Utajärvi	Muhos

1.4.2010 suljetaan

Nakkila	Harjavalta
---------	------------

1.5.2010 suljetaan

Sysmä	Heinola
-------	---------

Muutosten jälkeen Kela palvelee asiakkaitaan 232 toimistossa. Lisäksi Kela on solminut 84 sopimusta yhteispalvelusta.

Helpotusta vaan ei lopullisia ratkaisuja

EU:n sosiaaliturvan uudet yhteensovittamisasetukset astuvat voimaan toukokuussa.

● Euroopan komission neuvonantaja, professori **Robertus Cornelissen** on työskennellyt eurooppalaisen sosiaaliturvan ja sen koordinaation parissa vuosia.

Toukokuussa 2010 astuvat voimaan EU:n sosiaaliturvan uudet yhteensovittamisasetukset, jotka ovat työllistäneet Cornelissea miltei koko 2000-luvun. Leikkisä arvonimi ”asetuksen 883 isä” ei kuitenkaan tunnu belgialaisesta herrasmiehestä omalta.

– Arvelisin, että asetuksen oikea isä on edeltäjäni, joka alkoi ajaa EU:n sosiaaliturvan koordinaatioasetusten päivittämistä. Vastuu siirtyi minulle vuoden 2001 alussa. Saatoin vaikuttaa neuvotteluihin jonkin verran, mutta kaikki delegaatiot osoittivat voimakasta tahtoa ja sitoutumista. Työtä vauhditti myös selvä takaraja, 1.3.2004. Kaikki tiesivät, että asetus on saatava hyväksytyä ennen unionin seuraavaa laajenemista, Cornelissen pyörittelee.

Mutkin kuin työntekijät EU-lainsäädännön piiriin

Asetuksen 883/2004 tavoitteena oli EU:n sosiaaliturva-asetusten yksinkertaistaminen ja nykyaikaistaminen. Onnistuttiinko työssä?

– Yksinkertaistamisessa kyllä, nykyaikaistamisessa ainoastaan osittain. Asetus tuo lisää unionin sisällä liikkuvia Euroopan kansalaisia EU-lainsäädännön piiriin. Aiemmat asetukset ovat määränneet vain työntekijöiden sosiaaliturvasta. Nyt mukaan saadaan myös opiskelijat, eläkkeensaajat ja perheenjäsenet. Se vahvistaa Euroopan unionin kansalaisuutta.

Asetus ei kuitenkaan harmonisoi eri maiden järjestelmiä eikä eroavuuksista päästä eroon.

– Esimerkiksi eläkeiät sekä määritelvät perheenjäsenten ja työ- ja toimintakyvystä vaihtelevat maittain.

Pallo paremmasta palvelusta sosiaaliturvalaitoksille

Asetuksella myös parannetaan vakuutettujen oikeuksia ja velvoitetaan eri maiden sosiaaliturvalaitoksia parantamaan palveluaan. Liikkuvien henkilöiden pitäisi päästä mahdollisimman nopeasti hyötymään oikeuksistaan toisessa maassa. Uutena menettelynä tulee etuuskien väliaikainen maksaminen sellaisessa tilanteessa, jossa ei vielä ole selvää mikä maa on vastuussa kustannuksista.

– Asetuksessa on kohta hyvästä hallinnosta. Siinä painotetaan kansalaisten avustamista ja neuvomista. Yhä käy niin, että ihmistä voidaan juoksuttaa eri paikoissa.

Asetus velvoittaa maat myös siirtymään sähköiseen tiedonvaihtoon. Kahden vuoden siirtymäajan jälkeen paperilomakkeiden pitäisi olla historiaa.

– EESSI-projekti on suuri haaste, mutta suhtaudun siihen optimistisesti. Uskon, että intensiivisellä yhteistyöllä, velvoittamalla laitokset muutoksiin ja asettamalla selvät määräajat järjestelmä saadaan toimivaksi.

Cornelissenilla on myönteisiä kokemuksia eri jäsenmaiden ja niiden sosiaaliturvaa toimeenpanevien organisaatioiden kanssa työskentelystä. Yhteistyö on syvää ja koordinoitua.

Asetus 883/2004 muuttaa EU-maiden välillä liikkuvien henkilöiden sosiaaliturvaa

- Nykyisin sovelletaan EU-asetuksia 1408/71 ja 574/72
- Ne korvautuvat 1.5.2010 uudella asetuksella 883/2004 ja sen toimeenpanosta annetulla asetuksella
- Kyse yksinkertaistamisesta ja nykyaikaistamisesta
- Asetuksessa vakuutettujen oikeudet ja velvollisuudet on määritelty tarkemmin
- Vakuutettujen oikeuksia on parannettu
- Sosiaaliturvaa toimeenpanevien laitosten on pyrittävä toimimaan vakuutettujen eduksi, esimerkiksi tilanteessa, jossa henkilö ei ole toimittanut hakemustaan tai tiettyjä tietoja oikealle laitokselle
- Liikkuvien henkilöiden pitäisi voida hyötyä oikeuksistaan mahdollisimman nopeasti ja mahdollisimman hyvin edellytyksin
- Velvoittaa laitokset sähköiseen tiedonvaihtoon siirtymäajan kuluessa
- Tuo myös muut kuin työntekijät EU-asetusten piiriin (opiskelijat, eläkkeensaajat, perheenjäsenet)



Professori Robertus Cornelissen puhui Itämeren maiden yhteisessä sosiaaliturvaseminaarissa syyskuussa Tuusulassa.

– Tiedonvaihto toimii hyvin ja ajatuksia vaihdetaan esimerkiksi trESS-verkostossa (Training and reporting on European Social Security).

Asetus pitää sovittaa kansalliseen järjestelmään

Kelassa työskennellään parhaillaan tiiviisti asetuksen mukanaan tuomien muutosten sovittamisessa käytäntöihin ja ohjeistuksiin. Minkälaisia haasteita asetuksen voimaantulo luo eri maille?

– Kansallinen sosiaaliturvaa määrittävä lainsäädäntö on muuttunut, samalla kun unionin asetusta on päivitetty. Yksi kysymys on, mitä tapahtuu uusille etuuskasille? Lastenhoidon tuki on muuttunut. Euroopan ikääntyvän väestön hoitamiseen liittyen on tullut uusia hoitoetuksia. Esimerkiksi se, miten iäkkäitä vanhempiaan voi hoitaa tuetusti, vaihtelee paljon maittain. Yritimme saada asetukseen kappaleen hoitoetuksista, mutta se ei mennyt läpi.

Haastattelun lopuksi Cornelissen muistuttaa, että asetukset eivät ole kiivenhakattuja totuuksia vaan dynaamisia työkaluja.

– Komissiolla on lakisääteinen velvollisuus tarkastella aika ajoin, toimiiko asetukset vielä tämän päivän maailmassa. Sosiaaliturvan koordinoimisen on tarkoitus olla loppumaton tarina. ■

EESSI rakentaa sosiaaliturvan sähköistä tiedonvaihtoa

Asetus 883/2004 velvoittaa jäsenmaiden sosiaaliturvaa hoitavat laitokset siirtymään sähköiseen tiedonvaihtoon. Toukokuun alussa 2010 alkaa kahden vuoden siirtymäaika. Sen jälkeen rajojen yli kulkevien tietojen pitää siirtyä sähköisesti.

Liikkuminen eri maiden välillä on kasvanut huomattavasti.

– Kansainväliset asiat olivat pitkään marginaalissa, mutta nykyisin ne ovat jo todella merkittävä osa etuusratkaisuista, pohtii järjestelmäpäällikkö **Heljä Ketola**. Hän on STM:n alaisen kansallisen EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) -projektin vetäjä Suomessa.

Asetus ei pakota kansallista toimintaa sähköiseksi, mutta paljon työtä pitää tehdä, jotta esimerkiksi Kelan etuusjärjestelmiä voidaan integroida maiden väliseen järjestelmään.

– Pitkän päälle ei olisi mitään järkeä siinä, että omista järjestelmistämme poimittaisiin tiedot yksitellen ja syötettäisiin ne manuaalisesti EU-järjestelmään.

Kela on saanut Suomessa tehtäväkseen yhteisten tietojenvaihtopalvelujen ja niihin liittyvän arkkitehtuurin tuottamisen.

– Meidän tulee siis luoda järjestelmä, jolla siirretään tietoa suomalaisten laitosten ja muiden EU-maiden sosiaaliturvaorganisaatioiden välillä.

– Asetus kattaa kaikki tärkeimmät sosiaaliturvan sektorit. Asiasisältö on mahdollittoman laaja. Sisällöltään rakennettava järjestelmä on ehkä jopa laajempi kuin esimerkiksi Kansallinen terveysarkisto Kanta, mutta volyymltaan se on toki huomattavasti pienempi.

Velvoite sähköisestä tiedonvaihdosta koskee Kelan lisäksi kaikkia sosiaaliturvaa toimeenpanevia tahoja, kuten työvoimaviranomaisia, työttömyyskassoja, tapaturmavakuutusyhtiötä ja eläkelaitoksia.

Asiakkaan pitäisi saada nopeaa palvelua

Parhaillaan EU-komissiossa viimeistellään ns. sähköisiä rakenteellisia asiakirjoja, SEDejä, jotka korvaavat nykyiset E-lomakkeet. Muutos ei ole yksinkertainen, eikä sähköisten asiakirjojen juridista luonnetta ole helppo määritellä.

– Uudessa järjestelmässä pitää voida todentaa, kuka lähetti dokumentin, milloin se lähetettiin ja kuka sen vastaanotti. Lisäksi tulee taata asiakirjan muuttumattomuus. Asiakirjojen pitää olla oikeustoimikelpoisia. On myös päätettävä, mitä tehdään erilaisille paperiliitteille, esim. lääkärintodistukset. Aluksi ne ehkä voidaan skannata.

Asiakkaalle kansainvälisen sähköisen tiedonvaihdon pitäisi näkyä ripeämpinä ratkaisuina. Asetus velvoittaa laitokset nopeuttamaan kansainvälisiä etuusratkaisuja.

– Asioiden käsittely voi nopeutua. Sitä ennen kuitenkin uudistetaan käsittelyprosesseja ja rakennetaan järjestelmiä kaikissa EU-maissa. Ensin pitää vetää tieverkko, ennen kuin sitä pitkin voidaan askeltaa.

PIPSA LOTTA MARJAMÄKI



Maksukattojen yhdistäminen hyödyttäisi köyhimpiä

Jos terveydenhuollon kunnallinen asiakasmaksukatto, lääkekatto ja matkakatto yhdistettäisiin, pienituloiset pitkäaikaissairaat pääsisivät vähemmällä kuluilla. Pelkästään paljon lääkkeitä ostavat taas maksaisivat nykyistä enemmän.

sutulot eivät alene. Viime vuonna lääkekaton kustannukset olivat 147 miljoonaa euroa ja matkakaton 53 miljoonaa euroa. Vuonna 2006 kuntakaton kustannuksia kertyi 36 miljoonaa euroa. Kunnat maksavat kattokorvauksista 21 % ja sairausvakuutus 79 %.

Kaikki eivät hae korvauksia

THL:n tutkimuspäällikkö **Hennamari Mikkola** kertoo tutkimuksen perustuvan ainutlaatuisen laajaan aineistoon. THL yhdisti omat tilastonsa Kelan rekistereihin ja Tilastokeskukselta saamiinsa potilaan taustatietoihin, etenkin tulotietoihin. Aineistoon lisättiin 13 kunnan tiedot avohoitokäynneistä.

THL:n mukaan kunnallisen asiakasmaksukaton ylitti lähes 85 000 henkilöä. Kun katto ylittyy, voi hakea vapaakortin. THL:n ja Kuntaliiton kysely osoitti vapaakortteja olevan 70 000. Mikkola selittää eroa sillä, että moni vanhus ei osaa hakea vapaakorttia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon väki pitää vapaakorttijärjestelmää työläänä. THL esittääkin, että järjestelmää kehitettäisiin niin, että edunsaaja saisi vapaakorttinsa automaattisesti.

Myös lakimies **Pia Nissinen** Kelan

terveysosastolta katsoo, että eri maksukatot tunnetaan huonosti.

Kelan tilastot osoittavat, että lääkekaton ylittäneitä on noin 160 000 ja matkakaton ylittäneitä 34 000.

Sekä kunnallinen asiakasmaksukatto että lääkekatto ylittyvät noin 21 000 suomalaisella.

Joko sama katto tai 6,5 %:n progressio

THL:n tutkijat muodostivat kaksi tasakattomallia, kaksi tulosidonnaista mallia ja ruotsalaistyyppisen kustannusporrasmallin.

Hennamari Mikkola ja Pia Nissinen ovat osallistuneet ministeriön epäviralliseen maksukattotyöryhmään, joka raportoi sosiaaliturvan uudistamista suunnittelevalle Sata-komitealle. Komitea antaa esityksensä joulukuussa.

Mikkolan mukaan nyt harkitaan kunnallisen maksukaton ja lääkekaton yhdistämistä. Vaihtoehtoja on kaksi: kaikille samansuuruinen tasakatto tai tulosidonnainen 6,5 %:n progressio.

– Tasakattoisuus on hallinnollisesti yksinkertainen, kun ei tarvitse ottaa tulotietoja huomioon. Lääkkeitä runsaasti käyttävät olisivat suurimpia häviäjiä molemmissa malleissa, Mikkola vertaa.

Kuva Antero Aaltonen

● Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) tutkimuksen kunnallisen asiakasmaksukaton, lääkekaton ja matkakaton yhdistämisestä. Terveydenhuolto käyttää näitä kolmea asiakkaan omavastuuta pienentävää enimmäismäärää.

Tänä vuonna lääkekatto on 672,70 euroa, kuntakatto 590 euroa ja matkakatto 157,25 euroa.

Nämä kolme yhdessä voivat näin tuoda jopa yli 1 400 euron kulut vuodessa. Maksukatot ylittyvät erityisesti iäkkäillä, pienituloisilla ja pitkäaikaissairailta.

Ministeriö vaatii, että kattokorvausten loppusumma pysyy samana eli kuntien ja sairausvakuutuksen mak-



Kuva Vuola Aunola

– Maksukatot tunnetaan huonosti. Kaikki eivät osaa niitä hyödyntää, arvioivat lakimies Pia Nissinen Kelasta ja tutkimuspäällikkö Hennamari Mikkola THL:sta.



Toisaalta lääkekaton ylittäjissä on suurituloisia enemmän kuin kuntakaton ylittäjissä. Kun rahaa ei ole rajattomasti, ikinä ei päästä kaikkia hyödyttävään ratkaisuun.

Sata-komitea toivoo toimeentulotuen tarpeen vähenevän. Paljon palveluja ja lääkkeitä käyttävät vähävaraiset hyötyisivät tasakatosta, joten tasakatto karsisi osaltaan toimeentulotukea. Toisaalta toimeentulotukea saa tyypillisesti työkäinen, mutta maksukaton ylittäneet ovat yleensä vanhuuseläkeläisiä.

THL:n tutkijat eivät tarkastelleet matkakattoa, koska se on selvästi kahta muuta kattoa pienempi. Lisäksi matkakatto yhdistetyn maksukaton osana heikentäisi niiden matkakaton ylittäneiden asemaa, joilla olisi vähän lääke- ja asiakasmaksukattoja.

Fiksuuntuvatko tietojärjestelmät?

Kela hallinnoi lääkekattoa, joten lääkekaton kustannukset tiedetään. Pia Nissinen toteaa, että kunnallisen asiakasmaksuka-

ton tiedonkulku pitää selvittää ennen kattojen yhdistämistä.

– Jos vaikkapa helsinkiläinen mökkeilee kesät Savossa ja talvet Lapissa ja tarvitsee lomapaikkakunnalla äkillisesti hoitoa, miten tieto kulkee henkilön mukana? Entä miten potilaan maksamat hoitomaksut siirretään ajantasaisesti yhteiseen tietojärjestelmään? Nissinen konkretisoi kysymyksiä, joihin ei vielä ole vastauksia.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama selvitysmies esitti jo vuonna 2003, että Kela toteuttaisi yhteisen maksukaton vaatiman rekisterin ja hallinnoisi maksukattoa. Vieläkään kuntien, kuntayhtymien ja Kelan välillä vain ei ole suoria tietoliikenneyhteyksiä.

Kela voisi Nissisen mukaan hyvinkin ottaa vastuulleen maksukattojen hallinnoinnin. Sitä ennen pitää kuitenkin ratkoa tietotekniset ongelmat.

THL olettaa, että maksukatot voisi yhdistää vuonna 2011. Silloin Suomessa pitäisi olla valtakunnallisesti keskitetty potilasasiakirjojen arkistointi. Nykyi-

nen lainsäädäntö estää asiakasmaksutietojen arkistoinnista.

Nissinen arvelee vuoden 2011 tulevan nopeasti. Sata-komitean esitysten toteutusten suunnittelu vaatii monen toimijan yhteistyötä.

Maksukattoja ei saada yhteen, jos tietojärjestelmiä ei saada keskustelemaan keskenään. Hennamari Mikkola taustoitaa, että kuntien vastuulle hajautettu terveydenhuoltojärjestelmä on hankaloittanut tietotekniikan valtakunnallista kehitystä, kun jokainen kunta kehittää omia ratkaisujaan.

– Jospa edes kunnalliset terveydenhuollon tietojärjestelmät saisi sellaisiksi, että vanhusten ei tarvitsisi keräillä kuitteja, Mikkola toivoo. ■

Hennamari Mikkola, Satu Kapiainen, Timo Seppälä, Mikko Peltola, Ulla Tuominen, Markku Pekurinen ja Unto Häkkinen. Tutkimus terveydenhuollon maksukattojen yhdistämisestä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Avauksia 10/2009.

Tutustu KanTaan verkossa



■ Uudet KanTa-internetsivut on avattu osoitteessa www.kanta.fi. Sivut ovat portti, jonka kautta kansalaiset lähitulevaisuudessa pääsevät katsomaan omia resepti- ja potilastietojaan verkossa.

Kansallinen Terveysarkisto – KanTa – on yhteinen nimitys terveydenhuollon ja apteekkien uusille valtakunnallisille tietojärjestelmäpalveluille. Nyt julkaistuilla sivuilla kerrotaan sähköisestä reseptistä ja potilastiedon arkistosta kansalaisille, terveydenhuollon ja apteekkien ammattihenkilöille sekä KanTa-palveluihin liittyville organisaatioille.

KanTa-internetsivujen rakenne

KanTa-internetsivujen päävalikko koostuu neljästä välilehdestä, jotka on suunnattu kansalaisille, terveydenhuollolle ja apteekkeille sekä tietotekniikan ja yhteysien

toteuttajille. Kansallisen Terveysarkiston yleisesittelylle on lisäksi varattu oma osionsa. Sivut on julkaistu suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi.

KanTa-internetsivut avautuvat Kansallisen Terveysarkiston yleisesittelysivulle. Osioon on koottu yleistietoa Kansallisesta Terveysarkistosta, KanTa-palveluista sekä niiden käyttöönotosta.

Kansalaisille-välilehdellä kerrotaan niistä muutoksista, joita sähköinen resepti ja potilastiedon arkisto tuovat lääkärissä ja apteekissa asiointiin. Lisäksi kerrotaan kansalaisten mahdollisuudesta katsella omia resepti- ja potilastietojaan. Katselu on mahdollista sitä mukaa kuin sähköisiä reseptejä aletaan määrätä ja potilastietoja tallentaa sähköiseen arkistoon.

Terveydenhuollolle ja apteekkeille -osioon on koottu tietoa muutosten vaikutuksista lääkäreiden, terveydenhoitajien, apteekkarien ja

farmaseuttien jokapäiväiseen työhön.

Tietotekniikan ja yhteysien toteuttajille -välilehdelle on koottu tietoa KanTaan liittyvien tietojärjestelmien teknisistä määrittelyistä sekä standardeista ja ohjelmistojen yhteistestauksesta. Näitä tietoja tarvitsevat lähinnä ohjelmistotoimittajat ja tietoliikenneoperaattorit.

Sähköinen resepti käyttöön ensi vuonna

Sähköinen resepti otetaan käyttöön koko maassa vaiheittain ensi vuodesta alkaen, ja kansallinen lääketietokanta otettiin käyttöön jo tänä vuonna. Sähköinen potilastiedon arkisto on tarkoitus ottaa käyttöön myöhemmin.

Ensimmäiset sähköiset reseptit kirjoitetaan ensi vuonna Turun ja Kotkan piloteissa yli pari vuotta kestäneen kehittämistyön tuloksena. Silloin myös

sikäläiset terveydenhuollon ja apteekkien asiakkaat pääsevät katsomaan reseptitietojaan Omien tietojen katselusta. Tulevaisuudessa KanTa-internetsivuilla voi seurata, milloin sähköinen resepti otetaan käyttöön omalla paikkakunnalla. ●



**Sairaanhoidokorvausten
tilitystiedot siirtyvät
Kelaan entistä helpommin**

Terveydenhuollon palveluntuottajien suorakorvausten hakumenettely uudistui maaliskuussa, kun atk-suorakorvausmenettelyssä siirryttiin käyttämään TYVI-palvelua. Aikaisemmin terveydenhuollon palveluntuottajat toimittivat tiedot Kelaan levykkeillä.

■ TEKSTI SALLA SUNELI

Suorakorvaus tarkoittaa sitä, että asiakkaan asioidessa yksityisellä terveydenhuollon palveluntuottajalla Kelan maksama sairaanhoitokorvaus vähennetään jo kassalla laskun loppusummasta. Terveydenhuollon palveluntuottaja hakee sitten sairaanhoitokorvaukset Kelalta. Korvauksia voi hakea joko lomakkeilla tai atk-pohjaisesti. Atk-pohjaisessa hakemisessa siirryttiin lomakkeista TYVI-palvelun käyttöön tämän vuoden maaliskuussa.

TYVI tulee sanoista Tietovirrat Yritysten ja Viranomaisten välillä. TYVI-palvelun avulla yritykset ja yhteisöt voivat tehdä sähköisiä ilmoituksia viranomaisille ja muille lakisääteisiä tietoja kerääville organisaatioille. TYVI on valtiovarainministeriön vuonna 1996 käynnistämä hanke, joka tarjoaa yrityksille yhdenmukaisen tavan ilmoittaa tietoja sähköisesti viranomaisille ja viranomaistehtäviä hoitaville tahoille.

Kelan kanssa atk-suorakorvaussopimuksen solmineet terveydenhuollon palveluntuottajat voivat siirtää tilitykset tilitystietojen välityspalvelun avulla Kelan TYVI-operaattorin ylläpitämälle palvelimelle. Kela hakee tietojärjestelmäänsä palvelimelle lähetetyt tilitykset Kelan työpäivinä. Palveluntuottaja saa palautesanoman siitä, onko tilitys vastaanotettu onnistuneesti vai ei. Palveluun pääsee näppärästi Kelan internetsivuilta Yhteistyökumppanit-osion linkistä Lääkärit ja terveydenhuoltohenkilöstö. Sivun oikeassa reunassa Asioi verkossa -osiossa on linkki Sairaanhoitokorvausten tilitystietojen välityspalvelu. Palveluun kirjaututaan Verohallinnolta ilmaiseksi saatavalla Katso-tunnisteella. Katsossa on erilaisia käyttöoikeusrooleja mm. sen mukaan, mihin tunnistetta käytetään ja onko kyseessä yrityksen pääkäyttäjä vai alitunniste.

– Suorakorvaustilityksiä varten on

oma Katso-roolinsa, kertoo pääsuunnittelija **Marjo Turkulainen** Kelan terveysosaston sairaanhoitokorvausryhmästä.

Jo puolet suorakorvauksista haetaan sähköisesti

– Atk-suorakorvausmenettely on nopein ja helpoin hakutapa niin asiakkaan, palveluntuottajan kuin Kelankin kannalta, kertoo suunnittelija **Mia Mustonen** Kelan terveysosaston sairaanhoitokorvausryhmästä.

Tällä hetkellä jo puolet terveydenhuollon palveluntuottajien suorakorvauksista haetaan sähköisesti. TYVI-palvelun käyttöönoton toivotaan innostavan yhä useampaa palveluntuottajaa siirtymään atk-suorakorvausmenettelyyn.

Kun terveydenhuollon palveluntuottaja päättää tehdä suorakorvaussopimuksen Kelan kanssa, Kelan henkilökunta kouluttaa palveluntuottajan suorakorvausten laskemiseen. Ennen atk-suorakorvaussopimuksen solmimista palveluntuottajan tulee toimittaa tilitystiedot lomakkeilla.

Sähköinen asiointi suosituinta lääkärinpalkkioiden korvauksissa

Atk-menettelyyn siirtyminen edellyttää, että palveluntuottajalla on riittävä kokemus lomakkeilla tapahtuvasta suorakorvausmenettelystä ja että tällä on käytössä Kelan ja liittojen hyväksymä tietojärjestelmä. Mustosen mukaan esimerkiksi pienet lääkäriasemat tai yksityiset ammatinharjoittajat eivät useinkaan raaski investoida tietojärjestelmään. Siksi nämä hakevat korvaukset perinteisesti lomakkeilla. Atk-suorakorvausta käyttävätkin lähinnä suuret lääkäriasemat.

Lääkärinpalkkioiden korvauksista suurin osa haetaan atk-suorakorvausten kautta. Pienin atk-suorakorvausten osuus

on hammashoidon korvauksissa. Ahkerimmin atk-suorakorvausta käytetään Etelä- ja Lounais-Suomessa. Tämä johtuu Mustosen mukaan siitä, että suuret lääkäriasemat ja ketjut ovat keskittyneet Etelä-Suomeen ja suuriin kaupunkeihin.

Kaikille toimipisteille oma sopimus

Suorakorvaussopimukset solmitaan toimintayksiköittäin. eli kullakin lääkäriasemalla on oma sopimus Kelan kanssa. Tämä tarkoittaa sitä, että valtakunnallisen lääkäriasemaketjun jokaisen toimipisteen on tehtävä sopimus Kelan kanssa. Mustonen selittää menettelyn johtuvan siitä, että kukin toimipiste joutuu hakemaan lääninhallitukselta toimiluvan ja Kelan sopimus on sidottu tähän lupaan.

Suorakorvausmenettelyssä lähetetään asiakkaalle päätös vain siinä tapauksessa, että korvausta ei myönnetä siten kuin palveluntuottaja on sitä hakenut. Muissa tilanteissa asiakas saa päätöksen vain pyytämällä sitä Kelan toimistosta. Asiakas voi tarkastaa omat sairausvakuutuskorvaustietonsa Kelan asiointipalvelusta www.kela.fi/asiointi. Palvelussa näkyvät myös palveluntuottajille maksetut korvaukset. Palveluun kirjaututaan omilla verkkopankkitunnuksilla tai sähköisellä henkilökortilla. ■

Atk-menettelyssä hyväksytyt järjestelmät

Sairaanhoitokorvauksissa:

Doctorex
DynamicHealth
MediTree
Medicus
SoftMedic

Hammashoitokorvauksissa:

AssisDent
Doctoral
Doctorex
DynamicHealth
Helmi
Fysioterapiakorvauksissa:
Fysio 32
Doctorex
DynamicHealth
MediTree
SoftMedic

Lisätietoa Katso-tunnisteesta ja sen tilaamisesta www.vero.fi/katso.

Palvelukulttuurin muutos etenee Kelassa

Tutkimuksessa eritellään Kelan puhelinpalveluun tulleita asiakaspuheluita. Puheluita tutkimalla on haluttu selvittää, miten palvelukulttuurin muutos ja Kelan kehittämishankkeet näkyvät puhelinpalvelussa työskentelevien toimintatavoissa ja rooleissa asiakaspalvelutilanteissa.

Kelan puhelinpalvelussa työskentelevät asiakaspalvelijat ovat omaksuneet uuden asiakaslähtöisen palvelukulttuurin, johon kuuluu muun muassa tuttavallisuus ja avuliaisuus. Vaikeissa tilanteissa uudet opit joutuvat kuitenkin koetukselle.

Tutkimuksen perusteella tapa, jolla puhelinpalvelu on organisoitu, ei täysin tue vuonna 2006 käynnistyneen Kelan palvelutoiminnan kehittämishankkeen tavoitetta kokonaisvaltaisesta, asiakkaan elämäntilanteen huomioivasta asiakaspalvelusta. Nykyisellään puhelinpalvelu on jaettu eri etuuksiin, jolloin asiakas ei välttämättä saakaan tarvitsemaansa palvelua yhdellä soitolla, vaan hän voi joutua soittamaan toiseen palvelunumeroon saadakseen neuvontaa toisessa asiassa.

Julkaisu: Heinonen, H-M. Byrokraatti vai asiakaspalvelija? Kelan virkailijan toimintatavat ja roolit Yhteyskeskuksessa palvelukulttuurin muutosten keskellä. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 106. Hinta: 8 euroa.

Lapsen vammaistukea saavien määrä vähenee edelleen

Kela maksoi viime vuonna alle 16-vuotiaan vammaistukea 34 500 lapselle. Se on kolmannes vähemmän kuin kymmenen vuotta sitten.

Alle 16-vuotiaan vammaistuki on tarkoitettu pitkäaikaisesti sairaalle tai vammaiselle lapselle. Tuen saaminen edellyttää, että lapsen hoidosta, huolenpidosta ja kuntoutuksesta aiheutuu perheelle vähintään 6 kuukauden ajan tavanomaista suurempaa räsitystä ja sidonnaisuutta verrattuna vastaavanikäiseen terveeseen lapseen. Aikaisemmin tuki oli nimeltään lapsen hoitotuki.

Lapsen vammaistukea saavien määrä ja osuus vastaavanikäisestä väestöstä kääntyi selvään laskuun vuonna 2001, jolloin astman hoitokäytäntöjä muutettiin. Hengityselinten sairauksien perusteella alle 16-vuotiaan vammaistukea sai vuoden 2008 lopussa 12 % saajista, kun vuonna 2000 osuus oli kolmannes.

Yleisimmäksi tuen sairausperusteeksi lapsilla ovat nousseet mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Vajaa 40 % lapsista sai tukea mielenterveyden häiriöiden perusteella, kun osuus vuonna 2000 oli vajaa neljännes. Myös umpieritys-, ravitsemus- ja aineenvaihduntasairauksien osuus on kasvanut selvästi kymmenessä vuodessa, mikä johtuu diabeteksen yleistymisestä.

Kelasta sai vammaistuuksia (lapsen tai aikuisen vammais-

tukea, eläkkeensaajan hoitotukea tai ruokavaliokorvausta) vuonna 2008 yhteensä 266 800 henkilöä. Vammaistuuksia saavien määrä ja osuus väestöstä on 1990-luvulta alkaen kokonaisuudessaan lisääntynyt, mutta kehityksessä on eroja etuuslajien välillä.

Julkaisu: Kelan vammaistuuksien tilasto 2008. Suomen virallinen tilasto. Helsinki. Hinta: 3 euroa

Ansiopäiväraha on lähes kaksinkertainen työmarkkinatukeen verrattuna

Vuonna 2008 työttömyyskassojen maksama ansiopäiväraha oli keskimäärin 49,80 e/pv ja Kelan maksama työmarkkinatuki 25,87 e/pv. Kuukausituloiksi muutettuna ansiopäivärahan suuruus oli 1 071 e/kk ja työmarkkinatuki 556 e/kk.

Vuonna 1998 ansiopäivärahan keskimääräinen päiväkorvaus oli vuoden 2008 rahanarvoon muutettuna 43,85 euroa ja työmarkkinatuen päiväkorvaus 23,61 euroa. Ansiopäivärahan reaalisuus on siten kymmenessä vuodessa ollut 14 %, kun taas työmarkkinatuessa kasvua on ollut 10 %.

Miesten keskimääräinen ansiopäiväraha oli 57,38 e/pv ja naisten 43,94 e/pv. Eroa selittää osittain se, että naisista lähes kolmannes sai soviteltua päivärahaa, jota työttömyysaikana ansaitut työtulot pienentävät. Miehillä vastaava osuus oli 14 %.

Työttömyyskassat ja Kela maksoivat työttömyysturvaetuuksia yhteensä 2,2 miljardia euroa viime vuonna. 17–64-vuotiaaseen väestöön suhteutettuna etuuksia maksettiin 645 euroa asukasta kohti. Kainuussa työttömyysturvaetuuksia maksettiin 1 086 euroa/asukas, Pohjanmaan maakunnassa 411 euroa/asukas.

Suhteellisesti eniten työttömyysturvaetuuksia maksettiin Sallan kuntaan, 1 664 euroa/asukas. Myös Enontekiöllä, Pelkosenniemiellä ja Kemijärvellä oli paljon työttömyysturvaetuuksien maksuja.

Vähiten työttömyysturvaetuuksia maksettiin Västanfjärdissä, 181 euroa asukasta kohti. Myös Vöyri-Maksamaalle, Iniön, Närpiön ja Uuteenkaarlepyyhyn maksettiin suhteellisen vähän työttömyysturvaetuuksia.

Julkaisu: Tilasto Suomen työttömyysturvasta 2008. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Finanssivalvonta ja Kela. Hinta: 5 euroa.

Lähes kolmasosa väestöstä sai korvausta yksityislääkärin palkkioista

Suomen väestöstä 30 % (1,6 miljoonaa henkilöä) sai vuonna 2008 korvausta yksityislääkärin perimistä palkkioista. Korvattuja lääkäriissäkäyntejä oli 3,7 miljoonaa.

Korvauksensaajia suhteessa alueensa väestöön oli eniten Uudellamaalla (36 %) ja vähiten Ahvenanmaalla (15 %). Kunnittain väestöosuus vaihteli 10–45 %. Korvauksensaajien osuus oli suurin Kauniaisissa ja pienin Ullavassa.

Vuonna 2008 ostetuista lääkkeistä maksettiin lääkekorvauksia 3,7 miljoonalle henkilölle (70 % väestöstä). Eri kunnissa korvauksensaajien osuus oli 56–80%.

Sairauden vuoksi tehdyistä matkoista korvauksia sai Kaunissa 22 % väestöstä ja Uudellamaalla 8 %. Kunnittain saajien osuus vaihteli 6–50 %. Koko maassa matkakorvauksia sai yhteensä 667 800 henkilöä (12,5 % väestöstä) 4,9 miljoonasta matkasta.

Vuonna 2008 Kela korvasi 342 800 henkilölle yhteensä 16,3 milj. sairauspäivärahopäivää, Päivärahoista kolmasosa maksettiin tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja neljäsosa mielenterveyshäiriöiden perusteella. Suhteessa sairauspäivärahaan oikeutettuun väestöön päivärahopäiviä korvattiin eniten Pohjois-Savossa ja vähiten Uudellamaalla. Korvattuja päiviä oli suhteellisesti eniten Rautavaaralla ja Lestijärvellä, vähiten Espoossa ja Kauniaisissa.

Julkaisu: Kelan sairausvakuutustilasto 2008. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Kela. Hinta: 4 euroa.

Joka viides vanhempainpäivärahaa saanut isä valitsi isäkuukauden

Vuonna 2008 isäkuukauden piti 8 932 isää. Määrä nousi edellisvuodesta 49 %. Kaikkiaan vanhempainpäivärahaa saaneiden isien määrä kasvoi 5,6 % äitien määrän pysyessä ennallaan. Vanhempainpäivärahaa sai 101 174 äitiä ja 54 000 isää.

Vuonna 2008 päättyneistä äitien vanhempainpäivärahakausista 73 %:iin liittyi jokin isän käyttämä etuus. Etuuksia saaneista isistä lähes kaikki olivat saaneet ns. perinteistä isyysrahaa. Isäkuukauden piti joka viides vanhempainpäivärahaa saanut isä. Keskimäärin isät pitivät vapaata 24 päivää.

Erityisäitiysrahaa saaneiden määrä on pudonnut yli puolella kolmen viime vuoden aikana. Vuonna 2006 erityisäitiysrahaa sai 736 odottavaa äitiä, kun vuonna 2008 määrä oli 348. Muutos johtuu vuonna 2007 voimaan tulleesta uudesta tupakkalaista: ravintola-alan työpaikoilla altistutaan tupakansavulle entistä harvemmin.

Kela maksoi lakisääteistä lastenhoidon tukea 326,7 miljoonaa euroa vuonna 2008. Määrä on 1,9 % vähemmän kuin

edellisvuonna. Sen sijaan kunnat maksoivat kotihoidon tuen ja yksityisen hoidon tuen kuntalaisia Kelan kautta yhteensä 67,2 miljoonaa euroa, mikä on 9,3 % enemmän kuin edellisvuonna. Kuntalaisista 31,0 miljoonaa euroa maksettiin yksityisen hoidon tuen osana, ja se ylitti jo tuen lakisääteiset menot (29,1 miljoonaa euroa).

Julkaisu: Kelan perhe-etuustilasto 2008. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Kela. Hinta: 3 euroa.

Seitsemän vuosikymmentä kansaneläkevakuutusta

Vuosina 1942–2008 Kela on maksanut erilaisina etuuksina yhteensä 306 miljardia euroa vuoden 2008 rahaksi muutettuna. Maksettujen eläkkeiden osuus on 142 miljardia euroa eli 46 %.

Vuonna 1992 Kela maksoi eläkkeinä yhteensä vähän yli 4 miljardia euroa vuoden 2008 rahaksi muutettuna. Se on suurin euromäärä, mikä Kelasta on maksettu eläkkeinä yhden vuoden aikana. Kelasta eläkettä saavia oli eniten vuonna 1995, jolloin eläkkeitä maksettiin 1 119 700 henkilölle. Näillä näkymillä saajien määrä ei ylitä kyseistä ennätystä jatkossakaan.

Vuonna 1960 Kelan maksamien eläkkeiden osuus Suomen kokonaiseläkemenosta oli 56 %. Työeläkejärjestelmän kasvaessa Kelan osuus kokonaiseläkemenosta on viimeisten vuosikymmenten aikana pienentynyt merkittävästi. Vuonna 2008 osuus oli 12 %. Myös Kelan eläkekäsitteeseen vuosien aikana tehdyt muutokset ovat vähentäneet eläkkeiksi luettavien etuuksien rahamääriä.

Katsauksessa tarkastellaan Kelan hoitamaa eläketurvaa ja sen rahoitusta toiminnan ensimmäisistä vuosista alkaen ja kerrotaan, miten koko väestön kattava kansaneläkejärjestelmä muuttui vähitellen vähimmäiseläkejärjestelmäksi.

Tilastokatsaus: Seitsemän vuosikymmentä kansaneläkevakuutusta (pdf).


TILAUKSET:

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

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

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

Hinnat eivät sisällä lähetyskuluja.

A black and white portrait of a woman with long, light-colored hair, smiling gently. She is wearing a light-colored, double-breasted coat with large dark buttons and a thick, ribbed scarf. The background is a blurred outdoor setting with trees and a building.

Riitta Luseniuksen haastattelemat lääkärit ehdottivat, että yksityinen terveydenhuoltosektori ottaisi myös käyttöönsä Käypä hoito-suositukset.

Yksityisen vakuutuksen ottanut potilas hakeutuu hoitoon herkästi

– Potilas hakeutuu hoitoon herkemmin ja lääkäri määrää tutkimuksia helpommin, kun hoidon maksaa vakuutus, toteaa lääkäri-potilassuhdetta tutkinut VTL Riitta Lusenius.

■ TEKSTI HEINI LEHIKOINEN

Yksityisten sairausvakuutusten määrä on kasvanut nopeasti 2000-luvulla.

Myös terveydenhuollon kustannukset ovat kasvaneet voimakkaasti viime vuosikymmeninä.

Väestön ikääntyminen ja terveydenhuollon kehittyvä teknologia sekä asiakkaiden vaatimustason kasvu lisäävät kustannuksia merkittävästi edelleenkin.

VTL, OTM, joogaterapeutti **Riitta Lusenius** selvitti lisensiaatintutkimuksessaan lääkäreiden näkemyksiä erityisturvavakuutusten vaikutuksesta lääkäri-potilassuhteeseen. Tutkimus oli osa sosiaalivakuutuksen huippuasiantuntijoiden koulutusohjelmaan (TOPSOS).

– Tutkimuksessa haastateltujen lääkäreiden näkemyksen mukaan erityisturvavakuutuksen eli tapaturmia tai sairauksia korvaavan vakuutuksen ottaminen johtaa usein siihen, että sen turvin hakeudutaan herkästi vastaanotolle. Vastaavasti lääkärin kynnys määrätä tutkimuksia ja hoitoja näyttää madaltuvan, Riitta Lusenius sanoo.

Vakuutus lisää lääkäripalveluiden käyttöä

Tutkimuksessa haastateltiin sekä yksityisellä että julkisella sektorilla toimivia lääkäreitä ja vakuutusyhtiöiden asiantuntijalääkäreitä.

Suurin osa lääkäreistä uskoi erityisturvavakuutusten lisäävän tutkimuksia ja kontrollikäyntejä. Osa jopa uskoi niiden johtavan liialliseen hoitoon ja resurssien turhaan käyttöön.

– Kannustavia tekijöitä pitäytyä lääketieteellisesti ja joskus jopa eettisesti riittäviksi todetuissa hoidoissa, tutkimuksissa ja käyntien määrässä ei ole tarpeeksi. Tilanne korostuu haastattelujen mukaan erityisesti yksityisellä sektorilla, etenkin jos hoidon määrälle tai laadulle ei ole asetettu selkeitä vaatimuksia, Riitta Lusenius toteaa.

Erityisturvavakuutuksilla nähtiin olevan vähemmän merkitystä lääkärin hoitoratkaisuihin, jos lääkäri oli työsuhteessa, jossa kuukausipalkka oli suhteellisen kiinteä. Ammatinharjoittajana toimivan tai omistajan roolissa olevan lääkärin ratkaisuihin erityisvakuutukset sitä vastoin näyttävät vaikuttavan.

–Vaikuttavina tekijöinä esille nousivat lääkärin kokemus sekä lääkäri suosio, ts. se, kuinka hänelle riittää potilaita. Kokeineilla lääkäreillä ei näytä olevan tarvetta ottaa niin paljon tutkimuksia. Suosituilla lääkäreillä taas riittää töitä muutenkin, eikä potilaskäyntejä ole tarvetta lisätä vakuutuksen turvin. Kokemattomat lääkärit näyttävät ottavan enemmän tutkimuksia etenkin, jos hoidon maksajana on vakuutus.

Potilaat entistä vaativampia

Vakuutuksen turvin itseään yksityissektorilla hoidattavan potilaan mahdollista tilannetta eräs haastatelluista lääkäreistä kuvaa näin:

”Ihmiset vaativat nykyään enemmän ja enemmän tutkimuksia. Vaikka tauteja on vähemmän, niin oireita on aina vain enemmän. Samalla on käynyt niin, että

lääkärit eivät helposti uskalla sanoa, että ei teitä mikään vaivaa tai että ei tässä ole nyt mitään hoidettavaa. Nykyään lääkäri ei enää voi sanoa, että ei susta oo löydetty nyt mitään, vaan pitää tutkia ja tutkia vaan. Tämä johtaa sitten neurologiseen kierteeseen, ja ellei sieltä löydetä mitään, ajatellaan, että ehkä tämä onkin sisätautiasia ja sitten se johtaa loputtomiin kierteisiin... Jokainen erikoisala tavallaan tutkii sen potilaan kuiviin – eikä löydä mitään. Tällaisen kehityksen eteneminen vaatii ylärajoja vakuutuksiin.”

Kun lääkäreiltä kysyttiin näkemyksiä tulevaisuuden kehityksestä, he mainitsivat keskeisenä trendinä potilaiden vaatimuksen kasvun. Lääkäripalvelujen yksityistymisen ja erityisvakuutusten lisääntymisen nähdään myös kulkevan käsi kädessä. Lääkärit ehdottivat useita ratkaisuja kustannusten nousun pysäyttämiseksi.

Hyvänä tapana rajoittaa lääkäripalveluiden turhaa käyttöä pidettiin sitä, että vakuutustuotteisiin lisättäisiin omavastuu- tai bonusjärjestelmä.

Riittävän korkea omavastuu vaikuttaa sekä lääkärissä käyntien että tutkimusten määrään. Turhia lääkärissä käyntejä ehdotettiin rajoitettavan esimerkiksi vakuutusyhtiöiden terveysneuvontaa antavalla puhelinpalvelulla, jossa arvioidaan hoidon tarve. Vakuutuksia ehdotettiin myös kehitettävän korvauksia rajoitetaan suuntaan. Lisäksi ehdotettiin, että myös yksityisen puolen edellytetään soveltavan julkisella sektorilla käytössä olevia Käypä hoito –suosituksia, Riitta Lusenius toteaa. ■

Riitta Luseniuksen lisensiaatintutkimus Lääkäreiden näkemyksiä erityisturvavakuutusten vaikutuksesta lääkäri-potilas-hoitosuhteessa on luettavissa kokonaan TOPSOS-koulutusohjelman sivuilla <http://www.soc.utu.fi/projektit/sosiaalipolitiikka/topsos/julkaisut2009.html>

Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat nuorille yhä enemmän sairauspoissaoloja

Huolestuttava kehitys jatkui vuonna 2008 sairauspäivärahoissa, mutta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden lukumäärä kääntyi laskuun.

■ Tutkimukset osoittavat, että 2000-luvulla mielenterveyden häiriöt ja erityisesti masennus ovat aiheuttaneet yhä enemmän sekä lyhyt- että pitkäkestoista työkyvyttömyyttä. Tekemissämme rekisteritutkimuksissa on myös tullut esille, että masennukseen perustuvat nuorten ja nuorten aikuisten sairauspäivät ja työkyvyttömyys ovat lisääntyneet huomattavasti enemmän kuin iäkkäämpien. Tulos on yllättävä, koska jos nuorille on varhain aloitettu mielenterveyden häiriöiden, erityisesti masennuksen,

psykoterapeuttinen hoito ja tarpeenmukainen lääkehoito sekä näitä tukeva kuntoutus, tulokset ovat hyviä ja työkyvyttömyyttä ehkäiseviä.

Onko huolestuttavassa kehityksessä tapahtunut viime vuosina muutoksia? Mitä tilastot kertovat viime vuosien tilanteesta? Tutkimuksessa selvitämme nuorten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden, lähinnä masennuksen, aiheuttamaa sekä lyhyt- että pitkäkestoista opiskelu- ja työkyvyttömyyttä Kelan sairauspäivärahatilastojen sekä Eläketurvakeskuksen

ja Kelan yhdessä tuottamien eläketilastojen avulla. Tutkimuksessamme nuori tarkoittaa 16–29-vuotiaita nuoria ja nuoria aikuisia.

Muutoksia sairauspäivärahan ehdoissa

Oikeus Kelan maksamaan sairauspäivärahaan alkaa, kun sairaus on kestänyt sairastumispäivän lisäksi yhdeksän arkipäivää. Vuodesta 2005 alkaen päivärahaa on maksettu 16–67-vuotiaille ja tätä aikaisemmin 16–64-vuo-

tiaille. YEL-sairauspäivärahan omavastuu-aikaa lyhennettiin huhtikuun 2006 alusta lähtien siten, että se on sairastumispäivän lisäksi kolme arkipäivää. Vuoden 2007 alusta on ollut mahdollista saada osasairauspäivärahaa, jonka tarkoitus on helpottaa työhönpaluuta pitkän sairausloman jälkeen. Vuonna 2008 osasairauspäivärahakausien osuus kaikista sairauspäivärahakausista oli 0,5 %.

Sairauksien kirjaaminen on myös saattanut muuttua vuosien mittaan. Kun henkilö ottaa yhteyttä terveystal-

Taulukko 1.

Mielenterveyden häiriöiden (F00-F99) ja muiden sairauksien vuoksi korvatut sairauspäivärahapäivät vuonna 2008.

	Kaikki	2004–2008	Miehet	2004–2008	Naiset	2004–2008
	Lkm	muutos-%	Lkm	muutos-%	Lkm	muutos-%
Kaikki (F00–F99)	4 116 500	6,2	1 651 400	0,1	2 465 100	10,8
Alle 30-vuotiaat	818 700	30,1	347 300	22,2	471 400	36,6
16–19-v.	93 600	30,7	33 300	39,6	60 400	26,2
20–24-v.	352 600	28,3	150 300	22,0	202 300	33,4
25–29-v.	372 500	31,8	163 700	19,4	208 800	43,5
30 vuotta täyttäneet	3 297 900	1,6	1 304 200	- 4,5	1 993 700	6,1
Masennus (F32–F33)	2 444 600	11,1	897 500	6,4	1 547 000	14,0
Alle 30-vuotiaat	400 600	44,4	139 500	41,1	261 100	46,3
16–19-v.	40 500	31,1	11 900	62,6	28 600	21,3
20–24-v.	175 100	47,6	60 400	48,1	114 700	47,4
25–29-v.	185 000	44,7	67 200	32,3	117 900	52,8
30 vuotta täyttäneet	2 043 900	6,3	758 000	1,8	1 286 000	9,1
Muut sairaudet (pl. F00–F99)	12 248 600	5,8	5 960 500	2,9	6 288 100	8,6
Alle 30-vuotiaat	992 000	18,0	498 900	14,6	493 100	21,7
16–19-v.	43 400	12,1	24 900	11,8	18 400	12,4
20–24-v.	347 500	17,8	186 200	13,2	161 300	23,5
25–29-v.	601 100	18,6	287 700	15,8	313 400	21,3
30 vuotta täyttäneet	11 256 600	4,8	5 461 600	2,0	5 795 000	7,6

lujen tuottajiin saadakse esimerkiksi hoitoa tai huoltoa johonkin vaivaansa tai keskustellakseen ongelmasta, joka ei sinänsä ole sairaus tai vamma, diagnosoiksi voidaan merkitä Z-ryhmän koodi. Esimerkiksi työuupumus kuuluu ICD-10-tautiluokituksessa ryhmään Z73 (elämäntilanteen hallintaan liittyvät ongelmat).

Vuonna 2004 alkoi yhteensä 2 500 päivärahaa kautta, joissa diagnosoitiin jokin Z-ryhmän koodi. Z-ryhmän diagnooseilla merkityt alkaneita sairauspäivärahaa kausia oli vuonna 2008 enää 650 eli vain neljännes vuoden 2004 lukumäärästä. On mahdollista, että Z-ryhmän diagnoosien asemesta on alettu käyttää aiempaa useammin F-ryhmän diagnooseja, esimerkiksi F32–F33 (masennus) tai F41 (muut ahdistuneisuushäiriöt).

Edellä kerrotut muutokset ja myös pitkäaikaisyyttömiin siirtäminen sairauspäivärahalle ja sen jälkeen työkyvyttömyyseläkkeelle ovat lisänneet osaltaan alkaneiden sairauspäivärahaa kausien lukumäärää viime vuosina. Vuoteen 2004 asti sairauspäivärahojen diagnositiedot perustuivat sairausvaikutuksen pysyvään 6,6 %:n perusotantaan ja vuodesta 2004 alkaen kokonaisaineistoon. Seuraavassa esityksessä tarkastellaan aikaväliä 2004–2008.

16–19-vuotiaiden miesten masennus lisääntyi eniten

Masennus (F32–F33) on yleisin syy mielenterveyden häiriöiden vuoksi alkaneissa päivärahaa kausissa. Masennus voi kehittyä hitaasti ja hu-

maamatta. Usein se tunnistetaan vasta, kun ihminen on menettämässä tai jo menettänyt opiskelu- tai työkykensä. Vuonna 2008 masennuksen vuoksi alkoi yhteensä 32 200 päivärahaa kautta. Masennuksen osuus kaikista mielenterveyden häiriöiden vuoksi alkaneista kausista oli 51 %.

Alle 30-vuotiailla alkoi masennuksen vuoksi 5 800 päivärahaa kautta vuonna 2008 ja kasvu vuodesta 2004 oli 45,6 %. Miehillä kausia alkoi 2 000 ja kasvu oli 39,5 %. Naisilla vastaavat luvut olivat 3 800 kautta ja 49,0 %.

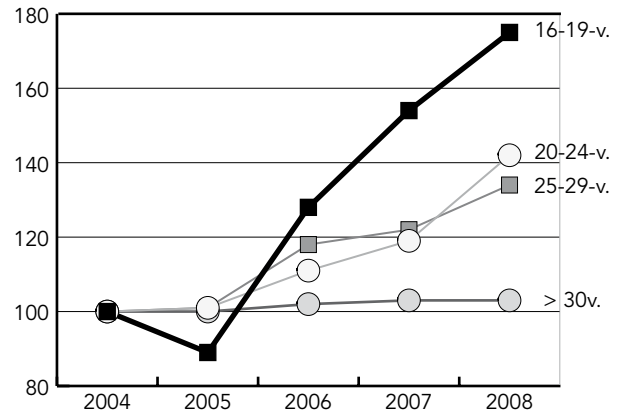
Ikäryhmittäin prosentuaalisesti suurin muutos (75,0 %) vuodesta 2004 tapahtui 16–19-vuotiaiden miesten kausien lukumäärässä (kuvio 1). Naisilla vastaavasti suurin muutos (52,1 %) oli 20–24-vuotiaiden päivärahaa kausien lukumäärässä (kuvio 2).

Masennuksen vuoksi alkaneiden päivärahaa kausien lukumäärä 30 vuotta täyttäneillä miehillä oli 8 900 ja kasvu vuodesta 2004 oli 2,7 %. Vastaavat luvut 30 vuotta täyttäneillä naisilla olivat 17 600 kautta ja 7,1 %.

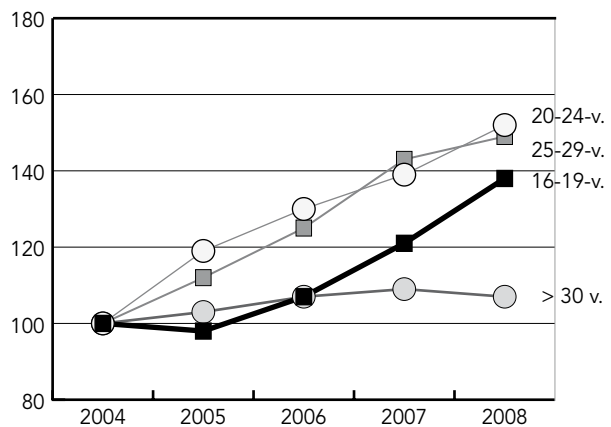
Masennus aiheutti 2,4 miljoonaa sairauspäivärahaa päivää vuonna 2008

Vuonna 2008 Kela korvasi mielenterveyden häiriöiden vuoksi 4,1 miljoonaa sairauspäivärahaa päivää, mikä on 25 % kaikista sairauspäivärahaa päivistä. Kolme viidestä mielenterveyden häiriöiden vuoksi korvatuista sairauspäivärahaa päivästä korvattiin naisille. Masennuksen vuoksi

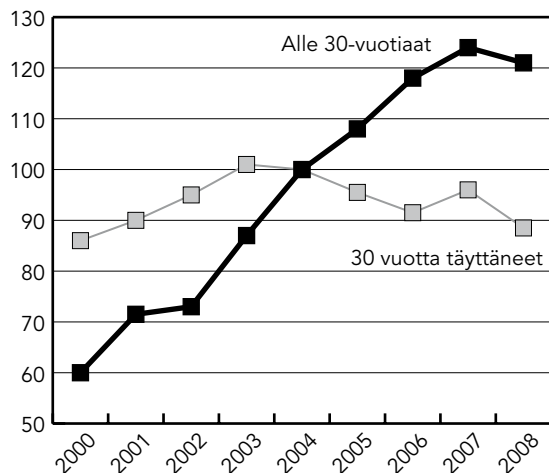
Kuvio 1. Masennuksen vuoksi alkaneet sairauspäivärahaa kaudet ikäryhmittäin 2004–2008. MIEHET.



Kuvio 2. Masennuksen vuoksi alkaneet sairauspäivärahaa kaudet ikäryhmittäin 2004–2008. NAISET.



Kuvio 3. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi Suomessa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet ikäryhmittäin vuosina 2000–2008.



korvattiin yhteensä 2,4 miljoonaa sairauspäivää, mikä on 11,1 % enemmän kuin vuonna 2004. (Taulukko1).

Vuonna 2008 alle 30-vuotiaille korvattiin mielenterveyden häiriöiden vuoksi yhteensä 818 700 sairauspäivärahopäivää, ja kasvu vuodesta 2004 oli 30,1 %. Nuorille korvattujen päivien osuus kaikista mielenterveyden häiriöiden vuoksi korvatuista sairauspäivärahopäivistä oli 19,9 % vuonna 2008, kun se oli 16,2 % vuonna 2004. Suhteellisesti eniten (62,6 %) vuodesta 2004 kasvoi 16–19-vuotiaille miehille masennuksen vuoksi korvattujen sairauspäivärahopäivien määrä. Naisilla vastaavasti suurin kasvu (52,8 %) masennuksen vuoksi korvatuissa päivissä on ikäryhmässä 25–29-vuotiaat.

Joka päivä viisi nuorta työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyssyistä

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi vuonna 2008 yhteensä 25 003 Suomessa asuvaa henkilöä. Heistä 12 654 eli 51 % oli miehiä. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 8 513 henkilöä: 3 982 miestä ja 4 531 naista. Näistä masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyi 4 050 henkilöä: 1 519 miestä ja 2 531 naista. Masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneiden miesten määrä väheni 9,2 % ja naisten 3,0 % vuoteen 2004 verrattuna.

Vuonna 2008 runsas viidennes eli 1 848 henkilöä mielenterveyden häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä oli alle 30-vuotiaita. Se on 65 nuorta vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Vuonna 2008 ensimmäistä kertaa 2000-luvulla työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyden häiriöiden vuoksi siirtyneiden alle 30-vuotiaiden lukumäärä

väheni, vaikka nuorten alkanut sairauspäiväraha-aikaudet ja korvatut sairauspäivärahopäivät eivät ole vähentyneet viime vuosien aikana (kuvio 3).

Vuonna 2008 siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle masennuksen vuoksi yhteensä 380 alle 30-vuotiasta, miehiä 134 ja naisia 246. Lisäystä vuodesta 2004 oli miesten kohdalla 17,5 % ja naisten kohdalla 15,0 %. Kuitenkin vuoteen 2007 verrattuna vähennystä oli nuorilla miehillä 11 ja naisilla 33 henkilöä. 30 vuotta täyttäneitä siirtyi masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle yhteensä 3 670 vuonna 2008, ja muutos vuodesta 2004 oli –7,1 %. Vähemmän vuoteen 2007 verrattuna oli yhteensä 406 henkilöä.

Mitä voimme tehdä?

Nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden aiheuttama sairauspäivien lisääntyminen ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden suuri lukumäärä 2000-luvulla ovat erityisen huolestuttavia ilmiöitä. Kasvu ei johdu mistään yksittäisestä syystä vaan terveydentilaltaan herkästi haavoittuvia nuoria tukevan sosiaalisen turvaverkoston haurastumisesta. Tämä koskee perheen, koulun ja opiskelun, työn ja terveydenhuollon muodostamaa kokonaisuutta.

Mitä aikaisemmin häiriöistä kärsivät nuoret ja nuoret aikuiset tavoitetaan koulu- ja opiskelija- sekä työterveydenhuollon eri sektoreilla ja saadaan hoidon sekä sitä tukevan kuntoutuksen piiriin, sitä vähemmän haittoja häiriöt aiheuttavat ja sitä kauemmin nuoret pysyvät itsenäisinä sekä opiskelu- ja työkykyisinä. Terveydenhuollon aktivoiminen ei kuitenkaan riitä edistämään nuorten

selviytymistä. Huomio tuleekin kiinnittää perheiden turvallisuuden, koulujen ja opiskeluympäristön sujuvuuden sekä työelämän joustojen kehittämiseen.

Koulujen mahdollisuudet turvata terveydellisesti heikoimmassa asemassa olevien lasten kehitys ovat saattaneet heikentyä, mikä on voinut lisätä koulupudokkaiden määrää. Opiskelijoiden suorituspaineeet ovat myös kasvaneet siinä määrin, että haavoittuvien nuorten kapasiteetti ei ole enää riittänyt opiskelussa selviytymiseen. Tämä on puolestaan edistänyt opiskelumaailmasta vieraantumista. Työn sisällöt edellyttävät aikaisempaa enemmän sellaista kognitiivista ja sosiaalista kyvykkyyttä, jota kaikilla ei ole. Lisäksi työelämä ja tehtävät muuttuvat nopeasti, mikä vaatii uuden oppimista ja muutuskäytkkyttä. Samalla työelämän sisäiset joustot ovat saattaneet vähentyä ja näin haavoittuvat nuoret jäävät muita herkemmin työelämän ulkopuolelle ja syrjäytyvät.

Nuorten mielenterveyteen ja sen tukemiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota, jotta nuoret motivoituisivat nykyistä paremmin työhön ja opiskeluun ja heistä voisi kehittyä itsenäisiä aikuisia. ●

nimityksiä

Tulkkauspalvelukeskukselle valittiin johtaja

Vaikeavammaisten tulkkauspalvelut siirtyvät kunnilta Kelan hoitettaviksi 1.9.2010. Kela keskittää palveluun liittyvät tehtävät Turkuun perustettavaan tulkkauspalvelukeskukseen.

Tulkkauspalvelukeskuksen johtajaksi on nimitetty KTM **Outi Ollila**. Aikaisemmin Ollila on toiminut mm. Turun Mielen-terveysyhdistys ITU ry:n toiminnanjohtajana ja Turun seudun vammaisjärjestöt TVJ ry:ssä.

Tulkkauspalvelukeskuksen tehtävänä on viittomakielen, viitotun puheen sekä puhetulkkauksen ynnä muiden erityisryhmien tarvitsemien tulkkauspalveluiden koordinointi ja kustannusten korvaaminen.

Opiskelija-asiakasraadin jäsenet valittiin

Kelan opiskelija-asiakasraadiin on valittu seitsemän jäsentä toimikaudelle 1.9.2009–31.8.2011. Jäsenet ovat edunvalvontasihteeri **Timo Kontio** (Suomen Ammattiin Opiskelevien Liitto – Sakki ry), asiantuntija **Antti Hallia** (SAMOK ry), edunvalvontasihteeri **Ari Mattila** (Suomen Lukiolaisten Liitto ry), puheenjohtaja **Kalle Kiilo** (Suomen Opiskelija-Allianssi – OSKU ry) ja sosiaalipoliittinen sihteeri **Reetta Marttinen** (Suomen ylioppilaskuntien liitto ry).

Raadin puheenjohtajana toimii etuuspäällikkö **Ilpo Lahtinen** (Kela) ja sihteerinä suunnittelija **Jouni Parkkonen** (Kela).

Vuonna 2007 perustettu opiskelija-asiakasraadi tuo opis-

kelijoiden näkökulmaa Kelan opintoetuksien kehittämiseen ja toimeenpanoon. Se käsittelee opintotukeen, koulumatkatukeen ja ateriatukeen liittyviä asioita ja kehittää Kelan yhteistyötä opiskelijajärjestöjen kanssa. Raati jatkaa myös jo vuosia jatkunutta opintoetuksien tuotekehittelyn yhteistyötä.

Terveysturvan tutkimukselle uusi päällikkö

Kelan tutkimusosastolle on nimitetty terveysturvan tutkimuksen päälliköksi KTT **Hennamari Mikkola** 1.1.2010 alkaen. Aikaisemmin Mikkola on työskennellyt tutkimuspäällikkönä THL:ssa.



Hennamari Mikkola

uutiset

Täysi tusina Kelan palvelunumeroita

Joulukuusta alkaen Kelan asiakkaiden käytössä on koko maassa samat 12 palvelunumeroa. Numerot on ryhmitelty asiakkaan elämäntilanteen ja asian mukaan, ja ne palvelevat arkisin klo 8-18.

Asevelvollisen tuet	020 692 200
Asumisen tuet	020 692 201
Eläkeasiat	020 692 202
Kela-kortti ja EU-sairaanhoitokortti	020 692 203
Kuntoutus	020 692 205
Lapsiperheiden tuet	020 692 206
Maasta- ja maahanmuutto.....	020 692 207
Omaisien kuoltua	020 692 208
Opiskelijan tuet	020 692 209
Sairastaminen	020 692 204
Työttömyysajan tuet	020 692 210
Vammaistuet.....	020 692 211

Viranomaisille oma palvelunumero

Kelan viranomaislinja 020 692 235 on nyt käytettävissä koko maassa. Numerossa vastataan mm. sosiaali-, työ- ja elinkeino-toimistojen, apteekkien ja eläkelaitosten tiedusteluihin, jotka koskevat yksittäistä asiakasta ja hänen asiaansa. Numero palvelee arkisin klo 8-16.

Kelan vakuutuspiirit palvelevat viranomaisia silloin, kun asia koskee sopimuksia, yhteistyötä tai paikallista asiaa. Esimerkiksi vastauslähetytkuorten tilaukset hoidetaan vakuutuspiireissä. Vakuutuspiirien yhteystiedot yhteistyökumppaneille löytyvät osoitteesta www.kela.fi/vakuutuspiirit.



Lasten kotihoidon tuki ristiriitainen etuus

Lasten kotihoidon tuki on perhepoliittisista etuuksista uusimpia. Laki lasten kotihoidon tuesta astui voimaan runsaat 20 vuotta sitten ja tuesta tuli nopeasti suosittu.

● Lasten kotihoidon tuki on yksi niistä etuuksista, jotka ilmentävät sosiaalipoliittista muutosta. Arkista, vapaaehtoista, kotona tapahtuvaa hoivaa on alettu tukea.

– Tukea ei ole meillä niinkään sovitettu perheen ja työn yhteensovittamisen välineeksi kuten vaikkapa Norjassa, mutta sen on koettu edistävän alueellista tasa-arvoistumista. Kunnan järjestämä päivähoito ei ole koko maassa ihan naapurissa. Samalla kotihoidon tuen kuntalisät kuitenkin asettavat perheitä eriarvoisiin asemiin, kun niitä on toisaalla käytössä ja toisaalla ei ole, huomauttaa sosiaalipolitiikan yliassistentti **Katja Repo** Tampereen yliopiston sosiaalitutkimuksen laitokselta.

Repo on tutkijana professori Jorma Sipilän johtamassa kolmivuotisessa tutkimushankkeessa Ristiriitainen kotihoidon tuki – Kotihoidon tuki vanhempien mahdollisuutena sovittaa yhteen työ- ja perhe-elämää ja sen vaikutukset vanhempien työuraan. Hanke päättyy tämän vuoden lopussa, ja Repo väittelee joulukuussa lapsiperheiden arjesta.

Jyrkkä kahtiajako luo ansiotyönormin vastustusta

Kotihoidon tukea ei myönnetä osa-aikaiselle hoidolle siten, että lapsi olisi samanlaisesti kunnallisen päivähoidon piirissä. Tämä mahdollistaisi useassa perheessä vanhemman osa-aikatyön. Osittaisen hoitoraha (70 e/kk) taloudellinen merkitys perheille taas on hyvin pieni.

– Pienten lasten vanhemmat tekevät Suomessa selvästi vähemmän osa-aikatyötä kuin muissa Pohjoismaissa, huomauttaa Repo.

Myös vanhemmat ovat omaksuneet tämän politiikan niin, että kotihoidon tuen käyttäjät tuovat esiin tietynlaista protestia ansiotyönormia kohtaan.

– Vanhemmat sanovat tuen mahdollistavan rauhallisen, perhekeskeisen arjen. Kun tuki on päivähoidon vaihtoehto, se tietysti tuottaa tällaisen jyrkän kahtiajaon työn ja perheen välille. Järjestelmä ei ole yhtä joustava kuten esimerkiksi Norjassa. Siellä tukea saa myös osa-aikaiseen hoitoon ja lapsi voi samalla olla kunnan järjestämässä päivähoitossa.

Ansiotyönormin vastustaminen ei aina lakkaa siihen, kun tuki on käytetty.

– Toiset vanhemmat eivät halua enää lainkaan yrittää takaisin työelämään ja valitsevat mieluummin kotiäitiyden tai -isyyden. Kotiäitiys on vaihtoehtoista todennäköisempi, sillä lähes yksinomaan äidit jäävät kotiin hoitamaan lapsia. Osa vanhemmista pohtii osa-aikatyöhön siirtymistä tuen jälkeen, kun lapset koetaan uraa tärkeämmiksi.

Kotihoidon tuen käyttö jakautuu sukupuolittain ja sosioekonomisesti

Kun kotihoidon tukea tarkastellaan naisnäkökulmasta, se nähdään sekä tärkeänä oikeutena että kavalana ansana. Isien tuen käyttö on harvinaista, ja näin tuki on osaltaan vahvistanut perheiden perinteistä roolijakoa.

– Uraäidit ovat kotona lapsiaan hoitavia äitejä paljon enemmän korostaneet jaetun vanhemmuuden merkitystä. Kotona lapsiaan hoitavien puhe tasa-arvosta keskittyy enemmän tasa-arvoon eri lastenhoitomuotojen välillä.

– Julkisella sektorilla työskentelevien isien tuntuu olevan helpompi jäädä hoitamaan lapsia, kun naisvaltaisessa ympäristössä on totuttu jatkuviin vanhempainvapaisiin. Yksityisellä puolella vastaavaan päätyneet isät ovat joskus kohdanneet vaikeuksia. Olisi ehkä hyvä työpaikan ilmapiirin kannalta, jos esimiehet näyttäisivät esimerkkiä lasten hoidossa, Katja Repo pohtii.

Repo kertoo, että toisinaan perheissä on taisteltukin etuuden käytöstä, kun äidin pitävät itsestään selvänä omaa oikeuttaan jäädä kotiin. Joskus tuelle jääminen on rauhoittanut tilannetta, kun se on vähentänyt perheen ja työn yhteensovittamisen ongelmia. Vaikka tilanne selkiytetään jakamalla roolit perinteisellä tavalla, kyse on turvaamisesta sellaiseen oikeuteen, jota aiemmille sukupolville ei ollut. Vain varakkaat äidit olivat ennen vanhaan kotiäitejä.

– Kun on oikeus saada hoivaa, täytyy olla myös oikeus antaa sitä. Kaikissa



Kuva Ari Korhola

Katja Repo kertoo kotihoidon tuen olevan suhdanneherkkä, jolloin muutokset työmarkkinatilanteessa näkyvät sen käytössä. Repo haluaisi edelleen jatkaa myös kotihoidon tuen tutkimista kysymällä seuraavaksi lapsilta mielipiteitä eri hoitomuodoista.

yhteisessä ei ole samalla lailla mahdollisuutta hoivan antamiseen, mikä olisi hyvä Suomessakin muistaa. Nyt kaikilla vanhemmilla on periaatteessa mahdollisuus kotiäitiyteen tai -isyyteen, mutta tilanne on kääntynyt menneisiin vuosiin verrattuna osin päällelleen. Nyt hyväosaisimmat käyttävät kunnan järjestämää päivähoitoa ja huono-osaisemmat kotihoidon tukea.

Revon mukaan kotihoidon tuen saajat ovat enimmäkseen pienituloisia ja köyhyysriskin piirissä olevia henkilöitä. Huomattavalta osalta puuttuu vakaa työ-

markkina-asema, ja kotihoidon tuki lie-nee usein työttömyyden vaihtoehto.

– Heikko työmarkkina-asema ei kuitenkaan parane tuen käytön seurauksena, sillä erityisesti ennen etuuden käyttöä työttömänä olleiden on vaikea työllistyä tuen saamisen jälkeen. Mitä pidempään vanhempi hoitaa lapsia kotona kotihoidon tuella, sitä hankalampaa hänen on päästä takaisin työelämään. Kun kotihoidon tuen käyttäjien työmarkkina-asema otetaan huomioon, ainoastaan tukea ei kuitenkaan voi syyttää sen jälkeisistä työllistymisvaikeuksista. ■

Työttömyyden kasvu ei ole lisännyt lasten kotihoidon tuen suosiota

■ Työttömyyden kasvu ei ole toistaiseksi lisännyt kotihoidon tuella hoidettujen lasten määrää. Syyskuussa kotihoidon tukea maksettiin 90 400 lapsesta, mikä on saman verran kuin vuotta aiemmin.

Kotihoidon tuen saaminen edellyttää, että perheessä on alle kolmivuotias lapsi, joka ei ole kunnallisessa päivähoitossa. Kotihoidon tukea maksetaan myös muista perheen alle kouluikäisistä lapsista, jotka hoidetaan samalla tavalla. Kotihoidon tukea voi saada, vaikka lasta hoitaisi muu henkilö kuin vanhempi. Oikeus kotihoidon tukeen alkaa heti vanhempainpäivärahakauden päätyttyä, jolloin lapsi on noin 9 kuukauden ikäinen.

Työttömyys kääntyi kasvuun vuoden 2008 lopulla. Miesten työttömyys on kasvanut selvästi enemmän

kuin naisten. Kotihoidon tuen saajista kuitenkin vain noin 5 % on miehiä. Kotihoidon tukea ei välttämättä haeta, jos vanhempi saa työttömyyskorvausta, sillä kotihoidon tuki on työttömyysetuudesta vähennettävä etuus.

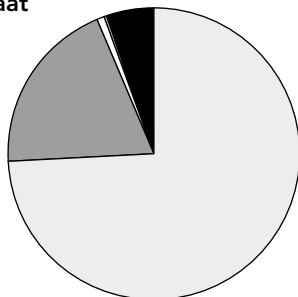
Erityisesti alle kolmivuotiaiden kotihoidon tuella hoidettujen lasten osuus on laskenut 2000-luvulla. Vuoden 2000 lopussa kotihoidon tuella hoidettiin 58 % niistä lapsista, joiden ikä oli 9 kuukaudesta 2 vuoteen. Vuoden 2008 lopussa vastaavan ikäisistä lapsista kotihoidon tuella hoidettiin 51 %. Kotihoidon tuella hoidettujen lasten osuus on laskenut 30 %:sta 27 %:iin, jos lapset ovat iältään 9 kuukaudesta 6 vuoteen.

Lisätietoja aiheesta Kelan internetsivuilla tilastokatsauksessa: www.kela.fi/tilastot ●

Alle 3-vuotiaat lapset hoitomuodon mukaan 31.12.2008, %

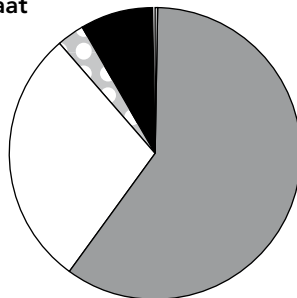
□ Vanhempainpäiväraha ■ Kotihoidon tuki □ Kunnallinen päivähoito ▨ Yksityisen hoidon tuki ■ Muu

0-vuotiaat



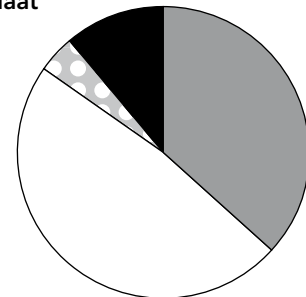
Vanhempainpäiväraha	74,4
Kotihoidon tuki	19,4
Kunnallinen päivähoito	1,1
Yksityisen hoidon tuki	0,2
Muu	5,1

1-vuotiaat



Vanhempainpäiväraha	0,5
Kotihoidon tuki	59,7
Kunnallinen päivähoito	28,7
Yksityisen hoidon tuki	2,9
Muu	8,3

2-vuotiaat



Vanhempainpäiväraha	0,0
Kotihoidon tuki	36,8
Kunnallinen päivähoito	47,9
Yksityisen hoidon tuki	4,3
Muu	10,9

Ajatusten herättelyä ja muutostyötä

– Päihdekuntoutus on ajatusten herättelyä. Se on muutostyötä, joka perustuu kuntoutujan omaan tahtoon muuttua. Kun tämän oivaltaa, kuntoutumisen eväät ovat olemassa. Tämän ihmeellisemmästä asiasta päihdekuntoutuksessa ei ole kyse.

■ TEKSTI HILKKA AROLA

● Tervalammen kuntoutuskeskuksen johtajan **Jussi Nikanderin** mielestä päihdetyötä usein mystifoidaan. Siitä annetaan sellainen kuva, että se olisi toivottoman vaikeaa ja hankalaa.

Kolmasosa päihdeongelmaisista ei hyödy kuntoutuksesta ja jatkaa edelleen runsasta päihteiden käyttöä. Kolmasosa hyötyy jonkin verran tai joksikin aikaa. Kolmasosa hyötyy pitkäksi ajaksi tai lopullisesti.

Nikanderin mukaan on lohdullista

tietää, että kolmasosa hyötyy kuntoutuksesta paljon.

– Päihdekuntoutusta kannattaa ehdottomasti jatkaa ja kehittää, hän sanoo ja muistuttaa, että pienikin edistyminen on onnistumista.

– Kun päihdeongelmainen saa otteen omasta elämästään, hänen hyvinvointinsa lisääntyy, ja yhteiskuntakin saa tuottavan kansalaisen. Onnistujia eivät ole vain ne, jotka raitistuvat täysin. Kuntoutus voi onnistua myös osittain, ja päihdeongel-

maisena elämäntavoissa ilmenee positiivisia muutoksia – esimerkiksi terveyshaittoja on vähemmän ja perhe, ystävät ja naapurusto ovat tyytyväisempiä.

Toisin toimimista opetellaan

Päihdekuntoutus tukeutuu sosiaalityön periaatteisiin. Fyysinen kuntoutus ei välttämättä ole ensisijaista, vaan työtä tehdään psyyken kanssa.

– Kuntoutujan oman käytöksen tut-



Tervalammen kartano on Helsingin kaupungin ylläpitämä päihdekuntoutuslaitos. Siellä on yli 130 asiakaspaikkaa. Kuntoutujat tulevat Helsingistä, josta keskuksen on noin 40 km. Keskuksessa toteutetaan seitsemää erilaista kuntoutusohjelmaa. Hoitojakso kestää keskimäärin 2–3 kuukautta. Jotkut asiakkaat ovat kuukauden, toiset saattavat tarvita lähes vuoden kuntoutuksen. Sen jälkeen kuntoutujat palaavat avokuntoutukseen eli A-klinikoiden asiakkaiksi.

Jos päihtekäyttö aiheuttaa muita ongelmia kuin sunnuntaiaamun krapulan, on syytä hakea apua. – Silloin on hoidon ja kuntoutuksen aika, Jussi Nikander sanoo.

kiminen, päihtekäyttöä aiheuttavien käytösmallien tunnistaminen ja käyttäytymisen muutoksen hakeminen ovat päihdekuntoutuksen keskiössä. Muutoksella pyritään päihittämään päihdeongelma. Kierteen katkaisemiseksi ei ole tällaisia lääkkeitä. Kuntoutuja joutuu itse tekemään työn, Nikander sanoo.

– Ensimmäinen juomisputki pyritään saamaan poikki tavalla tai toisella. Katkaisuhoito toteutetaan joko lääkkeiden avulla tai lääkkeettömästi. Laitoskatkaisussa suljetulla ympäristöllä on suuri merkitys. Siellä ei pääse käyttämään päihteitä. Avokatkaisun apuna on usein lääkehoito, joka saa aikaan sen, että juominen ei aiheuta mielihyvää.

Kuntoutuksen aloittaminen on pysähtymisen paikka. Siitä alkaa pitkäaikainen prosessi, jossa päihdeongelmainen voi oppia ennakoimaan päihtekäyttötilanteensa. Hän oppii myös hakemaan malleja toimia toisista.

Nikanderin mielestä päihdeongelmainen on tosi luova keksimään syitä juomiselleen.

– Kuntoutuksen näkökulmasta on tarpeellista tutkia syitä ja syntyjä syviä. Ei tarvitse tietää, miksi Jeppe juo. Ihmismieli on kovin monimutkainen tutkittavaksi, ja jokainen on omanlaisensa. Mutta kaikkia päihdekuntoutujia yhdistää sisäisen muutostyön tarve.



Kuva Antero Aaltonen

Kovin helposti päihdeongelmainen ei tunnusta ongelmaansa ja avuntarvettaan.

– Suomalainen sisu näkyy päihdeongelmasta toipumisessakin. Hampaat irtovessa yritetään ensin yksin, ja vasta viimeisenä vaihtoehtona turvaudutaan ulkopuoliseen tukeen.

Pitää muistaa, etteivät A-klinikat ja vertaistyhämät ole peikkoja. Ne ovat apua varten, Jussi Nikander vakuuttaa.

– Suurin osa suurkuluttajista käyttää päihteitä sellaisessa tilanteessa, jossa ei ikään kuin ole muuta tekemistä tai ei tunneta muuta ratkaisua. Tällaisille henkilöille päihteet ovat tapa selviytyä arjen tilanteista; juomisesta on tullut helppo ajanviettotapa.

– Kuntoutuksessa on tarkoitus hakea muuta tekemistä. Vain toimimalla toisintilanne muuttuu.

Osaksi muutos on sitä, ettei päihdeongelmainen hakeudu juomistilanteisiin.

– Enimmäkseen muutos on kuitenkin sitä, että keksii jotakin muuta tekemistä kuin käyttää päihteitä. Kun toisin

toimimisen malli löytyy, sitä pitää harjoitella melko pitkään. Ongelmallinen päihtekäyttö on voinut jatkua hallitsemattomana jo vuosia. Tavasta pois oppiminenkin saattaa kestää.

Muun tekemisen vaihtoehtoja on runsaasti. Jotkut löytävät keskustelun mielekkääksi tavaksi selviytyä vaikeista tilanteista. Aluksi kuntoutuja joutuu tietoisesti toteuttamaan uutta toimintamalliaan ja hän lähtee päättäväisesti esimerkiksi AA-ryhmään keskustelemaan.

– Kun toisin tekemistä harjoittelee tarpeeksi, siitä tulee automaattista, Nikander sanoo. ■

Palveluihin yhden oven periaate

■ Tervalammen päihdekuntoutuskeskuksen johtaja Jussi Nikander toivoo päihdepalveluihin lisää ihmisläheisyyttä.

– Palveluiden järjestäminen on nyt melko viranomaiskeistä. Varsinkin isoissa kaupungeissa byrokratian huomaa. Se saattaa joskus törmätä asiakasta vastaan. Apua voi olla vaikea hakea oikeasta paikasta. Onneksi Suomessa on vahva kolmas sektori kunnan järjestämien päihdepalveluiden tukena.

Sosiaali- ja terveysministeriön tuoreen kansallisen mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelman Nikander toivottaa tervetulleeksi.

– Siinä on tosi hyvä henki. Sen mukaan asiakkaan ei tarvitse hakea apua monesta paikasta, vaan ensimmäisen puoleen

kääntyessään hänen pitäisi päästä palvelujen piiriin. Viranomaisten velvoite on etsiä asiakkaalle oikeat palvelut.

– Siinä on hyvät eväät kehittää päihdehuoltoa monta sektoria ylittävään toimintaan. Suunnitelma tuo varmasti hyvää tullessaan, hän uskoo.

Suunnitelmassa vahvistetaan asiakkaan asemaa. Sen toimeenpano-ajankautaluksi on arvioitu 2009–2015.

Asiakkaille halutaan yhdenvertainen kohtelu ja hoitopääsy sekä yhden oven periaate palveluihin hakeutumiselle. Suunnitelman mukaan mielenterveys- ja päihdetyöhön otetaan entistä enemmän kokemusasiantuntijoita ja vertaistoimijoita. Myös kuntoutuksen ajan toimeentuloturva kehitetään. ●



Kirsi Vainiemen ja Tiina Huuskon mukaan Kela haluaa tehostaa yhteistyötä, jotta päihdekuntoutus toteutuisi entistä paremmin.

Asiakasyhteistyötä tulisi tehostaa

● Koko maan kattavaa tutkittua tietoa päihdekuntoutuksen toimivuudesta ei ole.

– Kokonaistilanne on kirjava, ja kuntoutus vaihtelee kunnittain. Sosiaali- ja terveysministeriöstä ja kunnilta saamiini tietojen mukaan kuntoutus toimii hyvin. Myös omat kokemukseni tukevat tätä käsitystä, sanoo Kelan kuntoutuspäällikkö **Tiina Huusko**, joka itsekin on vuosia

tehdyt kliinistä lääkärintyötä.

Huuskon mielestä päihdekuntoutusta ja erityisesti sen seurantaan pitäisi korjata asiakasyhteistyölain perusteella.

– Kelan, kuntien terveydenhuollon, työvoiman palvelukeskusten ja työ- ja elinkeinoviranomaisten yhteistyö on tärkeää päihdekuntoutuksen seurannan ja jälkihoidon onnistumisessa. Sitä on syytä tehostaa.

Kela tekee tiivistä yhteistyötä monien tahojen kanssa. Kelan asiantuntijalääkäri **Kirsi Vainiemi** kertoo, että Kelan yhteistyökumppaneita ovat sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi muun muassa eduskunta, A-klinikat sekä terveydenhuolto ja erikoissairaanhoido.

– Päihdekuntoutuksessa yhteistyömme ulottuu lähes jokaiselle yhteiskunnan sektorille, hän sanoo. ■

■ TEKSTI TARJA AHOKAS JA HILKKA AROLA

Päihdekuntoutus:

Kunnalta kuntoutus, Kelalta toimeentulo

● Päihdekuntoutuksen työnjaon voi tiivistää lyhyesti: Kela turvaa kuntoutujan toimeentulon kuntoutusrahalla, ja kotikunta maksaa hoitolaitoksen toteuttaman kuntoutuksen. Kunta päättää, minkälaista päihdehoitoa tai -kuntoutusta sen asukas saa.

Kela ei järjestä päihdekuntoutusta, mutta se myöntää tietyin edellytyksin kuntoutusrahaa tai sairauspäivärahaa päihdeongelmallisille.

Kela myöntää kuntoutusrahaa päihdehuoltolain nojalla järjestetyn perhe- ja yksilökohtaisen päihdekuntoutuksen ajalle. Kelan kuntoutusrahaa voi saada myös työnantajan tai julkisen terveydenhuollon järjestämään päihdekuntoutukseen.

Ansiosidonnainen kuntoutusraha rahoitetaan Kelan sairausvakuutusrahastosta, vähimmäiskuntoutusraha puolestaan valtion varoista.

Kuntoutuja voi saada Kelasta kuntoutusrahaa, vain jos kuntoutusta annetaan Kelan hyväksymissä laitoksissa. Eri puolilla maata toimii 80 Kelan hyväksymää päihdekuntoutusta antavaa laitosta. Niiden ylläpidosta vastaavat muun muassa erilaiset yhdistykset, yritykset, kunnat ja kaupungit sekä A-klinikkasäätiö.

– Kuntoutuslaitoksen henkilökunnan tulee olla päihdekuntoutuksen ammattilaisia, ja kuntoutuksen tulee perustua erityisasiantuntemukseen ja -osaamiseen. Lisäksi päihdekuntoutus-laitoksella tulee olla asianmukaiset tilat ja laitteet sekä lääninhallituksen lupa tarjota ympärivuorokautisia sosiaali- tai terveydenhoitopalveluja. Päihdekuntoutuksen pitää kaiken kaikkiaan olla hyvän kuntoutuskäytännön mukaista, Kelan lakimies **Mikko Ryyänen** luettelee.

Kela seuraa laitosten toimintaa ja kuntoutuksen toteutumista säännöllisesti.

Päihdekuntoutujille yleensä kuntoutusraha

Kelan kuntoutusraha voi turvata kuntou-

tujan toimeentuloa päihdekuntoutuksen aikana. Kuntoutuksen tavoitteena tulee olla työelämässä pysyminen, työelämään pääsy tai sinne palaaminen.

Kuntoutusraha voidaan edellytysten täytyessä myöntää, jos kuntoutuja on estynyt tekemästä työtään kokopäiväisesti ja kuntoutus perustuu työterveyshuollon tai kunnan antamaan kuntoutuspäätökseen.

Kuntoutusrahaa voidaan myöntää päihdehuoltolain mukaisessa laitostuntoutuksessa olevalle kuntoutujalle, kun kuntoutus perustuu asianmukaiseen suunnitelmaan.

Sairauspäivärahan myöntäminen päihdeongelmalliselle edellyttää sairautta, josta aiheutuu niin suuri toimintakyvyn vaje, ettei kuntoutuja kykene tekemään työtänsä.

Jos päihteiden käyttö on ollut niin runsasta, että henkilö on jouduttu ottamaan päihdevieroitustilan vaikeuden vuoksi laitokseen hoitoon ja kuntoutukseen, oikeuden sairauspäivärahaan on pääsääntöisesti arvioitu kestävän noin 30 päivää. Tämän jälkeen oikeus sairauspäivärahaan arvioidaan tapauskohtaisesti. Sama pätee aina avohoidossa tapahtuvaan päihdekatkaisuun. ■

Kuntoutusrahat päihdekuntoutujille moninkertaistuneet

■ Kela on myöntänyt päihdehuoltolain nojalla kuntoutusrahaa yhä enemmän viime vuosina. Vuosina 2004 ja 2005 Kela maksoi tällä perusteella kuntoutusrahaa yli 300 000 euroa. Vuonna 2006 päiväraha-kustannukset olivat 1,2 miljoonaa euroa, vuonna 2007 yli 1,8 miljoonaa ja viime vuonna jo yli 2,3 miljoonaa euroa.

Tämän vuoden ensimmäisellä vuosipuoliskolla kuntoutusrahaa sai 1 210 päihdeongelmasta. Kuntoutusrahaa maksettiin tuona aikana yhteensä 1,45 milj. euroa 46 208 päivältä. Keskimääräinen kuntoutusraha oli 31,38 e/pv.

Lokakuussa 2009 päihdeongelman vuoksi kuntoutusrahaa sai 290 henkilöä. Kuntoutusrahaa maksettiin lokakuussa yhteensä 210 000 euroa, ja kuntoutusraha-päiviä oli 6 457. Keskimääräinen kuntoutusraha oli 32,51 e/pv.

Kustannusten nousua selittää mm. vuoden 2006 lainmuutos, jonka perusteella Kela alkoi myöntää kuntoutusrahaa myös työttömille päihdeongelmallisille. Luvuissa näkyy niin ikään päihteiden lisääntynyt väärinkäyttö. ●

Vuonna 2008 Kela teki 3 966 kuntoutusrahapäätöstä päihdehuoltolain mukaiseen kuntoutukseen. Niistä 88 % oli myönteisiä. Vuonna 2008 kuntoutujia oli 1 942. He jakautuivat ikäryhmittäin seuraavasti:

16–24 vuotta	250 henkilöä
25–34	488
35–44	510
45–54	551
55–64	143.

Vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus kohentaa elämänlaatua

Kelan järjestämään vaikeavammaisten lääkinälliseen kuntoutukseen osallistuneet arvioivat hyötyneensä kuntoutuksesta. Vakavaksi puutteeksi koettiin tiedon saannin vaikeus vammaisuuteen liittyvistä palveluista.

■ TEKSTI HEINI LEHIKONEN

Kela käynnisti vuoden 2006 lopulla monivuotisen vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta kehittävän hankkeen (VAKE), jossa uudistetaan vaikeavammaisten lasten, nuorten ja aikuisten kuntoutuspalveluja pitkällä tähtäyksellä. Hankkeen tavoitteena on kehittää hyviä kuntoutuskäytäntöjä ja samalla tuoda kuntoutuspalveluja lähemmäksi arkea ja vammaisen ihmisen elämäntilaa.

Osana hanketta kartoitettiin laajalla kysely- ja haastattelututkimuksella kuntoutukseen osallistuneiden elämäntilaa, koettua hyvinvointia sekä kuntoutusta koskevia toiveita, odotuksia ja tarpeita. Tutkimuksen toteutuksesta vastasivat Lapin yliopiston ja Kuntoutussäätiön tutkijaryhmä. Kuntoutujat pitivät kuntoutusta merkittävänä elämänlaadun ja toimintakyvyn ylläpitäjänä, mutta kuntoutuksen toteutuksesta löytyi myös monenlaisia huomautettavia. Voimakkain kritiikki kohdistui palvelujärjestelmän tiedotukseen, neuvontaan ja ohjaukseen.

Kuntoutus tukee osallistumista

Kela järjestää vaikeavammaisille lääkinällistä kuntoutusta sekä laitoksissa että avoterapioina. Kuntoutuksen tarkoitus on tukea vammaisen henkilön selviytymistä arkielämän toiminnoista vammasta tai sairaudesta huolimatta sekä turvata työ- ja toimintakykyä.

Kuntoutussäätiön tutkija **Jouni Puumalainen** arvioi Kelan onnistuneen näissä tavoitteissaan suhteellisen hyvin, kun arvioidaan aikuisten vaikeavammais-

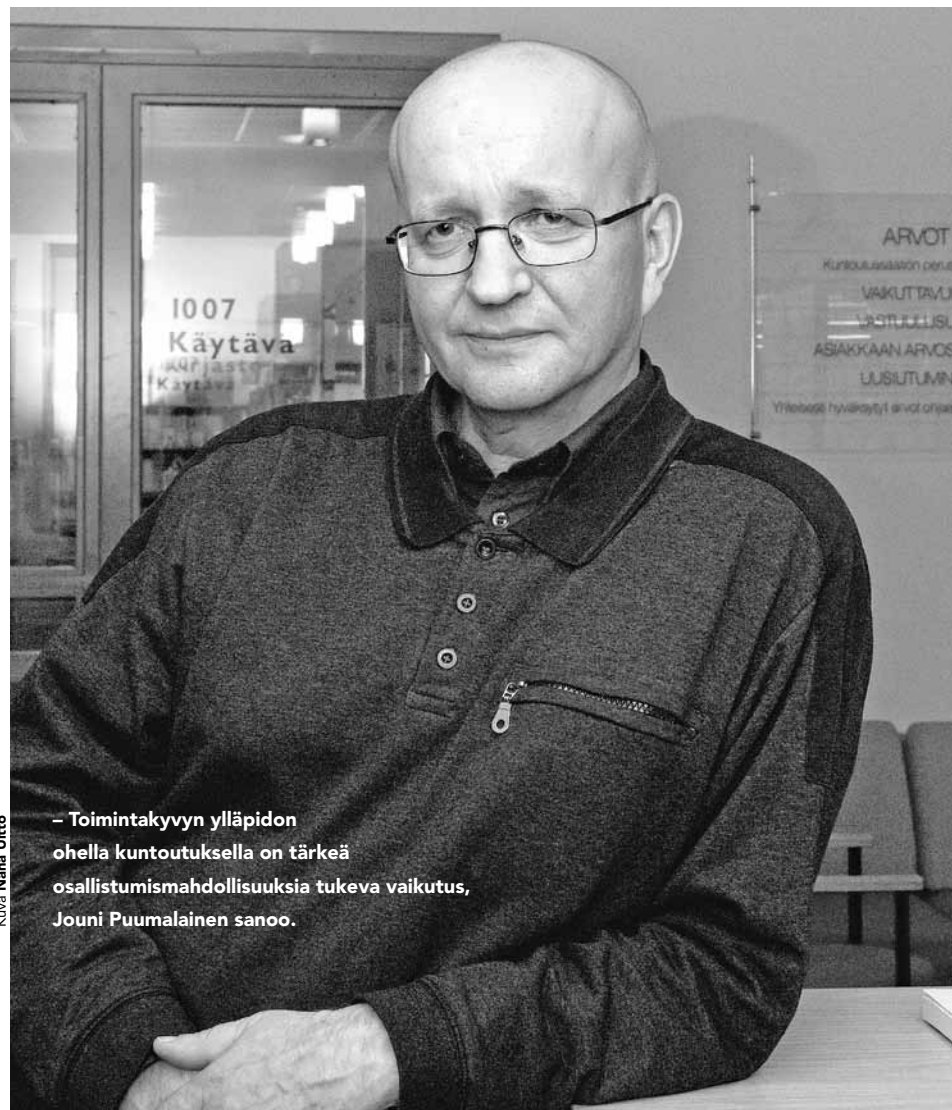
ten näkemyksiä ja kokemuksia saamaan kuntoutuksesta

– Suurin osa kuntoutujista koki kuntoutuksen itselleen erittäin hyödylliseksi. Vastajat korostivat enimmäkseen kuntoutuksen fyysisiä hyötyjä, sen vaikutusta toimintakyvyn ylläpitoon ja arjen askareista selviytymiseen. Jotkut pitivät kuntoutusta itselleen suorastaan elintärkeänä.

Kuntoutujat arvioivat kuntoutuksen

onnistuneen kaikkein parhaiten silloin, kun kuntoutussuunnitelmiin sisältyi sekä avokuntoutusta että laitospohjaista kuntoutusjaksoja.

– Kuntoutuksella on myös tärkeä osallistumismahdollisuuksia lisäävä ja vahvistava vaikutus. Täytyy olla toimintakykyä voidakseen osallistua esimerkiksi järjestö- tai seurakuntatoimintaan tai pystyä käymään äänestämässä tai



Kuva Nana Uitto

– Toimintakyvyn ylläpidon ohella kuntoutuksella on tärkeä osallistumismahdollisuuksia tukeva vaikutus, Jouni Puumalainen sanoo.



– Tyytyväisimpiä saamaansa kuntoutukseen olivat nuoret, jotka olivat itse osallistuneet ja saaneet vaikuttaa kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen, Marjatta Martin painottaa.

teatterissa eli ylipäänsä tekemään kaikkea sitä, mitä ihmiset kansalaisina tässä yhteiskunnassa tekevät.

Yksilöllisyyden huomioiminen tärkeää

Vaikeavammaisten kuntoutuksen suunnittelun tulisi Jouni Puumalaisen mukaan olla mahdollisimman yksilöllistä.

– Toiveet ja odotukset saattavat olla hyvinkin erilaisia ihmisestä ja vammasta riippuen. Sama vamma saattaa myös eri elämäntilanteissa aiheuttaa hyvinkin erilaisia tarpeita. Tavoitteiden asettelun tulee siksi aina lähteä kuntoutujasta itsestään. Kuntoutussuunnittelu ei saa jäädä irralliseksi kuntoutujan omasta elämämpiiristä ja -tilanteesta.

Jouni Puumalainen toivoo, että jokaisella kuntoutujalla olisi terveydenhuollossa nimetty yhdyshenkilö, joka tuntee kuntoutuksen palvelujärjestelmät, opastaa ja neuvoo. Tämä paikkaisi osaltaan myös vakavia tiedonsaannin puutteita.

– Myös kuntoutuksen suunnittelijoiden, kuten lääkäreiden tulee tuntea hyvin eri kuntoutusmuodot- ja mahdollisuudet.

Kelan järjestämä kuntoutus päättyy

65 vuoden iässä. Tutkimukseen vastanneet ikääntyneemmät kuntoutujat kantoivat suurta huolta siitä, pystyykö heidän kotikuntansa tämän jälkeen järjestämään heille kuntoutusta.

Ongelmaksi koettiin myös kuntoutusoikeuden sitominen erilaisiin tukiin. Vammaistuen ja eläkettä saavan hoitotuen saajista kuntoutukseen oikeutettuja ovat ainoastaan ylintä tai erityistukea saavat.

– Tietyissä elämän siirtymävaiheissa, esim. kun alle 16-vuotiaan vammaistukea saanut saanut täyttää 16 vuotta, saataan tehdä vammaistukipäätös, joka pudottaa tuen alemmalle tasolle ja kuntoutus loppuu, vaikka tarvetta siihen olisi-kin, Jouni Puumalainen huomauttaa.

Lisää itseluottamusta ja uskoa selviytymiseen

Tutkija **Marjatta Martin** Lapin yliopistosta selvitti nuorten, 14–21-vuotiaiden näkemyksiä vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen onnistumisesta.

– Kuntoutuksen sisältöön oltiin yleisesti ottaen melko tyytyväisiä. Puolet kuntoutujista ilmoitti kuntoutuksen vastanneen erittäin hyvin ja lähes puolet

melko hyvin heidän tarpeitaan.

Tyytyväisimpiä saamaansa kuntoutukseen olivat nuoret, jotka olivat osallistuneet kuntoutuksen suunnitteluun ja pystyneet vaikuttamaan sen toteutukseen. Tärkeää oli myös se, että kuntoutus vastasi yksilöllisiä tarpeita.

Toimintaan tyytymättömät kritisoivat eniten kuntoutuspalvelujen hakuprosessia ja päätöksentekoa.

Marjatta Martin huomauttaa, että laitostuntoutus ja avokuntoutus vastaavat erilaisiin tarpeisiin ja siksi niitä koskevat hyödyllisyysarvioinnit ja arvioinnin perustelut vaihtelevat.

– Laitostuntoutuksesta nuoret kokivat erittäin hyödylliseksi yksilöllisen laitostuntoutuksen, koska se huomioi riittävästi nuoren yksilöllisiä tarpeita ja elämäntilannetta. Laitostuntoutuksesta saatava vertaistuki, tieto ja ajatusten vaihto samassa elämäntilanteessa olevien kanssa oli nuorille tärkeää. Laitostuntoutuksen koettiin myös lisänneen luottamusta omaan selviytymiseen ja vahvistaneen itsetuntoa.

Laitostuntoutuksesta saatava tietoa ja tukea pidettiin erityisen tärkeänä ammatinvalinnan ja urasuunnittelun kannalta. Toisten nuorten kokemukset ja suunnitelmat auttavat myös omien ratkaisujen tekemisessä.

– Avokuntoutuksen muodoista nuoret pitivät erittäin hyödyllisenä fysioterapiata ja ratsastusterapiata. Arvioinneissa korostui myös puheterapian ja musiikki-terapian hyödyllisyys. Avokuntoutuksen eri kuntoutusmuotoja koskevat arvioinnit olivat yleisellä tasolla hieman positiivisempia kuin laitostuntoutusta koskevat arviot, Marjatta Martin huomauttaa.

Kuntoutuspalvelujen kokonaisvaltaisen arvioinnin ohessa nuoret arvioivat saamiensa yksittäisten kuntoutusmuotojen sisältöä kuntoutuksen sisältöä yksittäisten kuntoutusmuotojen osalta tai vertasivat tilannetta aiempaan.

– Heidän yksityiskohtaisemmat kannanottonsa olivat yleisarvioita kriittisempiä. Tyytymättömyyttä aiheuttivat muun muassa puheterapian epäsäännöllisyys, omien tarpeiden huomiotta jääminen kuntoutusprosessin alkuvaiheessa sekä yhteistyön puute palveluntuottajan kanssa. ■

Lisätietoja: Aila Järvikoski ym. (toim.)

Asiakkaan äänellä. Helsinki,

Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80/2009.

Nuorilla työ- ja opiskelutilanne selkiytyi kuntoutusrahajakson aikana

■ Nuorella kuntoutusraha on ensisijainen työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. Kela maksaa vajaakuntoiselle 16–19-vuotiaalle kuntoutusrahaa, jos sairaus, vika tai vamma olennaisesti heikentää hänen työkykyään ja ansiomahdollisuuksiaan tai mahdollisuuksia valita ammatti ja työ, ja hän tarvitsee tehostettua työkyvynarviointia ja kuntoutusta. Lisäksi edellytetään, että nuorelle on laadittu henkilökohtainen opiskelu- ja kuntoutumissuunnitelma

Tavoitteena on työelämään pääsy, työelämässä pysyminen tai sinne palaaminen.

Kuntoutusrahaa maksetaan opiskelun päättymiseen asti eli myös yli 19-vuotiaille, joilla opiskelu on alkanut 16–19-vuotiaana. Kuntoutusraha on veronalainen ja pääsääntöisesti sairauspäivärahan suuruinen.

Keille nuoren kuntoutusraha kohdentui?

Kelan kuntoutuksen vuonna 2003 päättäneistä 3 % (n = 1 287) oli 16–19-vuotiaita kuntoutukseen hakeutuneita. Heistä 11 % oli saanut nuoren kuntoutusrahaa, joka koski vuonna 2003 päättyneitä kuntoutustutkimuksia. Ikäluokassa 20–25-vuotiaat kuntoutusrahaa oli saanut joka viides ja 26–30-vuotiaista lähes joka kolmas. Tässä artikkelissa kuvataan 16–19-vuotiaita kuntoutusrahaa saaneita (n = 147) ja kuntoutusrahaa saamattomia (n = 1 140) omi-

na ryhminään sekä tarkastellaan kuntoutusrahan kohdentumista ja sen tavoitteiden toteutumista.

Nuoren kuntoutusrahaa saaneet eivät poikenneet sukupuolen tai kuntoutushakemuksen päädiagnoosin osalta niistä, jotka eivät olleet saaneet kuntoutusrahaa. Kuntoutustarpeen taustalla keskeisin diagnoosi oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö (taulukko 1).

Nuoren kuntoutusrahaa saamattomista suurin osa oli kuntoutukseen hakeutumisen aikaan opiskelijoita. Kuntoutusrahaa saaneista 19 % ja kuntoutusrahaa saamattomista 5 % kuului kuntoutuksen alkaessa työvoimaan, usein työttömänä. Nuoren kuntoutusrahaa saaneet olivat vanhempia kuin kuntoutusrahaa saamattomat.

Yli puolet sai ammattikoulutusta

Vajaakuntoisten ammatillisessa kuntoutuksessa olleiden nuoren kuntoutusrahaa saaneiden kuntoutustoimenpiteistä puolet oli ammattikoulutusta, viidesosa lähinnä lasten ja nuorten psykoterapiaan liittyvää kehittämis- ja kokeilutoimintaa ja runsas kymmenesosa kuntoutustutkimuksia. Koulutuksen osuus toimenpiteistä oli suurempi (69 %) nuoren kuntoutusrahaa saamattomilla kuin sitä saaneilla.

Vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta, lähinnä erilaisia terapioida (82 %), oli ainoastaan niillä,

jotka eivät olleet saaneet nuoren kuntoutusrahaa.

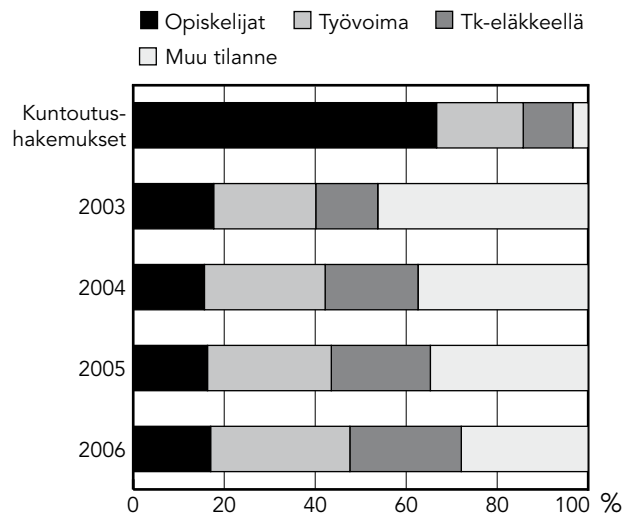
Harkinnanvarainen muu ammatillinen ja lääkinnällinen kuntoutus toteutui nuoren kuntoutusrahaa saaneilla usein kuntoutuskursseina (51 %) ja sopeutumisvalmennuskursseina (26 %). Lasten ja nuorten psykiatriseen kuntoutukseen kohdistuneen

kehittämis- ja kokeilutoiminnan osuus oli pieni (12 %) verrattuna kuntoutusrahaa saamattomien vastaavaan osuuteen (74 %).

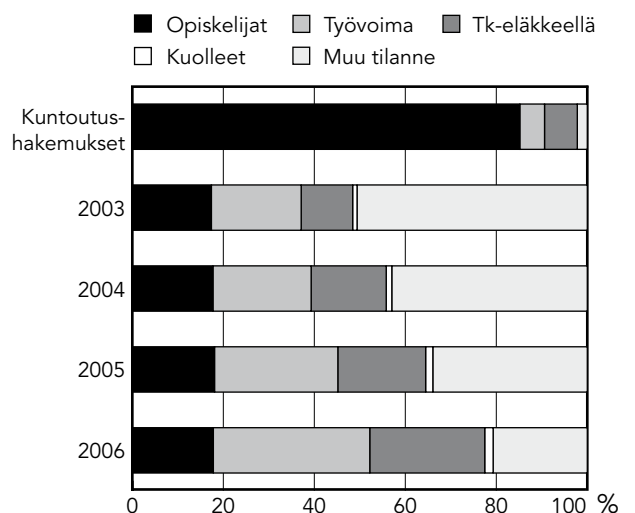
Opiskelu- ja työtilanne kuntoutuksen jälkeen

Nuoren kuntoutusrahaa saaneista 48 % ja kuntou-

Nuoren kuntoutusraha



Ei nuoren kuntoutusrahaa



tusrahaa saamattomista 52 % oli vuonna 2006 aktiiveja, ts. ansiotyössä tai opiskele-massa (kuvio 1). Vuodesta 2003 vuoteen 2006 nuoren kuntoutusrahaa saaneiden opiskelijoiden osuus väheni 67 %:sta 17 %:iin, työllisten osuus kasvoi 5 %:sta 20 %:iin ja työttömien osuus väheni 18 %:sta 11 %:iin. Niistä, jotka eivät saaneet nuoren kuntoutusrahaa, opiskelijoi-den osuus väheni 85 %:sta 18 %:in ja työllisten osuus kasvoi 14 prosenttiyksikköä. Työttömien määrä ei muut-tunut.

Myös työkyvyttömyys-eläkkeellä olleiden osuus kasvoi samana aikana: nuoren kuntoutusrahaa saaneilla 10 prosenttiyksikköä ja kuntou-

tusrahaa saamattomilla 14 prosenttiyksikköä. Luokan "muu tilanne" osuus vähe-ni nuoren kuntoutusrahaa saaneilla 18 prosenttiyksikköä ja kuntoutusrahaa saamat-tomilla 30 prosenttiyksik-köä. Vuoden 2006 loppuun mennessä oli kuollut yhteen-sä 21 nuorta. Heistä kukaan ei saanut kuntoutusrahaa. (Kuvio 1.)

Nuoren kuntoutusrahan saajille harvemmin vammaistukia

Ammatillinen kuntoutuminen ilmeni nuoren kuntoutusrahan saajan toimeentuloa tuke- vissa keskeisissä etuuksissa. Koulutukseen ja työelämään suuntautuneista nuoren kun-

toutusrahan saajista pienem- pi osa kuin kuntoutusrahaa saamattomista nuorista sai lapsen hoitotukea. Heidän toimintakykynsä oli usein sel- västi rajoittunut kuntoutuksen lakiperusteen mukaan arvioi- tuna. Lapsen hoitotuen ikäkri- teerin vuoksi alle 16-vuotiaita ei ollut kohderyhmässä enää vuoden 2003 jälkeen.

Nuoren kuntoutusrahaa saaneista harvempi sai myös vammaistukea kuin kuntou- tusrahaa saamattomista. Vuonna 2006 nuoren kuntou- tusrahaa saaneista vammais- tukea sai 9 % työvoimaan kuuluneista ja 7 % niistä, joiden työtilanne oli "muu" (opiskelu, työharjoittelu tms). Nuoren kuntoutusrahaa sa- mattomilla vastaavat osuudet

olivat 10 % ja 23 %.

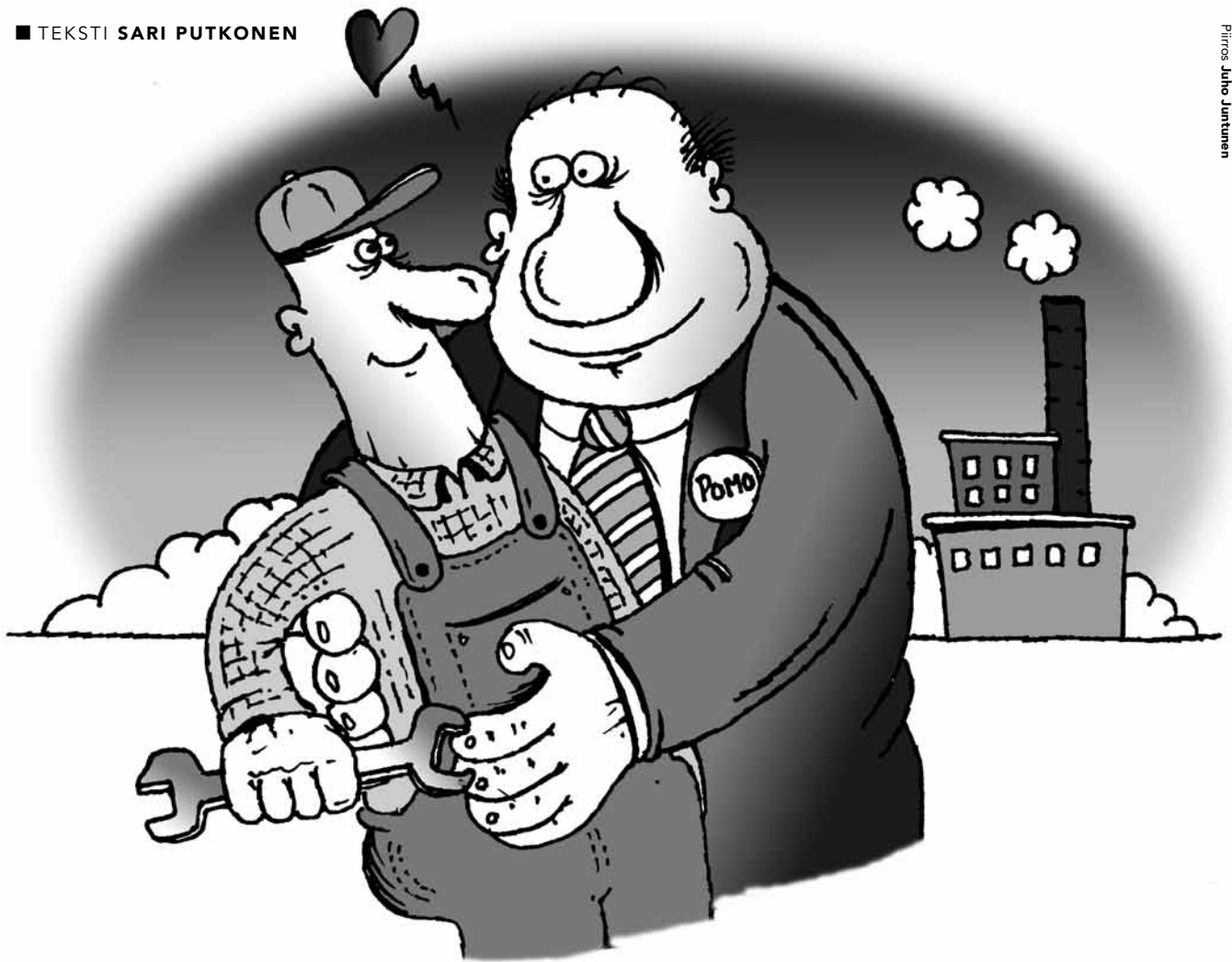
Myös eläkkeensaajien hoitotuen osuus oli nuoren kuntoutusrahaa saaneilla pienempi kuin kuntoutusra- haa saamattomilla. Työky- vttömyyseläkkeellä olleista nuoren kuntoutusrahaa saaneista 44 % ja kuntoutus- rahaa saamattomista 67 % sai eläkkeensaajan hoitotu- kea. Nuoren kuntoutusra- haa saaneilla tarkasteltuja tukimuotoja oli kaikkiaan vähemmän ennen kuntoutus- ta ja sen jälkeen kuin niillä, jotka eivät saaneet kuntou- tusrahaa.

Nuoren kuntoutusrahaa saaneiden työtilanne ja siinä tapahtuneet muutokset hei- jastuivat sairauspäivärahalla olleiden osuudessa. Se oli suurimmillaan (14 %) kun- toutuksen päättymisvuotena 2003 – nuoren kuntoutus- rahaa saamattomilla osuus oli pienempi (4 %). Kyse oli yleensä lyhyistä, enintään 60 päivää kestäneistä sairauspäi- värahakausista.

Nuoren kuntoutusrahaa saaneet olivat kuntoutukseen hakeutumisen ajankohta- na usein työmarkkinoille suuntautuneita. Myös kuntou- tusraha osaltaan tukee tätä. Rekisteriseurannassa tämä ilmeni nuoren kuntoutusra- ha saaneiden työtilanteen selkiytymisenä, ts. opiskelun aloittamisena ja jatkamisena sekä työelämään siirtymise- nä. Kuntoutusrahaa saaneita nuoria siirtyi myös työky- vttömyyseläkkeelle, mikä puolestaan selkiytti heidän elämäntilannettaan. Toisaalta myös nuoren kuntoutusrahaa saamattomista huomattava osa tavoitteli ammatillista kuntoutumista. ●

TAULUKKO 1. Taustatietoja hakemusajankohtana 16–19-vuotiaista nuoren kuntoutusrahan mukaan.

	Nuoren kuntoutus- rahaa saaneet (n = 147)	Ei nuoren kuntoutusrahaa (n = 1140)
Sukupuoli, %		
Miehet	46	47
Naiset	54	53
Ikä, v		
Ikä kuntoutukseen hakeutuessa, ka (vaihteluväli)	17,8 (16–19)	17,4 (16–19)
Ikä kuntoutuksen päättyessä, ka (vaihteluväli)	19,3 (17–24)	18,9 (16–27)
Päädiagnoosi kuntoutushakemuksessa, %		
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	61	63
Hermoston sairaudet	9	8
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	8	7
Syynynäiset epämuodostumat	3	8
Muut sairaudet	19	14
Työtilanne kuntoutushakemuksessa, %		
Opiskelija	67	85
Työllinen	5	2
Työtön	14	3
Sairauspäiväraha, ma. työkyvyttömyyseläke	11	7
Muu tilanne	3	2
Kuntoutuksen lakiperuste, %		
Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus	74	44
Vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus	-	14
Muu ammatillinen ja lääkinällinen kuntoutus	26	42



Määräaikainen työntekijä odottaa työnantajalta sitoutumista

Kun olemme työelämässä, meillä itse kullakin on sanattomia oletuksia omista ja työnantajaorganisaation velvollisuuksista ja oikeuksista toisiaan kohtaan. Nämä oletukset muodostavat niin sanotun psykologisen sopimuksen.

● Vaikuttaako määräaikaisuus työntekijän sitoutumiseen työnantajaorganisaatioon? Entä siihen, kuinka työntekijä kokee työnantajan täyttävän omat velvollisuutensa työntekijää kohtaan? Muun muassa tätä tutkitaan parhaillaan käynnissä olevassa Suomen Akatemian määräaikaista työtä tutkivassa hankkeessa (Tempwell 2008–2011).

Sanattomia oletuksia

Työnantajaorganisaation ja työntekijän välillä on työsopimuksen lisäksi myös sanaton psykologinen sopimus. Tällä tarkoitetaan työntekijän näkemyksiä niistä työsuhteeseen kuuluvista vastavuoroisista velvollisuuksista, joita hänellä ja organisaatiolla on toisiaan kohtaan.

Vastavuoroisiin velvollisuuksiin ovat perinteisesti kuuluneet muun muassa

oletukset työn varmuudesta ja työntekijän lojaalisuudesta organisaatiota kohtaan sekä asianmukaisen palkan saaminen ja työntekijän joustavuus työtehtävissä tarpeen vaatiessa.

Osa velvollisuuksista koskee siis rajatun tehtävän hoitoa ja siitä saatavaa korvausta, osa henkilökohtaisempia ja vaikeammin määriteltäviä asioita, kuten arvontaa tai lojaalisuutta.

Työ askeleena tulevaan

Jos työsuhde on määräaikainen, työntekijä ei aina voi laskea sen varaan, että työsuhde on vakaa. Silti psykologinen sopimus voi parhaassa tapauksessa täyttyä – tosin uudella tavalla määriteltynä.

Viime aikoina edellä mainittujen vastavuoroisten velvollisuuksien rinnalle on nostettu uusi tapa tarkastella psykologista sopimusta. Tällöin senhetkisen työpaikan oletetaan auttavan tulevassa työllistymisessä tai työnantajaorganisaation oletetaan tukevan työntekijää tämän taitojen kehittämisessä. Tällöin työntekijä sitoutuu pikemminkin tiettyntyyppiseen työhön kuin yksittäiseen työpaikkaan.

Tämä näkemys sopimuksesta korostuu tilanteissa, joissa pitkäaikaiset sitoumukset ja työn jatkuvuus ovat epävarmoja. Suoritukset ja osaaminen ovat työnantajaorganisaation käytettävissä koulutusta ja työllistymismahdollisuuksia vastaan.

Määräaikaisuus ja velvollisuuksien täyttäminen

Professori **Jouko Nätti** Tampereen yliopistosta kertoo, että Suomen Akatemian projektissa heillä on tällä hetkellä kerättyä noin 3 000 henkilön vastaukset. Vastajat työskentelevät yhdessä sairaalassa ja kahdessa yliopistossa. Aineiston keruu jatkuu edelleen. Aineiston tuloksia ei voi kuitenkaan yleistää koskemaan koko työmarkkinoita.

Aineiston alustava tarkastelu osoittaa Nätin mukaan hieman yllättäen, että työsuhteen luonne ei vaikuta erityisen vahvasti siihen, kuinka työntekijät kokevat psykologisen sopimuksen täyttyvän. Jotakin eroja nousee kuitenkin esiin.

– Tutkimusaineistossa määräaikaisessa työsuhteessa olevat kokevat, että heillä on keskimääräistä vähemmän velvollisuuksia työnantajaorganisaatiota kohtaan, toteaa Nätti.

Iän myötä määrärikaisten tunne velvollisuuksista työnantajaa kohtaan vahvistuu. Samoin kasvaa kriittisyys sitä kohtaan, kuinka hyvin työnantaja toteuttaa velvollisuutensa työntekijää kohtaan.

Tilastokeskuksen Hyvinvointikatsauksessa 1/2009 **Kaisa-Mari Okkonen** kirjoittaa, että ”melko moni nuori ilmoittaa olevansa määräaikaisessa työsuhteessa omasta tahdostaan” ja että ”vanhemmissa ikäryhmissä taas useampi on



Kuva Ari Korkala

Määrärikaista työtä tutkiva professori Jouko Nätti toteaa, että koulutustason noustessa kriittisyys työnantajan velvollisuuksien toteutumiseen kasvaa ja organisaatioon sitoutuminen vähenee.

määrärikaisessa työssä siksi, ettei muuta työtä ole tarjolla”.

Nätin mukaan nuoremmat ikäluokat voivat suhtautua työsuhteeseen kevyemmin, koska se on usein sivutoimi esimerkiksi opiskelun ohessa.

Vakaus tuo hyvinvointia

Jos yksilö kokee, että organisaatio ei täytä psykologisen sopimuksen sisältämiä vel-

lollisuuksia, se vaikuttaa työntekijän hyvinvointiin.

– Psykkinen oireilu kasvaa, Nätti toteaa ja jatkaa, että tutkimusaineiston perusteella pidempi työsuhde puolestaan näyttää lisäävän työntekijän hyvinvointia.

Psykologisen sopimuksen täyttymisellä on merkitystä myös työnantajan kannalta: työntekijän tyytyväisyys ja sitoutuminen organisaatioon vahvistuvat. ■

Epätyyppilliset työsuhteet yleistyvät uusilla aloilla

■ Syyskuussa 2009 määrärikaisessa työsuhteessa työskenteli Tilastokeskuksen mukaan noin 13 % kaikista palkansaajista. Osa-aikaisia oli noin 10 %. Yhteensä osa- ja määrärikaisena työskenteli 24 % palkansaajista.

Professori Jouko Nätti Tampereen yliopistosta toteaa, että tutkimusten mukaan epätyyppillisten työsuhteiden yleistymisessä on enemmän kyse puheesta kuin faktoista. Määrärikaisten työsuhteiden määrä yleistyi 1990-luvun alun laman aikana, ja määrä oli huipussaan vuonna 1997.

– Mitään yhtenäistä jatkuvaa kasvua ei ole tapahtunut. Viime vuosina työsuhteet ovat pikemminkin pidentyneet, Nätti huomauttaa.

Mistä puhe sitten johtuu? Vastaus saattaa löytyä siitä, että aiemmin määrärikaisuudet olivat tyyppillisiä esimerkiksi rakennusalalla, mutta nyt ne ovat levinneet toimihenkilöaloille ja julkiselle sektorille. Ilmiö koskettaa uusia työntekijäryhmiä, kuten viestintäalan ihmisiä, joilla on keinoja ja taitoa puhua asiasta.

Vaikka epätyyppillisten työsuhteiden määrä ei olekaan jatkuvassa kasvussa, työntekijöiden epävarmuuden tunne työmarkkinoilla on kuitenkin lisääntynyt.

Epävarmuuden tunnetta tuottavat tutkimusten mukaan muun muassa juuri määrärikaisuudet ja aiempi kokemus työttömyydestä. Myös talouden rakenteiden muutokset, kuten globalisoituminen ja massairtisanomiset, melko tuoreena ilmiönä suomalaisessa yhteiskunnassa, voivat omalta osaltaan levittää epävarmuuden tunnetta. ●

Den finländska välfärdsstatens framtid i vågskålen

■ Enligt en internationell jämförelse är den finländska välfärdsstaten livskraftig. Vid närmare påseende finns det dock missförhållanden som hotar att rasera systemets grund.

Vid FPA ordnades i slutet av oktober ett seminarium där man utvärderade den finländska socialpolitikens nuläge och framtid. På seminariet presenterade inhemska experter först det finländska systemet för en utländsk panel som sedan gav sin egen syn på frågan. Panelen bestod av professor **Nina Smith** från Aarhus universitet, professor **Johan Fritzell** från Stockholms universitet och professor **Karl Hindrichs** från forskningsinstitutet Zentrum für Sozialpolitik i Bremen.

De sade sig vara överraskade över hur förhållandevis obekymrat de finländska experterna ställer sig till den rådande recessionen. Panelen ansåg att utgångsläget nu är mycket sämre än under depressionen på 1990-talet. Inkomstskillnaderna är större, arbetslöshetsnivån betydligt högre särskilt bland unga, fattigdomen allmänare och nivån på flera förmåner nu lägre – grunddagpenningens och arbetsmarknadsstödet nivå ligger till och med under EU:s relativa fattigdomsgräns.

– Bland personer som huvudsakligen lever på socialförmåner har fattigdomen ökat mycket dramatiskt, poängterade Johan Fritzell.

Enligt panelen sär-

behandlar det finländska socialskyddssystemet redan nu olika grupper. Systemet delar in befolkningen i två grupper – de som är med i arbetslivet och de som står utanför. Skillnaderna mellan grupperna växer.

Som exempel nämndes företagshälsovården. De som arbetar har bättre tillgång till hälso- och sjukvård och särskilt till specialiserad sjukvård. Denna grupp förhåller sig även aktivare till sin hälsa.

– Det råder stor ojämlikhet när man betraktar finländarnas hälsa. Jag är överraskad över att detta inte är en dagsaktuell fråga i Finland. I Tyskland debatterar vi huruvida det finns två samhällsklasser vad gäller hälso- och sjukvård. Enligt Karl Hindrichs borde det inte få finnas skillnader vad gäller kvaliteten på de hälsovårdstjänster olika grupper har tillgång till.

Nina Smith betonade att tudelningen inte får bli skarpare i framtiden. – Ett tudelat system innebär att alla inte erbjuds högklassiga tjänster. För dem som inte har det så väl ställt står endast andrahandsalternativ till förfogande.

EU:s nya förordning om social trygghet träder i kraft i maj

■ Professor **Robertus Cornelissen** som är rådgivare vid Europeiska kommissionen har arbetat med den europeiska sociala tryggheten och dess koordinering i många år. Cornelissen besökte nyligen Finland där han deltog i

Östersjöländernas gemensamma seminarium om social trygghet.

I maj 2010 träder EU:s nya förordning om samordning av den sociala tryggheten i kraft. Förordningen har sysselsatt Cornelissen så gott som hela 2000-talet. Målsättningen med förordning 883/2004 var att förenkla och modernisera EU:s bestämmelser om social trygghet.

Enligt Cornelissen har man uppnått målet endast delvis: nog med förenklandet men endast delvis med moderniserandet. Förordningen innebär att en större del av de europeiska medborgare som rör sig inom unionen kommer att omfattas av EU-lagstiftningen. Tidigare förordningar har gällt endast arbetstagares sociala trygghet. Nu omfattas också studerande, pensionstagare och familjemedlemmar. Detta stärker medborgarskapet i Europeiska unionen.

Förordningen harmoniserar däremot inte de olika ländernas system och skillnaderna blir vi således inte av med. Till exempel pensionsålder och definitioner som gäller familjemedlemmar och arbets- och funktionsförmåga varierar från land till land.

Förordningen förpliktar länderna att övergå till elektroniskt utbyte av information. Efter en övergångsperiod på två år borde pappersblanketterna vara historia. Enligt Cornelissen är utmaningen stor men han tror att ett fungerande system kan uppnås genom intensivt samarbete och genom att ställa upp klara tidsfrister.

Focus on the future of the Finnish welfare state

■ According to international comparisons, the Finnish welfare state is in fine shape. However, a closer examination reveals shortcomings that threaten to undermine the system.

At the end of October, Kela organised a seminar on the current state and future prospects of Finnish social policy. It began with Finnish experts first outlining the Finnish system for the benefit of foreign panel members, who then offered their own observations. On the panel were Professor Nina Smith of the University of Aarhus, Denmark, Professor Johan Fritzell of the University of Stockholm and Professor Karl Hindrichs of the Zentrum für Sozialpolitik at the University of Bremen in Germany.

The panel members expressed surprise over the Finnish experts' comparatively relaxed attitude to the ongoing recession, arguing that the circumstances today are much worse than during the economic depression of the 1990s. Income disparity is greater, the base level of unemployment is higher especially among young people, poverty is more widespread and the level of several benefits lower, to the extent that the basic unemployment allowance and labour market subsidy are below the relative poverty line for the EU. According to Johan Fritzell, poverty has increased dramatically among

people who are dependent on welfare.

According to the participants, different population groups are already now treated rather differently under the Finnish social security system. The system divides the population into two main groups: the employed and the non-employed, with a growing gap between them.

As an example, the participants referred to the occupational health care system. Those who are employed enjoy easier access especially to specialist health services and take a more active approach to matters of personal health.

Karl Hindrichs made the point that Finns are wildly unequal when it comes to health. He expressed surprise that this was not a burning topic in Finland. In Germany, there is an ongoing debate over whether the German health care system divides people into two classes. There should not be any differences in the quality of health service that people have access to, Hindrichs argued.

Nina Smith stressed that the observed divergence should not be allowed to increase further. She said that a two-tier system means that high-quality services will not be available to everyone, with the result that less affluent people will only have access to second-tier services.

New EU regulations on social security to take effect in May 2010

■ As a consultant to the European Commission, Professor Robertus Cornelissen has extensive experience with questions related to the coordination of social security in Europe. Professor Cornelissen recently attended a Baltic seminar on social security, which was held in Finland.

New EU regulations on the coordination of social security, which Cornelissen has been involved with for nearly the past decade, will become effective in May 2010. The original goal of the main regulation, Regulation (EC) 883/2004, was to simplify and modernise EU regulations on social security.

According to Cornelissen, the new regulation is only a qualified success: it succeeds fully at simplification but only partly at modernisation. With the new regulation, the range of EU citizens travelling within the Union who are covered by the EU legislation is broadened to include students, pensioners and family members. Thus, the new regulation reinforces the notion of EU citizenship.

However, the new regulation does not seek to harmonise individual member states' systems or to eliminate the diversity that exists between member states in such matters as the applicable age of retirement or the definition of such concepts as 'family member' or 'work capacity'.

The new regulation

requires the member states to begin exchanging information electronically. After a two-year transition period, paper forms should be consigned to history. While the challenges are great, Cornelissen believes that the system will be a success as long as the participants cooperate intensively and set clear deadlines.



Kuva Nana Uitto

Kela|Fpa[®]

PL 450, 00101 HELSINKI | PB 450, 00101 HELSINGFORS