

Sosiaalivakuutus

Terveysaseman arki
Pertunmaalla s. 10

**TEEMA: SAIRAUSVAKUUTUS JA
TERVEYDENHUOLLON RAJOITUS**

Pelkkä tekohengitys
ei enää tehoa s. 16

Vastaanoton ovi on
auki Eurooppaan s. 28





16

Pelkkä tekehengitys ei enää tehoa?

TEEMA

Sairausvakuutus ja terveydenhuollon rahoitus

10 TERVEISET PÄÄTTÄJÄLLE

Terveysaseman arki Pertunmaalla

15 VASTAUKSIA

Miten tepsi hammashoidon taksakorotus?

16 PELKKÄ TEKEHENGYTYS EI ENÄÄ TEHOA

Kolme tapaa uudistaa terveydenhuollon rahoitus

21 NÄKÖKULMA

Rauno Ihalainen: Terveysrahoitus alueille

22 LAAJALLA RINTAMALLA

Päijöhtaja Liisa Hyssälä

26 SÄHKÖISEEN TIEDONVAIHTOON SIIRTYMINEN TEETTÄÄ TYÖTÄ

Projektipäällikkö Marjaana Hirviniemi

28 VASTAANOTON OVI ON AVOINNA EUROOPPAAN

Pääsuunnittelija Noora Heinonen

32 TUTKIJALTA

Paul Knekt, Maarit Laaksonen ja Olavi Lindfors: Psykoterapiatutkimus jatkuu THL:ssä

KESKUSTELUA

9 KOLUMNI

Elise Kivimäki

14 PÄÄTTÄJÄRAATI

Vastaamassa neljä Kelan hallituksen jäsentä

25 KOLUMNI

Olli Kangas

JOKA NUMEROSSA

6 KUMPPANI

Annariikka Linna, taksiautoilija, Saarijärvi

33 VÄITÖS

Arttu Saarinen

34 TILASTOILMIÖ

Raimo Raitasalo ja Kaarlo Maaniemi: Viisi nuorta eläkkeelle joka päivä

35 TUTKIJALTA

Mikko Niemelä: Paras-hankkeen opit hyödynnettävä

37 JULKAISUT

39 TYÖSSÄ

40 SVENSKA SIDOR

43 JOSKUS ENNEN

Toiminnanjohtaja Riitta Särkelä

Kela|Fpa[®]

Sosiaalivakuutus 1.2011. 49. vuosikerta. Sosiaali- ja terveysturvan asiantuntijalehti Kelan sidosryhmille. Vuonna 2011 ilmestyy neljä numeroa. Facktidsskrift om social- och hälsoskyddet för FPA:s intressentgrupper. Tidningen utkommer med fyra nummer år 2011 **Julkaisija** Kansaneläkelaitos, PL 450, 00101 Helsinki **Puhelin** 020 634 11 **Sähköposti** sosiaalivakuutus@kela.fi tai etunimi.sukunimi@kela.fi **Verkossa** www.kela.fi/sosiaalivakuutus **Päätoimittaja** Seija Kauppinen **Toimitussihteeri** Minna Latvala **Kieliasun tarkistus** Kaino Laaksonen **Kuvankäsittely** Nana Uiitto **Toimituksen sihteeri** Christel Stenström **Kansi** Paula Myöhänen **Taitto** BOTH Oy **Osoitelähde** Kelan osoiterekisteri **Osoitteenmuutokset ja tilaukset** sosiaalivakuutus@kela.fi tai puh. 020 634 1459 **Paino** PunaMusta Oy, Joensuu ISSN 0584-1410 Vapaasti lainattavissa, jos lähde mainitaan. Kirjoituksissa esiintyvät kannanotot eivät välttämättä vastaa Kelan kantaa.



Terveydenhuollon tulevaisuus huolettaa

Tavoite on yhteinen, mutta remontin toteutus jakaa mielipiteet.

Tämän lehtemme numeron kantava ajatus on huoli terveydenhuollon tulevaisuudesta. Kaikille kansalaisille tulee saada tasapuolisesti hyvää hoitoa kohtuulliseen hintaan. Tavoite on yhteinen, mutta siihen pyritään eri tavoin, eikä keinoista olla yksimielisiä. Samaa mieltä sen sijaan ollaan siitä, ettei nykytilanne ole paras mahdollinen. Jotain on tehtävä, mutta mitä ja miten? Asia puhuttaa eduskuntavaalien kynnyksellä.

KELAN PÄÄJOHTAJA Liisa Hyssälä tahtoo haastaa parhaat kansalliset voimat uudistamaan terveydenhuoltoa. Hän haluaa ennen muuta vahvistaa sairausvakuutusjärjestelmää sellaiseksi, että huonoimmassakin asemassa oleva, syrjäseudun vähävarainen potilas saa tarvitsemansa hoidon. Tässä tarvitaan hänen mielestään kansallista ohjausta ja laajaa yhteistyötä. Nykytilaan hän ei ole tyytyväinen vaan on huolissaan terveydenhuollon epätasa-arvoisuudesta.

Terveysturvan tutkimuksen päällikkö **Hennamari Mikkola** Kelan tutkimusosastolta kannattaa kansallista terveysrahastoa. Hyviä esimerkkejä kansallisen ohjauksen onnistumisesta ovat hoitotakuu ja lääkkeiden viitehintajärjestelmän käyttöönotto. Kela sopisi Mikkolan mukaan hyvin järjestelmän toteuttajaksi. Kela voisi koordinoida kansallista ohjausta mm. tietojärjestelmäosaamisensa turvin.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johtaja **Rauno Ihalainen** puolestaan remontoisi terveydenhuoltoa alueellisesti. Terveydenhuollon alueellinen rahoitusmalli kanavoisi julkisen rahoituksen alueorganisaatioille, jotka tarjoaisivat kaikille riittävät terveyspalvelut. Ihalainen ei kannata Kelan edellisen pääjohtajan **Jorma Huuhtasen** esittämää Kelan hallinnoimaa terveysrahastoa. Hänen mielestään kuntien pitää ohjata terveyspalvelujen tuottamista, sillä ne ovat lä-

hellä kansalaisia. Jos kunnat eivät tätä tehtävää hoida, kuntayhtymien pitää tehdä se.

Kelan terveysosaston osastopäällikkö **Elise Kivimäki** pohtii kolumnissaan, miten sairaanhoitovakuutusta kannattaisi kehittää. Sairaanhoitovakuutuksen on tarkoitus täydentää julkisen terveydenhuollon palveluja ja tarjota asiakkaalle valinnanvapaus. Maksamalla enemmän asiakas voi hoidattaa itsensä missä haluaa. Kelan korvaukset tästä hoidosta ovat kovin pienet, mikä ärsyttää asiakkaita. Korvausten laskeminen on monimutkaista, ja asiakkaiden on vaikea ymmärtää sitä. Kivimäki kysyy, kannattaako esimerkiksi lääkärinpalkkioista enää maksaa korvauksia, kun taso on niin alhainen. Mikä on kansalaisen oma vastuu terveydestään? Terveydenhuollon kokonaisuudistuksen valmistelu vie vuosia, ja siinä aikana on uudistettava nykyjärjestelmää kiipeimpien ongelmien helpottamiseksi.

KAIKKI EDELLÄ MAINITUT asiantuntijat toivovat, että terveydenhuollon rakenteiden ja rahoituksen kehittäminen on maamme seuraavan hallituksen

asialistalla. Saapa nähdä, onko terveydenhuolto tarpeeksi kiinnostava aihe vaalikeskusteluihin. Koska se koskee meitä jokaiselta, sen kyllä tulisi nousta agendalle ihan joka puolueessa. Aiheesta keskustellaan usein vaalien alla, mutta sitten se unohtuu. Sairaat ja huono-osaiset eivät jaksaa pitää puoliaan vaan jäävät kovaäänisempien jalkoihin. Me kaikki voimme kuitenkin sairastua ja tarvita apua, joten asiaa ei kannattaisi unohtaa vaalien jälkeenkään. ■

Terveydenhuollon rakenteet ja rahoitus halutaan seuraavan hallituksen asialistalle.

Seija Kauppinen
Päätöittäjä



Matkustavan perusturva

Kela haastaa suomalaiset tilaamaan eurooppalaisen sairaanhoitokortin.

Suomessa sairausvakuutetulla on oikeus eurooppalaiseen sairaanhoitokorttiin. Sitä näyttämällä Euroopassa reissaava suomalainen pääsee yllättäen sairastuessaan hoitoon paikalliseen julkiseen terveydenhuoltoon. Asiakas maksaa hoidosta saman verran kuin maan omat asukkaat. Laskun hoidon oikeasta hinnasta maksaa Suomen valtio.

Eurooppalainen sairaanhoitokortti on ilmainen, ja Kela uusii kortin automaattisesti kahden vuoden välein. Kela herättelee suomalaisia tilaamaan kortin.



”Markkinointi käynnistyi Matkamessuilta, jossa voi tilata kortin itselleen paikan päällä. Etsimme myös yhteistyökumppaneita, jotka katsovat eurooppalaisen sairaanhoitokortin hyödyttävän heidän asiakaskuntaansa, kertoo pääsuunnittelija **Noora Heinonen** Kelan terveysosastolta.

Eurooppalainen sairaanhoitokortti käy EU- ja Eta-maissa sekä Sveitsissä. Tavallisin kysymys on, tarvitseeko matkavakuutusta maksava matkailija eurooppalaisen

Tuhti tietopaketti Euroopan maiden terveystalveluista

- ▶ Kelan internetsivuille on koottu käytännön ohjeita, miten Suomessa sairausvakuutettu saa sairaanhoitoa sekä miten hoidosta maksetaan korvauksia.
- ▶ Sivuilta voi lukea esimerkiksi, miten Alankomaissa mennään lääkäriin, onko sairaankuljetus Slovakiassa ilmaista ja miten Portugalissa saa lääkekorvauksia.
- ▶ Oikeus hoitoon osoitetaan eurooppalaisella sairaanhoitokortilla.

Lue lisää ▶ www.kela.fi/sairaanaukomailla

sairanhoitokortin.

”Kyllä tarvitsee. Eurooppalainen sairaanhoitokortti antaa matkailijalle lakisääteisen turvan, ja matkavakuutus antaa turvan yksityisen terveydenhuollon palveluita varten. Matkalle lähtijän on siksi hyvä aina hankkia molemmat!”

Pienillä paikkakunnilla terveyskeskus voi olla ainoa paikka, josta saa hoitoa. Monet lääkärisäkäynnit sujuvat toki matkavakuutuksellakin, mutta vakavampia oireita, kuten rytmihäiriöitä, joudutaan usein hoitamaan julkisessa terveydenhuollossa, esimerkiksi sairaalassa.

”Vaikeissa tapauksissa, kuten liikenneonnettomuuksissa, sairaanhoito annetaan siellä, missä se lakisääteisesti kuuluu tarjota ja voidaan parhaiten antaa – eli yleensä paikallisessa julkisessa terveydenhuollossa.

Eurooppalaisella sairaanhoitokortilla pääsee hoitoon myös pitkäaikaisairauten, raskauden tai synnytyksen niin vaatiessa. Matkavakuutuksissa näitä tilanteita on voitu rajata. Sairaalassa annetun hoidon hinta voi myös ylittää matkavakuutuksen hoitokaton.

Tilaa eurooppalainen sairaanhoitokortti www.kela.fi/asiointi tai soita 020 692 203. ■

Pipsa Lotta Marjamäki

Voisiko eurooppalainen sairaanhoitokortti näkyä työpaikallasi? Ota yhteyttä viestinta@kela.fi

TULOSSA

eResepti laajenee huhtikuussa Kotkaan

SÄHKÖISTÄ LÄÄKEMÄÄRÄYSTÄ KOSKEVAN lain mukaan apteekkien tulee ottaa eResepti käyttöönsä 1.4.2012 mennessä.

Julkinen terveydenhuolto on sitoutunut ottamaan eReseptin käyttöönsä huhtikuuhun 2013 mennessä ja yksityinen sektori huhtikuuhun 2014 mennessä. Turun terveystoimi on ollut tuotantopilotina, ja siellä on kirjoitettu jo lähes 30 000 sähköistä reseptiä. Huhtikuusta alkaen sähköisiä reseptejä kirjoitetaan myös Kotkassa.

Kelan tehtävänä on Reseptikeskuksen ja eReseptin valtakunnallisen teknisen ympäristön rakentaminen ja ylläpito. Lisäksi Kela toimii Reseptikeskuksen rekisterinpitäjänä ja on toteuttanut kansalaisille palvelun, jossa voi katsoa omia reseptitietojaan verkosta.

Turun jälkeen eResepti otetaan käyttöön Kotkassa ja sen jälkeen huhti-toukokuussa Länsi-Pohjan ja Itä-Savon sairaanhoidopiireissä. Kanta.fi-sivuilla voit tutustua tarkemmin apteekkien käyttöönottoaikatauluun ja julkisen terveydenhuollon käyttöönottojärjestykseen ja aikatauluun.

Lue lisää ▶ www.kanta.fi ▶ Terveydenhuollolle ja apteekkeille ▶ KanTa-palveluiden käyttöönotto



TULOSSA Kotkalaiset pääsevät ensimmäisten joukossa huhtikuussa 2011 käyttämään sähköistä reseptiä (eResepti). Asiointi sekä julkisessa terveydenhuollossa että apteekeissa helpottuu.

UUTTA

Työnantajien asiointi verkossa helpottuu

TYÖNANTAJAN KELA-ASIOISTA VALTAOSAN voi hoitaa verkossa. Kela on kehittänyt työnantajan asiointipalveluaan entistä helpokäyttöisemmäksi. Usean työnantajan palkka-asioita hoitava henkilö voi ilmoittaa yhdellä kirjautumisella eri työnantajien ilmoitukset ja hakemukset.

– Uudistuksista hyötyy erityisesti se, joka ilmoittaa usean työnantajan puolesta palkkatietoja, esim. palkanlaskentayritys tai tilitoimistovaltuutettu, kertoo Kelan suunnittelija Päivi Hyvärinen.

Asiointipalvelussa työnantajat voivat ilmoittaa Kelalle mm. sairausajan, kuntoutusajan ja vanhempainvapaan ajalta maksamansa palkan sekä työtulot päivärahan maksamista varten. Lisäksi työnantaja voi hakea palvelussa sairauspäivärahaa, osasairauspäivärahaa, vanhempainpäivärahaa ja vuosilomakustannuskorvausta sekä ilmoittaa osasairauspäiväraha-ajalle tehdystä sopimuksesta.

Uudistuksessa muuttui myös kirjautuminen palveluun. Kirjautuminen onnis-

tuu jatkossa vain vahvalla Katso-tunnisteella. Alitunnuksia käyttävien tulee vahvistaa tunnuksensa osoitteessa <https://yri-tys.tunnistus.fi>.

Työnantajien asiointipalvelu kehittyy vielä tämän vuoden aikana. Jatkossa Y17-ilmoituksia ja sairauspäiväraha-hakemuksia voi lähettää suoraan palkkajärjestelmästä, jos palkkaohjelmaan tehdään palvelun vaatimat muutokset.

Lue lisää ▶ www.kela.fi/tyonantajat

ASIAKASPALVELU

Uusia palveluita lapsiperheille

LASTENHOIDON TUKIA SAAVISSA perheissä elämäntilanteet vaihtuvat usein nopeasti. Kelan verkkosivujen uudessa palvelussa vanhemmat voivat helposti ilmoittaa esimerkiksi päivähoitajan vaihtumisesta ja kesäajan hoitojärjestelyistä tai lakkauttaa tuen, kun lapsi siirtyy kunnalliseen päivähoitoon.

Verkossa voi myös arvioida lastenhoidon tuen määriä laskurilla, joka laskee kotihoi-

don tuen ja yksityisen hoidon tuen hoitorahan ja hoitolisän määrän sekä kuntalisän määrän. Laskurilla voi arvioida, paljonko saa lastenhoidon tukea, jos saa samaan aikaan vanhempainpäivärahaa.

HANKKEET

Arkki uudistaa Kelan tietojärjestelmät

KELA UUDISTAA KAIKKI etuustietojärjestelmänsä ja niiden kokonaisarkkitehtuurin sekä sähköiset asiointipalvelut seuraavien 10 vuoden aikana. Arkki nimetty kehityshanke on Kelan historian mittavin.

Nykyisin Kelan käytössä on yhteensä 40 etuustietojärjestelmää ja 90 tukijärjestelmää, joista suuri osa on tulossa elinkaarensa päähän. Arkki-hankkeen tärkeimpänä tavoitteena on parantaa asiakaspalvelua ja ratkaisutyötä.

Kokonaisarkkitehtuurin uudistamista varten Kelan IT-osasto on aloittanut mittavat rekrytoinnit. Tämän vuoden aikana palkataan pelkästään Kelan Jyväskylän toimipisteeseen 50 it-alan osaajaa.



Mahtavaa päästä paperisodasta

Annariikka Linna, taksiautoilija, Saarijärvi

PERUSTIN TAKSIYRITYKSENI 4,5 vuotta sitten. Liikevaihdostani noin kolmannes tulee Kelan kyydeistä. Kela on taksien tärkein yksittäinen työnantaja.

Kela korvaa sairauden tai raskauden vuoksi tarpeellisten terveydenhuollon käyntien sekä Kelan kuntoutuksessa käynnin matkakustannuksia. Taksin käyttö korvataan, kun julkisia kulkuvälineitä ei ole tarkoituksenmukaisesti käytettävissä.

Täällä Keski-Suomen alueella Kelan taksimatkojen suorakorvaus on ollut käytössä viime vuoden keväästä. Järjestelmään siirrytään vähitellen koko maassa vuoteen 2013 mennessä.

Asiakas esittää Kela-kortin ja maksaa matkan omavastuuosuuden, 9,25 euroa yhdensuuntaiselta matkalta. Tieto matkan kustannuksista siirtyy sähköisesti Kelaan, eikä valtakirjoja tai korvaushakemuk-

sia enää tarvitse täyttää. Täytän ainoastaan kuittiin tiedot asiakkaan nimestä ja ajetus- ta matkasta, muistini tueksi. Tämä säästää mahtavasti aikaa ja vaivaa. Kela lähettää sähköpostilla viikoittain tilitysraportin, johon liitän kuitit.

Asiakas tilaa taksimatkan keskitettyä palvelunumerosta. Taksikeskus yhdistää samasta suunnasta tulevien asiakkaiden matkoja, joten kyydissä voi olla myös muita matkustajia.

Osa asiakkaista kiittelee tilaamisen helpoutta. Toinen osa on harmitellut sitä, ettei ole saanut tuttua kuskia. Kukaan ei ole toistaiseksi valittanut matkojen yhdistelyä. Asiakkaat ovat tulleet yleensä hyvin juttuun.

Kela on pyrkinyt varmistamaan, että keskitetty tilausmenettely ei muuta kyytien jakautumista kaupungissa ja maaseudulla toi-

mivien taksien välillä.

Lyhyellä aikavälillä kyytijako on silti voinut olla epätasainen, mutta pidemmällä aikavälillä jako tasoittuu. Kaikkiaan kyytien määrä on järjestelmän käyttöönoton jälkeen kasvanut.

Järjestelmä helpottaa myös kilpailua kyydeistä, ja uuden yrittäjän on nyt helpompi aloittaa toiminta. Myös työ ja vapaa-aika pysyvät nykyisin paremmin erillään. Aiemmin, jos kyyti sattui vapaapäivälle, ei siitä voinut oikein kieltäytyä. Jatketaan sujuvaa yhteistyötä. ■

Satu Kontiainen

Lue lisää ▶ www.kela.fi/matkakorvaus

Palstalla Kelan erilaiset yhteistyökumppanit kertovat työstään ja lähettävät terveisiä Kelaan.

ELÄKKEET

Takuueläkkeen haku sujunut mallikkaasti

TAKUUELÄKEHAKEMUSTEN KÄSITTELY ON sujunut Kelassa ennakoitua nopeammin. Maaliskuun puoliväliin mennessä Kela oli vastaanottanut kaikkiaan 90 000 hakemusta, joista jo 80 000 on ratkaistu.

Etukäteen takuueläkkeeseen oikeutettujen määräksi arvioitiin noin 116 000, mikä merkitsee, että yli 80 % oletetuista saajista on jättänyt hakemuksensa.

Suuri osa hakijoista on hyödyntänyt Kelan tammikuun lopussa täyden kansaneläkkeensaajille lähettämää esitetyttä hakemuslomaketta. Myös uutta mahdollisuutta hakea etuutta puhelimitse on käytetty ahkerasti. Suullisia hakemuksia on ollut noin 16 % kaikista hakemuksista. Takuueläketä voi edelleen hakea soittamalla Kelaan numeroon 020 692 202 arkisin klo 8–18.

Takuueläkkeen ensimmäinen maksupäivä oli 22. maaliskuuta. Suurin osa helmikuussa hakemuksensa jättäneistä sai ensimmäisen takuueläkkeensä silloin. Jos hakemusta ei ehditty vielä siihen mennessä käsitellä, takuueläke maksetaan takautuvasti maaliskuun alusta heti, kun hakemus on ratkaistu.

Takuueläkkeessä on kuuden kuukauden hakuaika. Vaikka eläkettä hakisi vasta syyskuussa, se voidaan myöntää maaliskuun alusta lähtien. Kela muistuttaa elokuussa kirjeellä niitä takuueläkkeeseen mahdollisesti oikeutettuja, jotka eivät ole siihen mennessä jättäneet hakemusta.

Lue lisää ▶ www.kela.fi/takuuelake

ETUUDET

Kela maksoi etuuksia 12,2 miljardia euroa

KELAN KOKONAISKULUT OLIVAT 12,6 miljardia euroa. Ne kasvoivat 3,0 % edellisvuodesta. Toimintakulujen osuus kokonaiskuluista oli 3,4 %.

Valtio vastasi Kelan rahoituksesta 67 %:n osuudella, ja vakuutusmaksuilla rahoitettiin 28 %. Kuntien suoritukset olivat 5 %. Tiedot ilmenevät Kelan hallituksen laatimasta tilinpäätöksestä ja vuoden 2010 vuosikertomuksesta, joka ilmestyy huhtikuussa.

Valtaosa suomalaisista sai Kelan etuuksia vuonna 2010. Sairausvakuutusetuksia maksettiin vuoden aikana 4,2 miljoonalle henkilölle, ja työttömyysturvaetuksia sai 268 800 henkilöä. Vuoden lopussa Kela maksoi eläkkeitä 723 000 eläkkeensaajalle. Lapsilisää maksettiin miljoonasta lapsesta.



ELÄKKEET Takuueläkkeen haku ei ruuhkauttanut Kelan toimistoja, mutta puhelinpalvelussa kaikki linjat ovat olleet ajoittain varattuna. Kiireisimpinä päivinä eläkeasioiden palvelunumero on vastannut 5 000 puhelun päivässä.

Vuoden 2010 päättyessä Kelan palveluverkkoon kuului 232 toimistoa, joita täydensivät yhteispalvelupisteet. Kelan kanssa yhteispalvelusopimuksen tehneitä palvelupisteitä oli vuoden päättyessä 115.

Vuonna 2010 kela.fi-sivustolle tehtiin 13,9 miljoonaa käyntiä. Tunnistettujen verkkopalveluasointien määrä kasvoi edellisvuoden 4,8 miljoonasta 6,5 miljoonaan.

VERKOSSA

Kiivasta keskustelua D-vitamiinista

TUTKIJA PAULA HAKALA käynnisti Kelan tutkimusosaston julkaisemassa blogissa kiivaan väittelyn D-vitamiinin sopivasta annostuksesta.

”Syön D-vitamiinilisää noin 20-kertaisesti Suomen suosituksiin nähden, hehkuttaa 14-vuotias Jere erään lehden palstoilla. Hän saa D-vitamiinia popsimistaan pillereistä päivittäin noin 150 mikrogrammaa. Se on kolminkertainen määrä verrattuna turvallisen saannin ylärajaan, joka on hänen ikäiselleen 50 mikrogrammaa/vrk sekä Suomessa että koko Euroopassa”, kertoo Hakala ja varoittaa superannoksista.

Blogin kommentoijat pitivät nykyisiä D-vitamiinin saantisuosituksia liian matalina ja muistuttivat, että D-vitamiinin puutoksella on todettu yhteys moniin sairauksiin.

Lue lisää ▶ www.kela.fi/tutkimusblogi

MATKAKORVAUKSET

Taksimatkojen suorakorvaus laajenee asteittain

KELAN JA TAKSILIITON sopima sähköinen suorakorvausjärjestelmä toimii jo Keski-Suomen, Pohjois-Savon, Kanta-Hämeen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiireissä.

Kunkin sairaanhoitopiirin alueella Kelan korvaamat taksimatkat tilataan yhdestä palvelunumerosta. Kun matka tilataan keskitetystä palvelunumerosta, asiakas saa matkakorvauksen heti taksissa näyttämällä Kela korttia ja maksamalla omavastuuosuuden 9,25 euroa matkaa kohden.

Syksyn kuluessa suorakorvausjärjestelmä otetaan käyttöön Pohjois-Pohjanmaalla, Kainuussa, Varsinais-Suomessa ja Pohjois-Karjalassa. Koko maassa järjestelmä on käytössä alkuvuodesta 2013.

Kelan vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaat sekä yksin matkustavat tai vaikeasti sairast lapset, joiden hoito on keskitetty keskus- tai yliopistosairaalaan, voivat edelleen käyttää tuttua taksinkuljettajaa eli vakiotaksia. Näitä matkoja ei myöskään yhdistellä. Autoilija voi myös tehdä matkatilauksen asiakkaan puolesta.

Lue lisää ▶ www.kela.fi/matkakorvaus



VERKOSSA

Kela-Kerttu jakaa lapsiperheille tietoa Facebookissa

KELA AVASI REILU vuosi sitten lapsiperheitä neuvovan Kela-Kerttu-palstan Suomi24:ssä. Neuvontapalsta sai heti suuren suosion, ja uusia viestejä tulee viikossa noin muutama sata. Viikossa palstalla käy yli 2 000 eri kävijää, ja lukukertoja kertyy 5 000.

Kela-Kerttu avaa nyt sivut myös Facebookiin. Facebookissa olevat asiakkaat voivat tykätä Kela-Kertusta ja näin saada sivulleen ajankohtaista tietoa.

”Facebookia käyttää aktiivisesti jo 1,9 miljoonaa henkilöä kuukaudessa. 25–34-vuotiaista siellä on joka kolmas. Koska kanava kuuluu yhä useamman äidin ja isän arkipäivään, halusimme jakaa tietoa myös siellä”, kertoo viestintäpäällikkö **Seija Kauppinen**.

Kela-Kertun kaverit saavat viestivirtaansa tietoa mm. uuden äitiyspakkauksen julkaisusta, lapsilisän maksupäivistä, etuuskien muutoksista tai tuoreista lapsiperhettä kos-

kevistä tutkimuksista. Facebookin kautta voidaan tiedottaa niistä asioista, joita perheet kysyvät Kela-Kertulta tai lapsiperheiden puhelinpalvelusta.

”Tarkoitus on tarjota lapsiperheille yksi viestintäkanava lisää. Samat tiedot ovat toki löydettävissä myös Kelan internetsivuilta, mutta Facebookin kautta ajankohtaisia tietoiskuja saa siihen viestintäkanavaan, jota itse käyttää”, Kauppinen kuvaa.

Lue lisää ▶ www.facebook.com/kelakerttu

KOULUTUSTA

Kuumia perunoita toimittajille

KELA TARJOAA TÄNÄ vuonna toimittajille koulutusta sosiaaliturvan päivänpolttavista aiheista kolmessa eri tilaisuudessa. Tammiukuussa järjestettiin ensimmäinen Sosiaaliturvan kuumat perunat 2011 -koulutus, joka houkutteli paikalle 25 toimittajaa eri medioista.

Tilaisuuden aiheita olivat mm. takuueläke, kuntoutuspsykoterapiat ja taksien sähköinen suorakorvaus sekä asumistuen kehittämismuutokset. Kaikkiin koulutuksiinsa esitettyihin aineistoihin voi tutustua Kelan verkkosivuilla.

Seuraava koulutus pidetään toukokuussa teemalla ”Suomen sosiaaliturvan abc”. Syys-lokakuussa on lisäksi tarkoitus järjes-

tää yhden päivän koulutus ajankohtaisesta erikoisteamasta. Koulutuksista ilmoitetaan Journalisti-lehdessä.

Lue lisää ▶ www.kela.fi/tapahtumat

USEIN KYSYTYT KYSYMYKSET

Lääkekorvaukset kiinnostavat mediaa

ERI LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ ja lääkekorvaukset kiinnostavat mediaa ja asiakkaita. Lääkekorvaustilastoja on paljon myös Kelan internetsivuilla. Tässä pari helppoa vinkkiä siitä, kuinka selvittää itse netistä, kuinka monelle Kela korvasi esim. masennuslääkkeitä vuonna 2010.

1. Mene Kelan tilastosivuille Kelastoon tai valitse suoraan lyhytosoite www.kela.fi/ke-lasto.
2. Valitse Raportit aiheittain -luettelosta Sairastaminen.
3. Valitse Lääkkeet-otsikon alta Lääkekorvausten saajat ja reseptitiedot.
4. Täytä avautuvaan näkymään haluamasi tiedot: Lääkekorvauksen saajat, vuosi 2010 ja kaikki korvauslajit yhteensä. Valitse ATC-luokitukselta oikea lääkeyhmä. Ikkunaa rullaamalla löytyy N06 Masennuslääkkeet ja keskushermostoa stimuloivat lääkeaineet.
5. Tulos: Viime vuonna Kela maksoi masennuslääkkeistä ja keskushermostoa stimuloivista lääkeaineista korvauksia 491 218 suomalaiselle.

KOMMENTTI



Äitiriskistä korvausta?

SÄÄNNÖLLISIN VÄLIAJOIN KELAN viestintään soittaa toimittaja, joka haluaa tietää, miten vanhempainvapaiden kustannukset jakautuvat nais- ja miesvaltaisten alojen välillä.

Toimittajalle kerrotaan, että kaikki työnantajat Suomessa maksavat sairausvakuutusmaksua 2,12 % yrityksen palkkasummasta. Näin rahoitetaan vanhempainpäivärahat, joiden kustannuksiin osallistuvat myös työntekijät ja valtio. Kerätyillä rahoilla korvataan työnantajil-

le välittömiä kustannuksia, jotka johtuvat palkallisista vapaista ja vapaiden aikana kertyvistä vuosilomista.

Epätasaisemmin jakautuvat vanhempainvapaiden välilliset kustannukset, joita ei korvata työnantajille. Naisvaltaisilla työpaikoilla äitiyslomat ja niihin liittyvä sijaisrumba aiheuttavat paljon työtä ja lisäävät osaltaan nuorten naisten pätköttöitä. Yrittäjänäisten Keskusliitto järjesti asiasta 10.3. mielenosoituksen. Perusviesti oli, että ”vauva maksaa äidin työnantajalle 12 000 euroa”.

Naisyrittäjät vaativat, että valtio kompensoisi naisvaltaisille aloille myös äitiyden välillisiä kustannuksia. Kustannuksia syntyy raskaana olevan työntekijän sairastaessa ennen lapsen syntymää sekä äitiyslomasijaisen rekrytoinnista ja perehdytyksestä. Kun äiti palaa töihin, kustannuksia aiheuttavat äidin poissaolot lapsen sairastaessa.

Kustannuksiksi mainittiin myös vanhempainvapailta kertyvät vuosilomakus-

tannukset. Kaikki yrittäjät eivät ikävä kyllä edelleenkään tiedä, että näihin kustannuksiin voi hakea Kelalta korvausta.

Ongelmana vaatimuksissa onkin niiden epämääräisyys. Naisyrittäjien mukaan Ruotsissa perhevapaiden kustannukset on onnistuttu jakamaan Suomea tasaisemmin. Miten? Kelassa ei ole tietoa, että välillisiä kustannuksia kompensoitaisiin työnantajille missään maassa.

Epämääräinen keskustelu aiheesta on omiaan ylläpitämään pelotetta, joka rajoittaa yrityksiä palkkaamasta naisia pysyviin työsuhteisiin. Nyt olisikin tilausta naisvaltaisissa pienyrityksissä tehtävälle tutkimukselle, joka nostaisi faktat pöytään. Sen jälkeen olisi helpompi miettiä konkreettisia ehdotuksia siitä, miten ja mitä välillisiä kustannuksia voidaan tasata. ■

Minna Latvala

Kirjoittaja on Kelan tiedottaja.



Kehitetäänkö sairaanhoitovakuutusta?

On pakko kysyä, mikä on se korvaustaso, jolla korvauksia ei enää kannata maksaa. Onko se taso lääkärinpalkkioissa jo saavutettu?

Yksi kevään eduskuntavaalien tärkeistä teemoista on terveydenhuollon rakenteiden ja rahoituksen kehittäminen. Voittipa vaalit kuka tahansa, hallitusohjelmaan tullaan kirjaamaan jokin linjaus terveydenhuollosta. Kelan toimihenkilön näkökulmasta tärkeä kysymys luonnollisesti on, mikä on jatkossa Kelan rooli. Erityisesti askarruttaa sairaanhoitovakuutuksen tulevaisuus.

Nykyjärjestelmässä sairaanhoitovakuutuksen tarkoitus on täydentää julkisen terveydenhuollon palveluja ja tarjota asiakkaalle valinnanvapaus. Maksamalla itse enemmän potilas voi valita lääkärin ja päästä nopeammin hoitoon. Yksityislääkärin palkkiosta Kela korvaa noin 25 % ja laboratorio- ja röntgentutkimuksista keskimäärin 30 %. Parhaan korvauksen, 36 %, saa hammaslääkärin palkkiosta. Kun toimisto- ja leikkaussalimaksuja yms. ei korvata, voi todellinen korvausprosentti asiakkaan maksamista kustannuksista jäädä tätäkin pienemmäksi.

VARAT SAIRAANHOITOVAKUUTUKSEEN KERÄTÄÄN vakuutusmaksuina vakuutetuilta eli kaikilta Suomessa asuvilta. Valtio rahoittaa sairaanhoitovakuutuksesta puolet. Vuonna 2009 varoja oli käytettävissä 1,7 miljardia euroa, josta valtaosa eli 1,2 miljardia kului lääkkeisiin. Matkakustannuksia korvattiin 234 miljoonalla eurolla ja yksityislääkärin ja hammaslääkärin palkkioita sekä yksityistä tutkimusta ja hoitoa 269 miljoonalla. Tämä oli noin 15 % Suomen kaikista terveydenhuollon menoista. Korvauksen laskeminen on monimutkaista, ja kansalaisten on vaikea ymmärtää sitä. Omavastuita on kolmea laatua: prosenttiperusteinen, euroääräinen ja taksaan perustuva. Kela päättää taksat, mutta sosiaali- ja terveysministeriö määrää niihin käytettävistä varoista. Kun lakitekstissä on korvaustasoksi määrätty 60 % taksan mukaisesta määrästä ja asiakas todellisuudessa saa vain reilut 20 %, hän tuntee kokevansa vääryyttä ja saavansa Kelasta huonoa palvelua.

SAIRAANHOITOVAKUUTUSTA ON VIIME vuosikymmeninä kehitetty laajentamalla korvauksen piiriä. Hammashuollon korvaukset on saatettu koskemaan koko väestöä ja myös suuhygienistin hoitoa on alettu korvata. Maaliskuun alusta lukien kustannuksia voidaan korvata myös silloin, kun yksityinen hoito on annettu julkisissa tiloissa. Sen sijaan korvaustason ylläpitämiseen ei ole löytynyt varoja. Hammaslääkärin palkkioiden korvaustasoa korotettiin pari vuotta sitten, mutta lääkärinpalkkioita on viimeksi tarkistettu vuonna 1989. Jos järjestelmää ei kehitetä, korvaukset hiipuvat lopulta kokonaan olemattomiin. On pakko kysyä, kuinka alas korvaustaso voi mennä, että korvauksia ei enää kannata lainkaan maksaa. Onko se taso esimerkiksi lääkärinpalkkioissa jo saavutettu?

Kun lakitekstissä on korvaustasoksi määrätty 60 % ja asiakas saakin vain reilut 20 %, hän tuntee kokevansa vääryyttä.

YKSITYISELLÄ PUOLELLA PÄÄSEE helposti ja nopeasti erikoislääkärin vastaanotolle, esimerkiksi lastenlääkärille, gynekologille tai silmälääkärille. Sairausvakuutus tasaa julkisen sektorin paineita, kun osa potilaista vapaaehtoisesti maksaa enemmän ja hakeutuu hoitoon yksityiselle. Voidaan kuitenkin kysyä, onko tarpeen ollenkaan korvata yhtä vuotuista käyntiä esim. gynekologilla. Eikö tämän voisi jo sinänsä katsoa kuuluvan kansalaisten omalle vastuulle? Toisaalta on uhkana terveydenhuollon ”amerikkalaistuminen”. Hyväosaaiset hankkivat yksityisvakuutukset, ja julkinen sek-

tori jää köyhille ja rapautuu entisestään. Jo nyt on nähtävissä, että yksityisvakuutusten ottaminen on lisääntynyt.

Terveydenhuollon kokonaisuudistuksen valmistelu vie vuosia. Sinä aikana on tehtävä myös nykyjärjestelmää kehittäviä osittais-uudistuksia, jotka ratkaisevat kipeimmät ongelmat ja parantavat hoitopääsyä ja edistävät kansalaisten terveyttä. ■

Elise Kivimäki

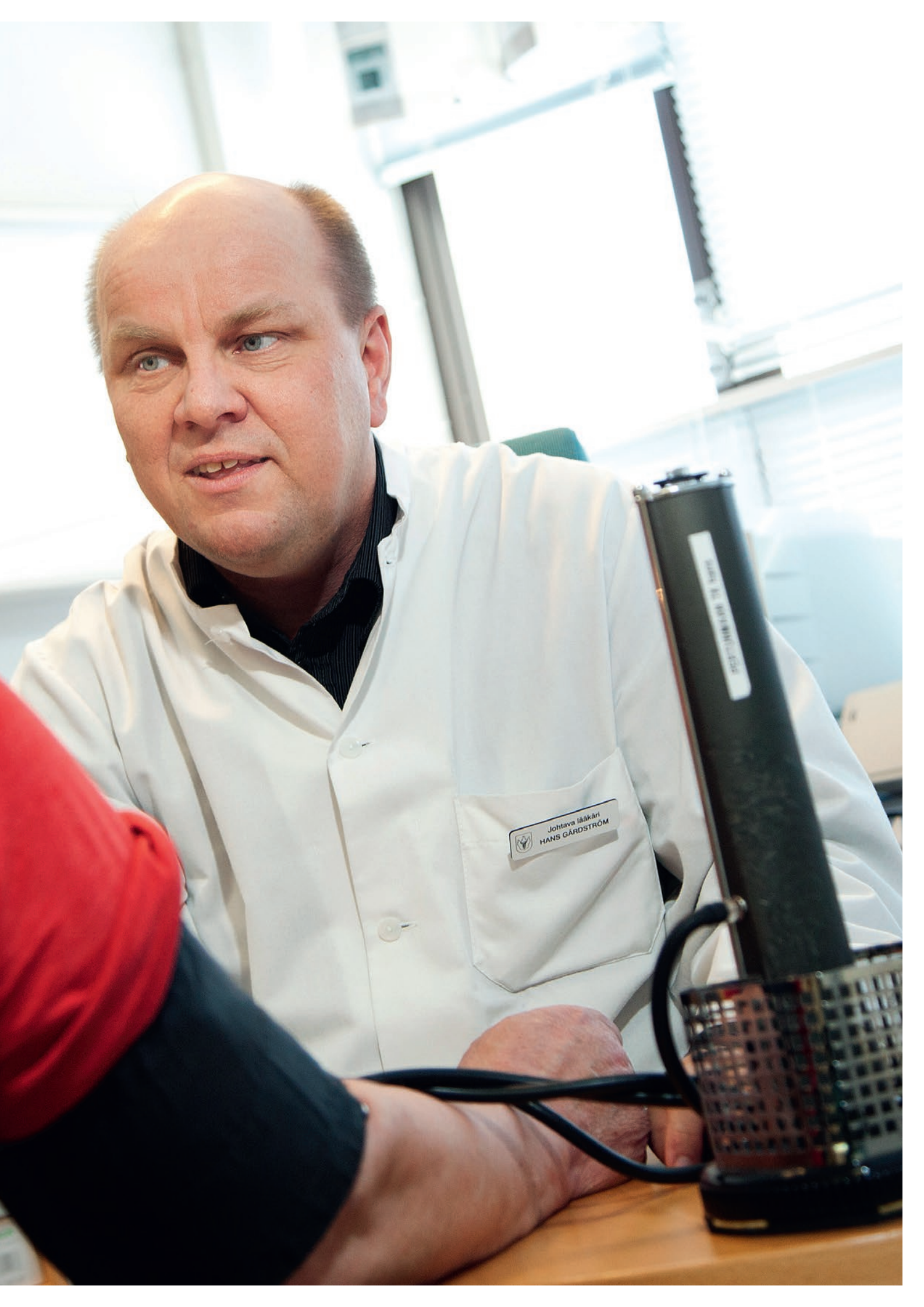
Kirjoittaja on Kelan terveysosaston osastopäällikkö.



Terveys- aseman arki

Terveydenhuollon rahoituksen hajanaisuus näkyy Pertunmaalla hoitoprosessien hidastumisena, tietokatkoina ja asiakkaiden epätietoisuutena. Pienessä kunnassa valttina on kuitenkin asukkaiden tunteminen, joka mahdollistaa kokonaisvaltaisen hoidon.

TEKSTI Hanna Moilanen KUVAT Paula Myöhänen



Keskiviikkoisin Pertunmaan terveysasemalla on tavallista vilkkaampi aamu. Kunnan järjestämät asioimiskydyt ovat tuoneet sivukyliä asukkaita kirkonkylään. Pirteän keltaiset ovet heiluvat, kun ihmiset käyvät antamassa laboratorio-näytteitä ja poikkeavat hoitajan tai lääkärin vastaanotolle. Moni yrittää hoitaa terveyskeskuskäynnin, kauppa- ja pankkiasiat sekä kuulumisten vaihdon samalla reissulla.

Johtava ylilääkäri **Hans Gärdström** on työskennellyt vajaan 2 000 asukkaan eteläsvolalaisessa kunnassa jo parikymmentä vuotta. Pitkän uran aikana ihmiset ovat käyneet tutuiksi. Se helpottaa perustyötä, ja myös moniammatillinen yhteistyö onnistuu sutjakkaasti.

”Olisi haastavaa tehdä perusterveydenhuollon työtä, jos ei tuntisi potilaita. Tässä näkee, millainen muutos ihmisesä tapahtuu vuosien varrella”, Gärdström pohtii.

Pertunmaalla ei käytännössä ole yksityistarjontaa terveyspalveluissa, joten ihmiset käyvät kunnan terveysasemalla. Asukkaiden tuntemiseen myös panostetaan. Kun uusi ihminen muuttaa Pertunmaalle, hänelle tarjotaan mahdollisuus terveystarkoitukseen.

Hans Gärdströmin päivä alkaa sähköpostien lukemisella ja näytteistä saatujen tulosten tutkimisella. Aamupäivä kuluu päivystyspotilaita tai soivittuja vastaanottoaikoja hoitaessa. Suurin osa potilaista on pitkäaikaissairaita, jotka on kutsuttu vastaanotolle toimenpidettä tai tarkastusta varten. Neuvolakäyntejä on nykyään enää harvaksel-

taan. Pertunmaalla syntyy vuosittain vain 12–20 lasta.

Gärdström jutustelee rauhalliseen tyyliin ja kyseele asiakkaan pärjäämisestä Etelä-Savo aiemmin talvella koetelleiden sähkökatkosten aikana.

Perusterveydenhuollon arkisessa toiminnassa ei tule jatkuvasti pohdittua terveydenhuollon rahoituksen monikanavaisuutta. Silti järjestelmän vaikutukset ulottuvat myös ruohonjuuritasolle.

Paikallinen neuvontaviranomainen

Terveysasioiden ohessa Pertunmaan vastaanotolla hoidetaan moni muukin pulma. Julkisten viranomaisten lähimmät toimipisteet ovat 60 kilometrin päässä Mikkeliissä tai 30 kilometrin päässä Mäntyharjulla. Moni kokee soittamisen valtakunnalliseen palvelunumeroon hankalaksi. On helpom-

paa kysellä asioita oman terveysaseman tutulta lääkäriltä ja hoitajalta.

”Viranomaistiedotteissa ja -lauseissa on edelleen paljon lakikielä, joka ei välttämättä aukea tavalliselle

ihmiselle. Monet ovat ymmällään kirjeiden äärellä eivätkä hahmota, mitä asiassa pitäisi tehdä seuraavaksi”, Gärdström kuvaa.

”Esimerkiksi takuueläke on herättänyt kysymyksiä alkuvuodesta. Autoimme erästä asiakasta tekemään eläkehakemuksen täällä meillä.”

Kun tarvitaan tarkempia tutkimuksia, Gärdström kirjoittaa lähetteen erikoissairaanhoidon Mikkeliin. Lähetteen kirjoittamiseen sisältyy kuitenkin haaste. Käynnin tuloksista ja jatkosuunnitelmasta ei ai-

Olisi haastavaa tehdä perusterveydenhuollon työtä, jos ei tuntisi potilaita.



na tule tietoa omaan kotiterveyskeskukseen. Pahimmillaan hoitoprosessi hidastuu, eikä terveysasemalla voida ottaa kokonaisvaltaista vastuuta asiakkaan hoidon etene- misestä.

Hoitoketjun katkeamista ja tiedonkulun aukkoja pyritään ehkäisemään Pertunmaalla videokonsultoinnin ja uuden palvelusetelikoelun kautta.

”Olemme viritelleet videokonsultointia psykiatrian palveluissa. Sisätautien ja kirurgian kanssa etäkonsultointi ei vielä toimi. Nämä ovat hyviä järjestelmiä. Me saamme tietoa ja potilas hoitoa”, Gärdström kuvaa.

Palveluseteli on tarkoitettu suunnata erikoissairaanhoidon palveluihin. Tavoitteena on asiakkaan valinnanmahdollisuuksien lisääminen. Lisäksi tavoitteena on sopia, että tulokset lähetetään myös omalle terveysasemalle, jossa mietitään yhdessä jatkosuunnitelmaa.

Palavereja ja kotikäyntejä

Pertunmaa on mukana Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon hankkeessa. Siinä keskitytään lääkäriksi kasvamisen tukemiseen ja vastaanottotoiminnan kehittämiseen.

Erilaisia kokouksia riittää muutenkin. Pienessä kunnassa panostetaan toimivaan yhteistyöhön, että asiat saadaan hoidettua. Esimerkiksi kuntoutuksen yhteistyöryhmä kokoontuu säännöllisesti pohtimaan pulmallisia asiakastilanteita. Ryhmässä ovat johtavan ylilääkärin lisäksi kunnan sosiaalitoimen, työvoimahallinnon ja Kelan edustajat.

”Tukiviidakko on niin laaja, että sitä on vaikeaa hallita yksin. Vaihdamme ryhmässä tietoa ja tuomme jokainen oman asiantuntemuksemme yhteiseen pöytäan. Yhteistyöpalaverien välissä olemme yhteyksissä myös puhelimitse, Gärdström kertoo.

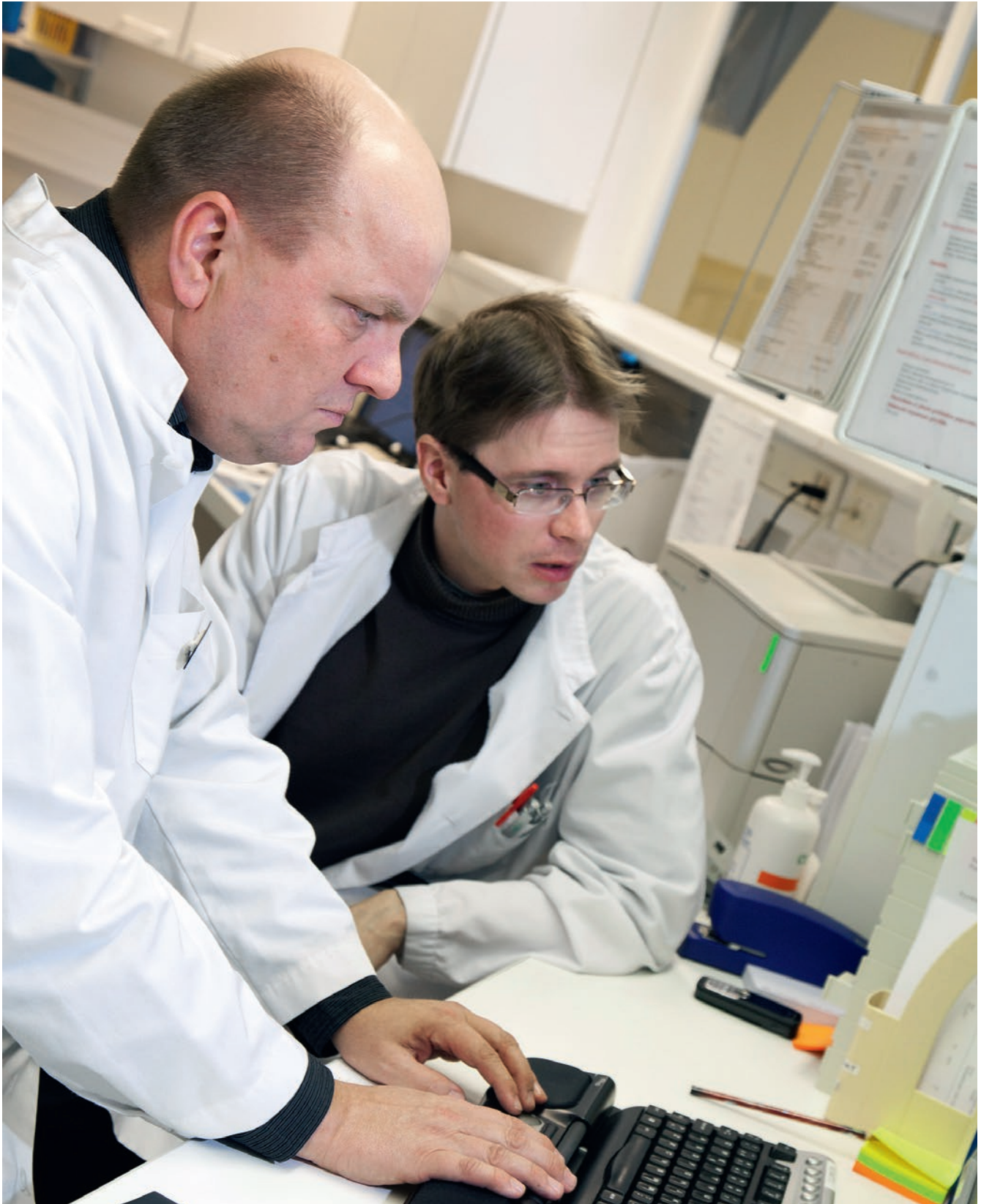
”Eryityisesti pitkäaikaistyöttömien tilanteessa huomaa, että kukaan ei kanno kokonaisvastuuta. Nyt kustannukset jakautuvat, mikä kannustaa osaoptimointiin ja vastuun kiertämiseen.”

Silloin kun ohjelmassa ei ole palavereja, iltapäivä jatkuu vastaanottoa pitäessä. Tarvittaessa Gärdström ja apulaisylilääkäri Mikko Pänkäläinen poikkeavat myös kotikäynteille.

Hankepalaverissa suunnitellaan

vastaanottotoiminnan kehittämistä ja työssä oppimisen valmennusmallia.

Hans Gärdström (oik.) ja apulaisylilääkäri Mikko Pänkäläinen pohtivat kirjoitettavaa lausuntoa.



”Olemme kokeneet tämän hyväksi käytännöksi erityisesti silloin, kun asiakas tarvitsi saattajan tullaan vastaanotolle. Myös asiakkailta on tullut myönteistä palautetta”, Gärdström kertoo.

Liikkuminen Pertunmaalla ei ole helppoa, jos ei ole omaa autoa. Linja-autovuoroja on lopetettu. Varsinkin sivukyliltä tullaan vas-

taanotolle taksilla tai naapureiden kyydissä.

”Ajokorttilausuntoja kirjoittaessani olen miettinyt, että pitäisi olla mahdollisuus alueajokorttiin. Sillä saisi ajaa tietyn maantieteellisen alueen sisällä vielä silloinkin, kun ei enää saisi lähteä isompaan kaupunkiin. Se helpottaisi maalla asumista.”

Tänään ohjelmassa on vielä lausunnon

kirjoittaminen työkyvyttömyydestä. Tässä kohdassa järjestelmän hajanaisuus tulee Gärdströmin mielestä erityisen selvästi esiin.

”Tietyissä sairausryhmissä tehdään jatkuvasti uusia lausuntoja, jotka tulevat hylättyinä takaisin. Ihminen ei toistaiseksi kykene töihin, mutta asiaa ei saada etenemään.

Paikallistasolle olisi hyvä saada palautetta, puuttuiko lausunnosta jokin olennainen tieto”, Gärdström pohtii.

”Työkyvyttömyysasioissa edetään usein hitaasti. Kuntouttavia toimenpiteitä pitäisi miettiä jo aikaisemmin. Tätä nykysysteemi ei tue, koska kulut menevät ensin työnantajan ja sitten Kelan maksettaviksi. Ei sairausloma yksin välttämättä paranna.”

Seudullista yhteistyötä

Pertunmaa on ollut mukana kaikissa yrityksissä rakentaa Mikkelin seudulle alueellisia terveyspalveluja. Erilaisia kariutuneita selvityksiä ja malleja on takana ainakin kolme. Nyt tavoitteena on päästä ministeriön seutukokeiluun.

”Emme pienenä yksikkönä kykene tuottamaan yksin kaikkia palveluja. On kankeaa neuvotella eri kuntien kanssa useita sopimuksia eri asioiden hoitamisesta”, Gärdström perustelee.

”Kuntarajat ovat välillä kuin Berliinin muuri. Ihmisen pitäisi saada palvelu sieltä, mihin hänen on luontevinta mennä. On hyvä, että tähän asiaan tulee muutos.”

Pertunmaalla sosiaali- ja terveystoimi ovat olleet samassa organisaatiossa jo kymmenen vuotta. Gärdströmin mielestä yh-

teistyötä voisi tiivistää edelleen. Optimitilanteessa sosiaalivirasto ja terveysasema toimisivat samoissa tiloissa.

”On paljon tilanteita, joissa tarvitaan molempien asiantuntemusta. Olisi hyvä saada kerralla sovittua, kuka ottaa vastuun ja miten edetään. Kaikki saisivat silloin saman tiedon.”

Pienessä kunnassa terveydenhuollon menojen vuositteiset vaihtelut voivat olla suuria. Gärdströmin mukaan olisi hyvä luoda valtakunnallinen malli vaihtelujen tasamiseen.

Paikallistasolla terveydenhuollon rahoituksen monikanavaisuus voi näkyä myös paikallisessa budjetoinnissa. Tällöin eri tahot vahtivat omia määrärahojaan eivätkä anna palvelua, vaikka se olisi järkevää ihmisen ja kokonaisuuden kannalta. Pertunmaalla pyritään kuitenkin siihen, ettei hallinto nouse ihmistä tärkeämmäksi.

”Mietimme päivittäin, miten ihmiset saavat heille oikeutetusti kuuluvan palvelun.

On tärkeää, ettei vähättele ihmisten vaivoja. Ihmisillä on aina jokin syy, kun he otavat yhteyttä.”

Gärdströmin päivä alkaa olla pulkassa. Hän vilkaisee vielä päivän aikana tulleet viestit ja katsoo muutamia saapuneita tutkimustuloksia. Huomenna tulokset voikin

jo soittaa asiakkaille vastaanoton lomassa.

Oman kokemuksensa valossa Gärdström ei tyrmää nykyistä monikanavaista järjestelmää kokonaan. Yleensä kaikissa asioissa on sekä hyviä että huonoja puolia.

”Ihminen, joka kykenee hoitamaan asioita, voi nykyjärjestelmässä käyttää yksityis- palveluja ja saada niistä takaisin osittaisen korvauksen. Tämä tuo terveydenhoitoon monipuolisuutta”, Gärdström myöntää.

”Huonompiaisaiset ja vähävaraiset kuitenkin kärsivät. Tilanne on vaikea erityisesti niille, jotka ovat vaarassa tippua järjestelmän ulkopuolelle ja joilla on vähän voimavaroja.” ■

Kustannusten jakautuminen kannustaa osaoptimointiin ja vastuun kiertämiseen.

Miten ratkaistaan terveydenhuollon rahoitus?

Vastaamassa neljä Kelan hallituksen jäsentä.



Pentti Itkonen
Sairaanhoidopiirin johtaja,
Etelä-Karjalan sosiaali-
ja terveystoimi

Nykyinen kuntarakenne ei pysty vastamaan terveydenhuollon rahoituksesta ja järjestämisestä. Tilalle on saatava vähintään maakuntien kokoinen rahoitus- ja järjestämisvastuu. Myöhemmin nämäkin voidaan yhdistää yhdeksi kansalliseksi rahoituskanavaksi. Järjestämisvastuu voi edelleen säilyä maakunnilla.



Lasse Laatonen
Lakiasiainjohtaja,
Elinkeinoelämän keskusliitto

Olennaista on tuottaa käytettävissä olevalla niukalla rahoituksella mahdollisimman tehokkaasti parhaiten vaikuttavat terveyspalvelut. Terveyspalvelujen järjestämisessä on järkevää pyrkiä nykyistä selvästi suurempiin yksiköihin. Kilpailun näkökulmasta en usko monopoliin, vaan tarvitaan useampia järjestäjiä, tuottajia ja rahoittajia.



Anneli Taina
Ylijohtaja, Etelä-Suomen
aluehallintovirasto

Minulla ei ole selkeää kantaa yksittäisen mallin puolesta. Selvää on, että terveydenhuollon rahoitusta täytyy kehittää, jotta valtavaan palveluntarpeeseen pystytään vastaamaan. Eri työtöinä painopisteinä näen työterveyshuollon kehittämisen ja asiakkaiden valinnanmahdollisuuksien turvaamisen kehittämällä ja vahvistamalla sairausvakuutusjärjestelmää.



Raimo Ikonen
Ylijohtaja, sosiaali-
ja terveystoimi

Nykyinen monikanavainen rahoitusmalli on tullut tiensä päähän. Järjestelmää ja vastuita on pakko selkeyttää. Kehittämistyössä täytyy varmistaa kansalaisten yhdenvertaisuus ja palveluiden saatavuus asuinpaikasta riippumatta. On hienoa, että kehittämisestä on tehty rohkeita keskustelunavauksia ja että keskustelu on avointa.

Satu Kontiainen



Potilaiden on nykyisin vaikea vertailla hammaslääkärien hintoja, mikä on yksi syy vähäiseen hintakilpailuun.

Miten tepsi hammashoidon taksakorotus?

Kun hammashoidon Kela-korvauksia korotettiin, moni hammaslääkäri nosti palkkioitaan.

On epäilty, että julkisista varoista maksettu sairausvakuutuskorvaus valuu suureksi osaksi palveluntuottajalle. Tarkoitus on kuitenkin tukea potilasta. Kun Kelan tutkimusosaston johtava tutkija **Timo Maljanen**, tutkimusassistentti **Merja Komu** ja terveysturvan tutkimuksen päällikkö **Hennamari Mikkola** tutkivat hammaslääkärien perimiä palkkioita, he havaitsivat epäilyn varsin oikeaksi.

Viime vuosina vastaavaa on havaittu kampaamoalan sekä kauppa- ja ravintola-ruuan hinnoissa. Viranomaisen toive, että arvonlisäveron alennus laskisi täysimääräisesti hintoja, ei yleensä toteutunut.

”Yksityinen sektori on tärkeä hammaslääkäripalveluissa. Yksityisiä hammaslääkäreitä tarvitaan julkisen sektorin tueksi, koska terveyskeskukset joko eivät saa palkatuksi hammaslääkäreitä tai terveyskeskusten varat eivät riitä hammaslääkärien palkkaukseen”, Timo Maljanen taustoittaa.

1 MITÄ TUTKITTE?

”Potilas saa sairausvakuutuskorvausta 60 % taksasta – tai peritystä palkkiosta, jos

palkkio on taksaa pienempi. Vuonna 2008 hammaslääkäripalkkioiden korvaustaksoja nostettiin keskimäärin 28 %. Selvitimme, saako potilas tuen siten, kuten viranomaisen toivoo.

Valitsimme vuosilta 2006–2009 viisi yleisintä hammashoitotoimenpidettä: suun perustutkimus, hammasröntgen, kaksi hampaan paikkaushoitoa ja hampaan poisto. Kaikista hammashoitotoimenpiteistä näiden osuus oli tarkastelujanaksena yli 40 %.”

2 TULOKSET?

”Potilaat menettivät heille tarkoitettua hyödystä 30–40 % toimenpiteestä riippuen, koska hammaslääkärit nostivat palkkioitaan taksankorotusten yhteydessä.

Esimerkiksi suun perustutkimuksessa, hampaan poistossa ja yhden pinnan paikkauksessa potilaan sairausvakuutuskorvaus nousi 3,95 euroa, mutta palkkioiden korotukset veivät tästä hyödystä 1,21–1,59 euroa.

Ilmeisesti osa hammaslääkäreistä tulkitsee korvaustason nousun tarkoittavan hyväksyntää lääkäripalkkioiden nostolle. Tämä ei tietenkään ole tarkoitus.”

3 MITÄ SUOSITATTE?

”Hammaslääkäreiden kilpailu on vähäistä, mikä mahdollistaa isot erot toimenpiteiden hinnoissa. Siksi ehdotamme yksityisten palvelujen säätelystä ja kilpailun lisäämistä. Koko korvausjärjestelmää tulisi yksinkertaistaa.

Sairausvakuutusjärjestelmää voisi kehittää esimerkiksi siten, että eri toimenpiteille asetetaan enimmäishinnat. Sairausvakuutuskorvausta maksettaisiin vain, jos peritty palkkio on enintään enimmäishinnan suuruinen.

Kuluttajan pitäisi voida vertailla eri hammaslääkäreiden hinnastoja netissä.

Hintakaton riski on se, että palvelun tuottajat muuttavat sairausvakuutuspalveluissa hintakaton nopeasti minimihinnaksi. Vasta hintakattoon yhdistetty kilpailu toimisi. Jos taas kilpailu toimisi kunnolla, hintakattoa ei tarvittaisi.

Toinen vaihtoehto olisi kuluttajien hintatietoisuuden ja palvelun tuottajien hintakilpailun lisääminen.

Hammaslääkärien on pidettävä hinnastonsa näkyvillä. Jos kuitenkin hinnat ovat vain vastaanottotiloissa eivätkä esimerkiksi netissä, kuluttaja ei pysty vertailemaan lääkärien palkkioita.”

4 MIKSI KILPAILU EI TOIMI HAMMASLÄÄKÄRIALALLA?

”Sytä on useita. Jos hammaskipu iskee yhtäkkiä, tärkeintä on päästä nopeasti hoitoon, eikä silloin ehdi juuri katsoa hintaa. Tavallisesti potilas lienee niin sanotusti lääkäriuskollinen eli käy mielellään samalla lääkäriällä.

Yksi varma syy on se, että kuluttajan on hyvin vaikea vertailla eri lääkärien hintoja. Toisaalta hammaslääkäreillä ei ole tarvetta kilpailla hinnoilla, koska potilaita riittää joka tapauksessa.”

5 JATKUUKO HAMMASTAKSOJEN SEURANTA?

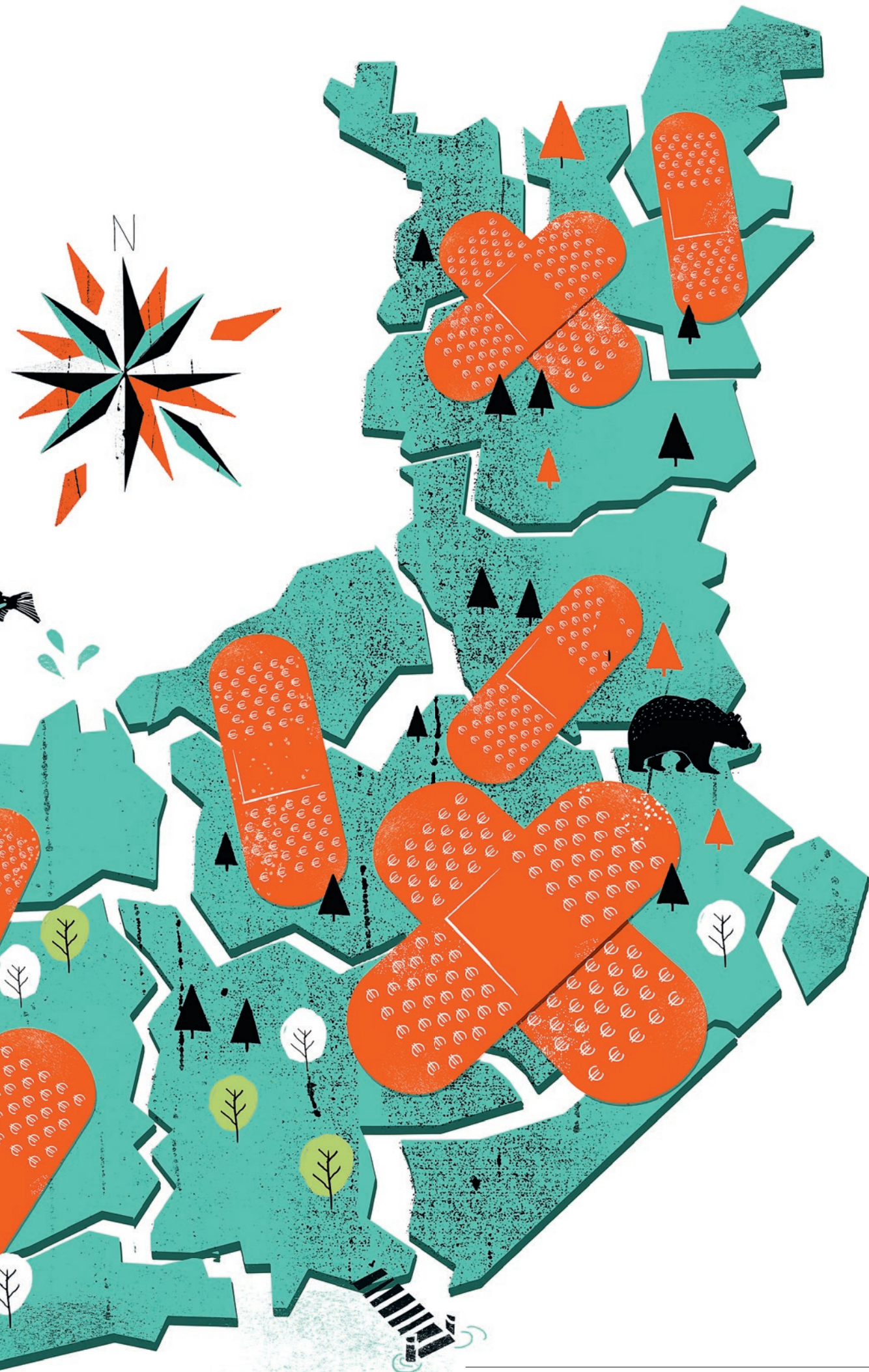
”Aihe on sairausvakuutukselle tärkeä, joten jatkamme tutkimusta. Ilmeisesti kuva taksankorotuksen vaikutuksesta tarkentuu, jos tarkastelemme taksankorotusten vaikutusta alueittain ja lääkäreittäin. Voimme hyödyntää nyt käyttämäämme aineistoa jatko-tutkimuksissa.” ■

Pelkkä tekohengitys ei enää tehoa

Terveydenhuollon parantamiseksi on kaavailtu monenlaista lääkettä, mutta yhteinen diagnoosi ja hoitosuunnitelma ovat vielä tekemättä.

TEKSTI Laura Kosonen KUVITUS Pietari Posti







Terveysturvan tutkimuksen päällikkö Hennamari Mikkola Kelan tutkimusosastolta kannattaa kansallista terveysturvaohjelmaa.

Tavoitteesta kaikki ovat samaa mieltä: terveydenhuoltojärjestelmä on saatava kuntoon, jotta koko kansa saa hyvää hoitoa kohtuuhintaan.

Kunnat eivät selviä tehtävästään järjestää asukkaidensa terveysturvaohjelmaa. Hoidon saatavuus ja laatu vaihtelevat huomattavasti kunnan tai jopa kaupunginosan mukaan. Terveysturvat kasvavat, kun kuntakoneisto köhii ja väki vanhenee. Jotakin on tehtävä pian.

Terveydenhuollon työnjakoa pohditaan monissa pöydissä. Uusimpia ehdotuksia vastuun ja varojen jaosta ovat esittäneet Kela, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) sekä Sitra.

Kela-kortti avain palveluihin

Tällä hetkellä terveydenhuollon rahoitus kerätään useilta eri tahoilta. Siihen osallistuvat valtio, kunnat, Kela, työnantajat, kotitaloudet ja yksityiset vakuutusyhtiöt. Kunnat rahoittavat ja järjestävät palveluita oman kykynsä mukaan. Tehossa ja laadussa on parantamisen varaa.

Kela esittää ratkaisuksi kansallista terveysturvaohjelmaa: kaikki kuntien, valtion ja Kelan terveydenhuoltoon käyttämät rahat kootaan yhteiseen rahastoon, jota johdetaan valtakunnallisesti. Näin välttäisiin kuntien pakkoliitoksilta.

”Valtio, kunnat ja työmarkkinajärjestöt on saatava samaan neuvottelupöytään. Meillä on pian Euroopan ikääntynein väestö, ja palvelutarve kasvaa niin kohisten, että suuria kansallisia ratkai-

suja tarvitaan”, sanoo terveysturvan tutkimuksen päällikkö **Hennamari Mikkola** Kelasta.

Terveysturvaohjelmalla Kela on kokoava voima ja koordinoi kansallista ohjausta. Kela-kortti on kansalaiselle avain kaikkiin julkisesti rahoitettuihin palveluihin, ja sitä kautta tieto rekisteröity yhteen tietojärjestelmään.

”Tietojärjestelmäosaaminen on Kelassa huippuluokkaa. Terveydenhuollossa on tällä hetkellä käytössä tuhansia erilaista tietojärjestelmää, jotka on saatava yhteensopiviksi”, Mikkola toteaa.

Mikkolan mukaan kansallinen rahoitus ja ohjaus keventäisivät hallintoa. ”Tällä hetkellä jokainen kunta kilpailuttaa kaikenlaisia pieniä palveluita. Se syö valtavasti energiaa ja resursseja. Voitaisiko esimerkiksi osa lääkkeitä kilpailuttaa kansallisesti?”, Mikkola kysyy.



Palveluiden kilpailutus syö valtavasti kuntien resursseja.

Vaihtoehtona HUS-kortti tai Pirkanmaa-passi?

Hoitotakuu ja lääkkeiden viitehintajärjestelmän käyttöönotto ovat esimerkkejä terveydenhuollon kansallisen ohjauksen vahvistamisesta. Kokemukset niistä ovat olleet myönteisiä.

Myös THL kannattaa keskittämistä, mutta on päätyneet ehdottamaan 12 hallinnollisen alueen mallia. Alueet vastaavat itsenäisesti kaikkien sosiaali- ja terveysturvaohjelmien järjestämisestä ja rahoituksesta, myös matkakuluista ja lääkehoidosta. Valtion, kuntien ja sairausvakuutuksen varat ohjataan alueille.

”Suomen eri kolkat kaipaavat terveydenhuoltoon erilaisia rat-

kaisuja. Toisaalta alueet ovat tarpeeksi suuria, jotta palvelujen järjestäminen on joustavaa”, perustelee tutkimusprofessori **Markku Pekurinen** THL:sta.

Myös THL pistäisi uusiksi sairaanhoitopiirit, sillä yhden alueen väestöpohja olisi nykyistä suurempi, 200 000 henkeä. Aluksi alueet vastaavat suuresta osasta palveluntuotantoa. Ajan mittaan siirytään lähemmäksi tilaaja-tuottajamallia, jossa julkiset ja yksityiset palveluntuottajat ovat samalla viivalla. Valtio toimii rahoittajana ja ohjaa toimintaa lainsäädännöllä.

Markku Pekurinen pitää tärkeänä alueiden vahvaa roolia palveluiden järjestämisessä. ”Se takaa mahdollisuudet suunnitella palveluja ja rahoitusta pitkäjänteisesti. Kansalaisten tasa-arvoisuus lisääntyy.”

Hennamari Mikkola Kelasta epäilee aluemallin toimivuutta: ”Olisivatko alueet keskenään tasa-arvoisia? Ja olisiko meillä Kela-kortin sijasta 12 erilaista korttia, vaikkapa HUS-kortti tai Pirkanmaa-passi?”, Mikkola kysyy.

Kansallinen Katira valvoisi vapaata kilpailua

Pekurinen perustelee aluejakoa myös sillä, että siirtyminen kuntien päätösvallasta suoraan kansalliseen hallintoon on liian radikaali uudistus toteutettavaksi.

Rohkealla uudistamisella on kuitenkin kannattajansa. Sitran ehdotuksessa terveys- ja sosiaalipalvelujen tuottajien välinen kilpailu vapautetaan kokonaan, ja tilaaja erotetaan selkeästi tuottajasta. Kansallinen tilaaja-rahoittaja eli Katira hoitaa rahaliikennettä.

Sitran mallia muovannut Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen ylijohtaja **Aki Kangasharju** kritisoi Kelan ja THL:n ehdotuksia epämääräisiksi. ”Kumpikaan malli ei tarjoa vastausta siihen, miten tuotantopuoli järjestetään, eli kuinka palvelut tuotetaan tehokkaammin.”

Sitran mallissa asiakas valitsee palveluntuottajan – yksityisen tai julkisen – jonka asiakkaaksi hän rekisteröityy. Palvelun tuottaja saa rahoituksen asiakkaan riskiryhmien ja sairaushistorian perus-



Tutkimusprofessori Markku Pekurinen THL:stä pitää tärkeänä alueiden vahvaa roolia palveluiden järjestämisessä.

teella, eikä rahoja ole sidottu siihen, kuinka paljon asiakas todellisuudessa käyttää palveluita. ”Se kannustaa palveluntuottajia panostamaan terveyden edistämiseen. Rahoitus ei siis perustu toimenpiteisiin kuten nykyisin.”

KOLME MALLIA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEN UUDISTAMISEKSI

	<i>Kela / Hennamari Mikkola</i>	<i>THL / Markku Pekurinen</i>	<i>Sitra / Aki Kangasharju</i>
PERUSAJATUS JA PALVELUJEN JÄRJESTÄJÄ	KANSALLINEN TERVEYSRAHASTO JULKINEN TERVEYSVAKUUTUS	JÄRJESTÄMIS- JA RAHOITUSVASTUU ALUEELLISELLA TOIMIJALLA, SUOMI JAETTU 12–15 ALUEESEEN	VALTAKUNNALLINEN TILAAJA-RAHOITTAJA (KATIRA), JOKA VASTAA PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISESTÄ
RAHOITUS	KORVAMERKITYY VAKUUTUSMAKSU KUNNILTA, VAKUUTETUILTA JA TYÖNANTAJILTA	KUNNILTA EUROA/ASUKASMAKSULLA, VALTIONOSUUDET SUORAAN ALUEELLISILLE TOIMIJOILLE	RAHOITUS KUNNILTA NYKYISEN VALTIONOSUUSKAAVAN MUKAAN, VALTION-OSUUDET JA TYÖNANTAJIEN TYÖTERVEYSMAKSUT KATIRALLE
PALVELUJEN TUOTTAJA	JULKISET JA YKSITYISET TUOTTAJAT	JULKISET JA YKSITYISET TUOTTAJAT	JULKISET JA YKSITYISET TUOTTAJAT. RAHOITUS ASIAKKAIKSI ILMOITTAUTUNEISTA KAPITAATIOPERIAATTEEN MUKAAN
SAIRAUSSVAKUUTUKSEN ASEMA	UUDISTUU JA VAHVISTUU	EI SAIRAUSSVAKUUTUSKORVAUSTA YKSITYISLÄÄKÄRISSÄKÄYNNISTÄ	EI SAIRAUSSVAKUUTUSKORVAUSTA YKSITYISLÄÄKÄRISSÄKÄYNNISTÄ
TYÖTERVEYSHUOLTO	UUDISTUU, SÄILYY JA VAHVISTUU	TYÖTERVEYSHUOLLOLLA ENINTÄÄN SAIRAUKSIA ENNALTAEHKÄISEVÄ ROOLI	EI ERIKSEEN TYÖTERVEYSHUOLTOA
KUNNAN ROOLI	TOIMII KUNTALAISEN EDUNVALVOJANA	VASTAISII ISOSTA OSASTA PALVELUJEN TUOTANTOA	JÄRJESTÄISI PALVELUITA JA TUOTTAISI NEUVONTAPALVELUN, JOSTA VOI PYYTÄÄ APUA SOPIVAN PALVELUNTUOTTAJAN VALINNASSA



VATT:n ylijohtaja Aki Kangasharju kritisoi Kelan ja THL:n ehdotuksia epämääräisiksi.

Työterveyshuolto on kynnyskysymys

Ehkä suurin kiistakapula terveydenhuollon vallankumouksessa on työterveyshuollon asema. Markku Pekurinen ja Aki Kangasharju ovat yhtä mieltä siitä, että nykyinen työterveyshuolto ruokkii eriarvoisuutta: työssä käyvä pääsee viipymättä ilmaiselle erikoislääkärin vastaanotolle, ja kynnys erilaisten tutkimusten tekoon on turhankin matalalla.

”Suomalainen terveydenhuolto on vielä epätasa-arvoisempaa kuin julkisuudessa puhutaan”, Aki Kangasharju sanoo.

THL:n aluemallissa työterveyshuollolle jäisi sairauksia ennaltaehkäisevä rooli, ja sairaanhoidosta vapautuvia varoja ohjattaisiin perusterveydenhuoltoon. Sitran mallissa nykyisenlainen työterveyshuolto lakkautettaisiin, sillä kaikki palveluntuottajat olisivat samalla viivalla.

Hennamari Mikkola Kelasta kuitenkin muistuttaa, että työterveys-

huollon osuus Kelan terveydenhuoltopotista on vain neljä prosenttia.

”Meillä ei ole varaa menettää työnantajien panosta terveydenhuollossa. Ja onko järkevää purkaa toimivaa järjestelmää? Työterveyshuollossakin on varmasti kehitettävää, mutta jos kansalta kysyttäisiin, järjestelmään ei varmasti puututtaisi”, Mikkola sanoo.

Erimielisyyttä herättää myös sairausvakuutusjärjestelmän tulevaisuus. THL ehdottaa, että raja yksityisen ja julkisen sektorin välille vedetään selkeämmin. Yksityislääkärillä käyntiä ei tuettaisi sairausvakuutuskorvauksella.

Hennamari Mikkolan mukaan Kela-korvattu yksityislääkärijärjestelmä on kuitenkin hallinnollisesti hyvin kevyt. Toiseksi korvausosuudet Kelan koko terveyspotista ovat marginaalisia.

Kelassa on visioitu myös, että koko terveydenhuollon budjetti sairauspäivärahoineen voitaisiin kerätä sairausvakuutusmaksuina työtuloista. Laskelmien mukaan maksu olisi 10-20 senttiä jokaisesta tienatusta eurosta.

”Tällaisessa järjestelmässä kansalainenkin helpommin hahmottais, paljonko maksaa terveydenhuollosta”, Mikkola toteaa.

Potilailta puuttuu etujärjestö

Terveydenhuollon uudistaminen on järkälemäinen ikuisuusprojekti, josta tuskin saadaan aikaan räväköitä kärjistyksiä kevään vaalikeskusteluissa – vaikka kysymyksessä on puhdas politiikka.

”Sopassa sekoittuu valta- ja kunnallispolitiikka, ammattijärjestöjen valta ja yksityisen puolen rooli. Harva kuitenkaan miettii asiaa koko väestön kannalta. Oikeastaan potilailta puuttuu oma etujärjestönsä”, Markku Pekurinen sanoo.

Aki Kangasharju toivottaa seuraavalle hallitukselle rohkeutta. ”Veikkaan, että hallitus asettaa työryhmän tekemään selvityksen terveydenhuollon uudistamisesta. Toisen kysymys onkin, seuraako selvitys toistaan, vai onko hallituksella rahkeita tehdä jotakin radikaalimpaa.”

Kelassa pohditaan suuren suunnanmuutoksen ohella myös pienempiä kurssin korjausliikkeitä terveydenhuoltoon. ”Monikanavarahoituksen haitoista puhutaan paljon, mutta niitä on syytä tutkia tarkemmin, ennen kuin lähdetään isoihin muutoksiin”, Hennamari Mikkola sanoo.

Kelan tutkijat aikovat selvittää monikanavarahoitusta perin pohjin ja jatkaa kansallisten mallien pohdintaa. ■



Aluekokeilun kunnat kokeilevat käytännössä uusia palvelumalleja

Sosiaali- ja terveysministeriö testaa aluekokeilujen avulla terveydenhuollon uudistuksia. Ministeriön asettama työryhmä linjasi vuodenvaihteessa uudistamisen periaatteita: tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä nykyistä laajemmilla väestöpohjilla, jotta alueilla on riittävät voimavarat tehtävän hoitamiseen. Järjestämisen ja rahoitusvastuun on oltava samassa organisaatiossa. Lisäksi palvelut on räätälöitävä alueen ja sen väestön tarpeiden mukaisesti.

Myös ministeriössä ollaan siis keskittämässä linjalla. ”Paras-hankkeessa väestöpohjaksi määriteltiin vähintään 20 000 henkeä. Tältä pohjalta tehdyt rakenteelliset uudistukset eivät kuitenkaan ratkaise sosiaali- ja terve-

ydenhuollon ongelmia, vaan tarvitaan suurempia alueita”, sanoo neuvotteleva virkamies Kari Haavisto sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Raja-aidat nurin

Aluekokeiluja ollaan käynnistämässä aluksi Kouvolassa, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä, Mikkelin seudulla, Suur-Oulun alueella ja Seinäjoella. Mukana on alueita, joissa on hiljattain tehty laajoja kuntaliitoksia. Täyteen vauhtiin kokeilu pääsee, kun terveydenhuollon järjestämisen kehittämistä koskeva kokeilulaki astuu voimaan tämän kevään aikana. Tarkoituksena on testata uudenlaisia tapoja järjestää sosiaali- ja terveyspalveluja.

”Aluekokeilujen keskeinen tavoite on perus- ja erikoistason palvelujen laajempi yhteensovittaminen ja peruspalvelujen vahvistaminen. Olennoista on, että sosiaali- ja

terveydenhuoltoa kehitetään kokonaisuutena”, Haavisto linjaa.

Esimerkki perus- ja erikoishoidon raja-aitojen kaatamisesta on vaikkapa mielenterveyden ammattilaisten ottaminen mukaan perusterveydenhuoltoon. Asiakkaan ongelmat ovat helpommin ratkaistavissa, kun niihin puututaan nopeasti ja tehokkaasti. Samalla on pohdittava myös sitä, kuinka palveluntarvetta voidaan vähentää terveyttä edistämällä.

”Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen pitää nähdä osana muuta yhteiskunnallista päätöksentekoa lähtien vaikkapa aluesuunnittelusta. Usein sosiaali- ja terveydenhuolto paikkaa virheitä, joita on tehty muualla”, Haavisto toteaa.

Ylimääräistä rahaa terveydenhuoltoon aluekokeilun kunnille ei ole luvassa, mutta tarjolla on ministeriön, THL:n ja Kuntaliiton asiantuntijatuki.



Rauno Ihalainen toivoo, että terveydenhuollon monikanavaisesta rahoituksesta aletaan keskustella vakavasti.

Terveysrahoitus alueille

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen remontoisi terveydenhuollon alueellisesti.

Terveydenhuollon alueellinen rahoitusmalli kanavoisi julkisen rahoituksen alueorganisaatioille, jotka tarjoaisivat kaikille riittävät terveyspalvelut. Sosiaalipalvelut olisivat liitettävissä kokonaisuuteen.

Alueorganisaatio vastaisi niistä palveluksista ja etuuksista, jotka valtio ohjaa nykyisin kuntien ja Kelan kautta.

”Monikanavaisuudesta päästäisiin, jos yksi alueellinen toimija tuottaisi peruspalvelut itse tai hankkisi ne yliopisto- tai keskussairaaloilta, yksityisiltä palveluntuottajilta tai järjestöiltä. Palvelusopimus sisältäisi rahakannusteita terveyshyödyn saamiseksi”, Ihalainen esittää.

Mallissa erityistason palvelut ostetaan yliopisto- tai keskussairaaloilta tai vastaavilta. Erityistason tuottajat ovat kuntayhtymiä tai osakeyhtiöitä, kuten tekonivelsairaala Coxa.

Erilliset yksityisen terveydenhuollon ja työterveyshuollon rahoitukset sulautettaisiin alueorganisaatioon.

Yhteiskuntatieteiden tohtori Rauno Ihalainen aloitti tänä vuonna toisen kolmivuotiskautensa Kelan hallituksessa. Hän huomauttaa ehdotuksensa perustuvan puhtaasti terveysalan asiantuntemukseensa. Hän

on toiminut sairaanhoitopiirin johtajana ensin Keski-Suomessa ja vuodesta 1995 Pirkanmaalla.

Ainakin 200 000 asukkaan alue

Ihalainen hahmottaa yksikanavaiselle terveydenhuollon rahoitusmallille kolme toteutusta. Yksi olisi eduskunnan alainen valtakunnallinen toimija, kuten nyt Kela sosiaalivakuutuksessa. Kelan edellinen pääjohtaja **Jorma Huuhtanen** esittikin Kelan hallinnoimaa terveysrahastoa.

Huuhtasen ja Sitran esittämät valtakunnalliset mallit eivät ole Ihalaisen mieleen.

”Pidän tärkeänä sitä, että kunnat ohjaavat terveyspalveluita.

Hallinnoijan on oltava lähellä kansalaisia”, hän katsoo.

Toinen vaihtoehto olisi aluemalli, joka edellyttäisi vähintään 200 000 asukkaan aluetta, joko kuntaa tai kuntayhtymää. Aluemallissa palveluista päättäisivät kuntalaiset välillisesti, kuntayhtymien yhtymäkokouksissa.

Kolmas vaihtoehto olisi malli, jossa ny-

kyistä vahvemmat kunnat hoitaisivat rahoituksen ja vastaisivat palvelujen järjestämisestä.

Ihalainen toivoo, että yksikanavaisen rahoitusjärjestelmän kokeilu kirjattaisiin tulevan hallituksen ohjelmaan.

”Kannattaa kokeilla. Hallituskauden loppulla voisi arvioida, mihin suuntaan valtakunnassa edetään.”

Kokonaisuus ratkaisisi

Aluemallissa rahoitus tulisi kunnilta ja valtiolta. Valtiolta odotetaan myös erillisiä ehkäiseviin palveluihin. Kunnat maksaisivat osuutensa asukasluvun mukaisessa suhteessa.

”Sairastavuudessa on isoja alue-eroja, ja alueiden kantokyvyt vaihtelevat. Tasa-arvoisuuden vuoksi valtion pitäisi tasata kuluja”, Ihalainen täsmentää.

Potilas maksaisi saman osuuden koko maassa.

Mallinsa valtiksi Ihalainen näkee ennen kaikkea yhdenvertaisuuden. Yksikanavaisessa mallissa rahoittaja hallitsisi kokonaisuutta.

”Monikanavaisuus luo epätasa-arvoa, sillä nyt monet toimijat tarkastelevat lähinnä vain omaa osaansa palvelukokonaisuuksista. Osoptimoinnin vähentäminen toisi palvelut tasa-arvoisemmin saataville. Samalla vähenisi potilaan pallottelu.”

Hän uskoo mallin edistävän myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä, kun hoitoketjut saadaan sujuviksi.

”Viime kädessä mallilla haetaan vaikuttavuutta niille euroille, joita yhteiskunta kohdentaa terveydenhuoltoon. Malli on omiaan luomaan vakautta kuntien talouteen.”

Laadunseuranta valtakunnallisesti

Pulmia Ihalainen näkee mallinsa tuotteistamisessa, hinnoittelussa ja vaikuttavuuden mittaamisessa. Hän odottaa palvelujen yhtenäistämistä, jotta palvelun tilaaja voi verrata niitä.

”Iso rakennemuutos luonnollisesti aiheuttaa muutosvastarintaa. Siihen tekevät jäykkä johtaminen ja rahalliset kannusteet.”

Ihalainen haluaa viranomaisten määrittävän kansallisten hoitolinjausten laatujärjestelmät valtakunnallisesti, joko asetuksin tai sitovin ohjein.

”Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos voisivat laatia palveluiden laatu- ja turvakriteerit. Samat tahot seuraisivat myös toteutusta.” ■

Hannu Kaskinen

”Hallinnoijan on oltava lähellä kansalaisia.”



Laajalla rintamalla

Kelan pääjohtaja Liisa Hyssälä haluaa haastaa parhaat kansalliset voimat uudistamaan terveydenhuoltoa.

TEKSTI Laura Kosonen KUVAT Nana Uitto

Pienituloiset, pitkäaikaissairaat ikääntyneet naiset ovat monta kertaa terveydenhuollon väliin-putoajia”, sanoo Kelan pääjohtaja Liisa Hyssälä. Hän on huolissaan kasvavista terveyseroista ja terveydenhuollon epätasa-arvoisuudesta.

”Pitkäaikaissairaat kärsivät esimerkiksi lääkemenojen suurista omavastuista ja joutuvat siksi turvautumaan toimeentulotukeen”, Hyssälä toteaa.

Kelan pääjohtajana hän haluaa uudistaa ja vahvistaa sairausvakuutusjärjestelmää. Hyssälä uskoo, että se on hyvä tapa pitää yhteisvastuullisesti huolta kaikista ihmisistä. Korvamerkittyä rahaa sosiaali- ja terveydenhuoltoon tarvitaan myös tulevaisuudessa.

”Yksityisten lääkäriissäkäyntien Kela-korvaukset ovat pieni arvokas tuki valinnanvapaudelle ja nopealle pääsulle palveluihin. Jos meillä olisi varaa, tuki voisi olla vielä suurempi. Kela-korvausjärjestelmän hallinto suorakorvausmekanismeineen on kevyt”, Hyssälä perustelee.

Kelassa ajatellaan, että jo kansanterveyden näkökulmasta on tärkeää tukea asia-

kasta esimerkiksi yksityisellä gynekologilla tai silmälääkärillä käymisessä. Hyssälä kaipaa kuitenkin sairausvakuutusjärjestelmään kannustimia: varoja pitäisi suunnata enemmän ennaltaehkäiseviin palveluihin. Omalääkärijärjestelmää kehittämällä voitaisiin tukea tehokkaammin pitkäaikaisia hoitosuhteita yksittäisten toimenpiteiden sijaan.

Kilpailutus vie kunnilta voimia

Työssä käyvä koulutettu kaupunkilainen elää Suomessa keskimäärin tervettä elämää ja saa vaivoihinsa tarvitsemansa hoidon. Terveyspuntarin toisessa ääripäässä on syrjäseudulla asuva vähävarainen, usein monisairas potilas. Hän ei välttämättä edes hae itselleen apua.

Hyssälän mukaan paras lääke terveyserojen kaventamiseen on työllisyyden, perusturvan ja tietämyksen parantaminen. Terveydenhuoltojärjestelmä ei pysty pakotta-

maan ketään terveempiin elintapoihin tai lääkärin puheille, mutta jokaiselle pitäisi tarjota yhdenvertaiset mahdollisuudet käyttää palveluita.

”Tämä perusoikeus ei enää toteudu joka paikassa. Onkin hyvä, että kansallinen ohjaus tekee tuloaan terveydenhuoltoon”,

Hyssälä sanoo.

Hän on vakuuttunut, että hajanainen järjestelmä on terveydenhuollossa tullut tiensä päähän. Hallitsematon ulkoistamiskehitys ja kilpailutuskiertä vievät voimia kuntien virkamiehiltä.

”Kunnat ovat liris-

sa monilla aloilla, koska kilpailuttaminen vaatii kovaa osaamista. On järkevämpää, että kilpailutusta keskitetään niin, että siihen voidaan todella paneutua.”

Ministeriöiden välille yhteistyötä

Pelkkä rahojen uusjako ei kuitenkaan riitä, vaan terveydenhuollon kunnonkoho-

Sairaus-
vakuutuksen
varoja pitää
suunnata lisää
ennaltaehkäisyyn.



Kelan pääjohtajana Liisa Hyssälä haluaa uudistaa ja vahvistaa sairausvakuutusjärjestelmää.

tuskuurille on saatava mukaan kansakunnan parhaat voimat. Kelan pääjohtaja haluaa laajaa kansallista yhteistyötä terveydenhuollon uudistamiseksi.

”Ministeriöiden välille tarvitaan enemmän yhteistyötä. Esimerkiksi valtiovarainministeriön kuntaosasto ja työ- ja elinkeinoministeriö ovat sosiaali- ja terveysministeriölle tärkeitä kumppaneita.”

Tiukasti sektoreihin jaettu valtion budjetit ei kannusta ylittämään ministeriöiden välisiä raja-aitoja. Hyssälä uskoo, että kevään hallitusneuvottelut ratkaisevat sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten suunnan.

”Toivottavasti asia nousee esiin myös vaalikeskusteluissa. Joka tapauksessa suuria ratkaisuja on tehtävä seuraavalla hallituskaudella.”

Hyssälä toivoo seuraavalta hallitukselta resursseja kansallisen tietojärjestelmän toteuttamiseksi. Tärkeää on myös käynnistää perusteelliset tutkimukset ja tuottaa laskelmia eri rahoitusjärjestelmistä. Terveydenhuollon uusiminen ei ole vain järjestelmän sisäinen asia, vaan se koskee koko yhteiskuntaa.

Hoivatyöhön lisää käsiä – ja koneita
Hoiva-alalle tarvitaan uusia tekijöitä vaikka ulkomailta, sillä työvoimapula on yhtä lailla pienten kuin suurtenkin kuntien ongelma. Parinkymmenen vuoden kulut-

tua suuria ikäluokkia on hoitamassa entistä pienempi porukka.

”Tarvitsemme uutta työvoimareserviä esimerkiksi maahanmuuttajista. On mieltävä, millaisella koulutuksella väkeä voitaisiin käyttää hoivatyössä”, Hyssälä pohtii.

Hyssälä muistuttaa, että hyvin toimiva sosiaali- ja terveydenhuolto ei ole vain kullerä vaan kansallisen kilpailukyvyyn kivi-jalka. Hän uskoo, että kansallisella yhteistyöllä saadaan aikaan entistä ehompi järjestelmä, jossa asiakas saa hyvää hoitoa riippumatta asuinpaikasta. Jos matka lääkäriin on pitkä, voi lääkäri ehkä tulla potilaan luo.

”Palveluautot sekä verkko- ja mobiilipalvelut ovat tulevaisuutta. Meillä on ikäänymässä sukupolvi, jolle tietotekniikka ei ole enää vierasta”, Hyssälä sanoo.

Yksityinen puoli ei pääse isännäksi

Kelan pääjohtaja uskoo vakaasti, että laadukas sosiaali- ja terveydenhuolto on tulevaisuudessakin julkista palvelua.

”Suomeen ei haluta amerikkalaista mallia. Meidän sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmämme on julkinen. Se pystyy kattavasti ja tehokkaasti järjestämään palvelut.”

Hyssälän mukaan yksityinen sektori on hyvä sparraaja julkiselle puolelle, ja sen painoarvo saattaa jopa kasvaa tulevaisuudessa.

”Sen on kuitenkin tapahduttava hallitusti ja harkiten”, pääjohtaja sanoo. ■

Kelan ensimmäinen naispääjohtaja

LIISA HYSÄLÄ 2010–

Hammaslääketieteen tohtori ja valtiotieteiden maisteri työskenteli hammaslääkärinä ja tutkijana, kunnes hänet valittiin keskustan kansanedustajaksi vuonna 1995. Peruspalveluministerinä hän toimi 2003–2007 ja sen jälkeen sosiaali- ja terveysministerinä ennen Kelan pääjohtajan pestiä.

JORMA HUUHTANEN 2000–2010

Toimi Kelan pääjohtajana tasan kymmenen vuotta. Ennen pääjohtajakauttaan Huuhtanen oli eduskunnassa keskustan kansanedustajana vuosina 1987–2000 ja sosiaali- ja terveysministerinä loma-vuosina 1992–1995.

PEKKA TUOMISTO 1993–2000

Varatuomarilla ja valtiotieteen maisterilla oli Kelaan tullessaan takanaan pitkä virkaura sekä sosiaalipolitiikan että talouspolitiikan parissa. Nimityksen tullessa hän toimi kauppaja- ja teollisuusministerinä.

JAAKKO PAJULA 1971–93

Nuori juristi tuli Kansaneläkelaitokseen 1960-luvulla rakentamaan sairausvakuutusta. Pajula nimitettiin Kelan johtajaksi vuonna 1965 ja vuonna 1971 pääjohtajaksi. Laitoksen pitkäaikaisin johtaja.

V. J. SUKSELAINEN 1954–71

Sosiaaliturvakysymyksiin erikoistunut kansantaloustieteen professori toimi Kansaneläkelaitoksen pääjohtajan tehtävien ohessa edelleen mm. kansanedustajana, eduskunnan puhemiehenä, pääministerinä ja Maalaisliiton puheenjohtajana.

EINO E. LOUHI 1946–54

Kansaneläkelaitoksen tähänastisen historian ainoa puoluepoliittisesti sitoutumaton pääjohtaja.

V. A. AROLA 1944–45

Maalaisliittolainen agronomi ja maanviljelysneuvos tuli Kansaneläkelaitokseen ensin johtajaksi vuonna 1937 ja vuonna 1944 pääjohtajaksi.

EERO RYDMAN 1937–44

Edistyspuolueen kansanedustajana toiminut lakitieteen kandidaatti nimitettiin Kansaneläkelaitoksen ensimmäiseksi pääjohtajaksi. Rydman siirtyi vuonna 1944 Helsingin ylipormestariksi.



Sosiaalipolitiikan lyhyt oppimäärä: politiikka ja sairausvakuutus Suomessa

Suomalaisen sairausvakuutuksen poliittinen syntyhistoria on omintakeinen.

Sairausvakuutuksen syntyhistoria on tyypiesimerkki sosiaaliturvan rakentamisesta Suomessa. Jo alun alkaen oli kiistaa siitä, lähdetäänkö liikkeelle palkkatyöläisille tarkoitetusta työväenvakuutuksesta vai koko väestön kattavasta kansanvakuutuksesta. Edellistä linjaa ajoivat sosialidemokraatit – jotka olivat eduskunnassa kaikkein innokkaimpia sairausvakuutuksen puolestapuhujia – ja jälkimmäisen vankin kannattaja oli Maalaisliitto. Muut puolueet asemoituivat näihin linjoihin. Puolueiden välillä oli kiistaa myös siitä, toteutetaanko ensiksi sairaus- vai eläkevakuutus. SDP ajoi sairausturvaa, Maalaisliitto eläkkeitä.

SAIRAUSVAKUUTUS TULI POLIITISELLA agendalla vahvasti 1927, kun Väinö Tannerin sosialidemokraattinen vähemmistöhallitus teki asiasta hallituksen esityksen. Esitys rakentui laajalle palkansaajavakuutukselle. Vakuutus olisi hoidettu sairauskassojen kautta. Kokoomus vastusti esitystä viitaten valtiontalouden heikkoon tilaan. Maalaisliiton edustajat taas eivät voineet hyväksyä lakia, koska maalaisväestö olisi jäänyt lain ulkopuolelle. Tannerin esitys äänestettiin lepäämään yli vaalien, ja se raukesi.

Myöskään Tuomiojan virkamieshallituksen esitys palkansaajavakuutuksesta vuonna 1954 ei tuottanut tulosta. Useat komiteat kävivät kuitenkin valmistelemaan lakia. Ahti Karjalaisen porvarillinen enemmistöhallitus jätti marraskuussa 1962 eduskunnalle esityksen sairausvakuutuslaiksi. Vakuutus ehdotettiin keskitettäväksi Kansaneläkelaitokseen. Lakiesitys sai enemmistön taakseen, ja sairausvakuutuslaki tuli etuuskien osalta voimaan 1.9.1964. Suomi oli viimeinen kehittynyt Euroopan maa, joka sai sairausvakuutuksen.

Lakiin sisältyi työtulovakuutus, äitiyspäiväraha ja hoitokorvaukset. Työtulovakuutuksessa päiväraha jakautui vähimmäis- ja ansio-
päivärahaan eli työtulokorvaukseen. Edellinen takasi tulonsiirron

myös palkatonta työtä tekeville (ns. avustaville perheenjäsenille ja kotitaloustyötä tekeville) ja heijasti Maalaisliiton linjaa. Ansiosidonnainen osuus taas heijasti palkansaajapuolueiden – SDP, liberaalit ja Kokoomus – intressejä. Etuuskien tasoltaan vakuutus oli kansainvälisesti keskimääräinen. Sen sijaan kattavuudeltaan, ts. kenelle päivärahaa maksettiin, se oli kenties maailman universaalein.

EDELLÄ KUVATTU POLIITTINEN historia tulee kiinnostavasti esiin myös tarkasteltaessa, miten etuudet ovat eri hallituskausilla kehittyneet. Vuodesta 1964 vuoteen 2010 vähimmäispäiväraha nousi reaalisesti 2,9 %:n vuosivauhdilla. Keskustavetoisten hallitusten aikana nousuvauhti oli 6,1%. Demareiden kipparoimien hallitusten aikana vastaava luku oli 0,6 % ja Kokoomuksella 3,0%. Minimipäivärahalla on ollut jostain syystä taipumusta nousta nopeimmin vaalivuosina (9,2 %).

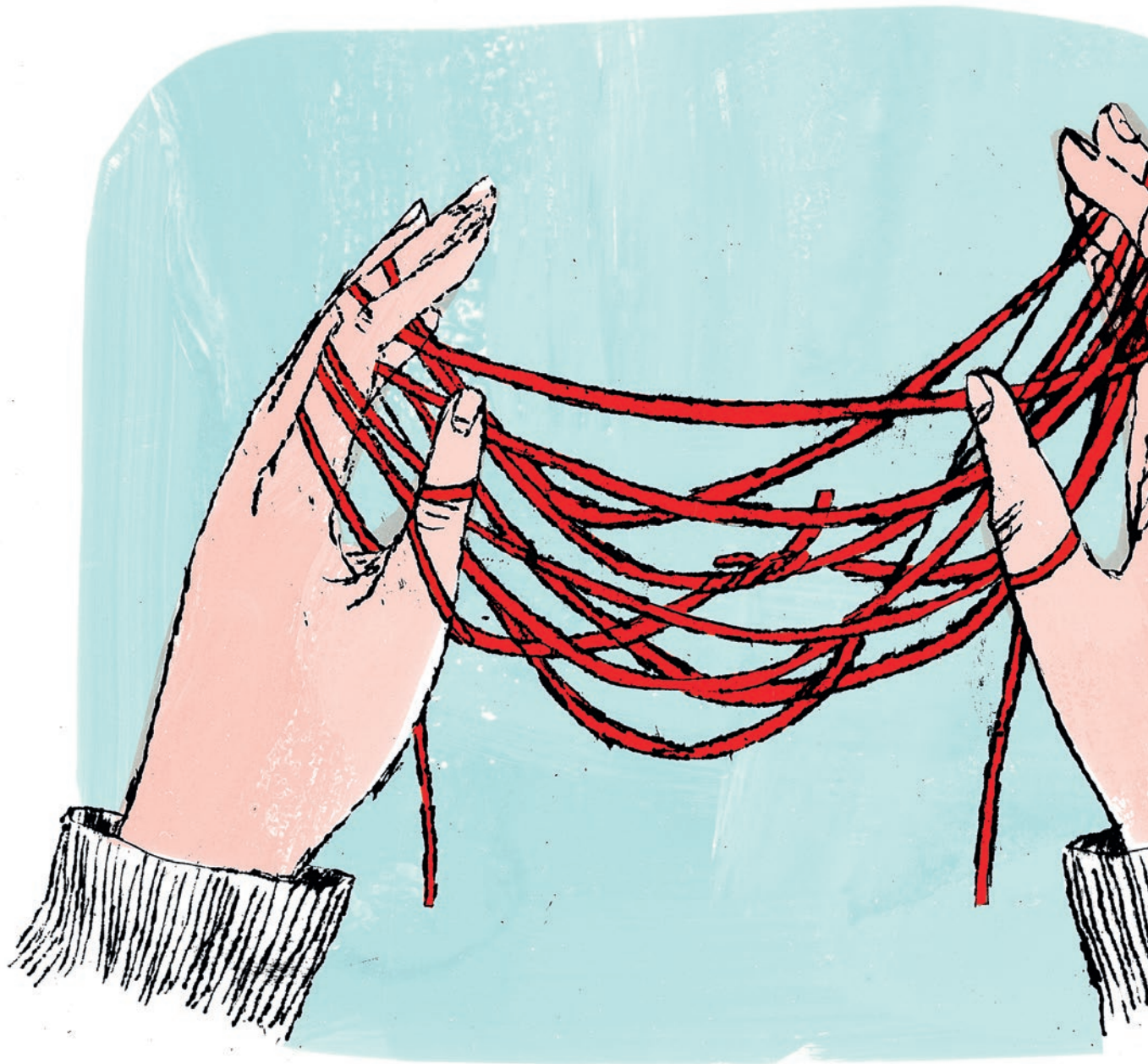
Keskivertopalkansaajalle tulevan ansiopäivärahan vuosimuutos keskustahallinnon kaudella on ollut negatiivinen (-2,0 prosenttiyksikköä vuodessa). Kokoomuksen saavutus on -0,1 prosenttiyksikköä. Sairausvakuutuksen työtulo-osuus on kehittynyt nopeimmin SDP-johtoisten hallitusten aikana (1,6 prosenttiyksikköä vuodessa). Ansioetuksissa vaalitäkylukinta ei toimi, mikä johtuu siitä, että ansiosidonnaisten etuuskien kehitykseen vaikuttavat monet muutkin kuin suoraan politiikan alaiset tekijät. Kaikkiaan numeerinen tarkastelu tukee varsin hyvin poliittisen historian hahmottamaa 'suurta kertomusta'.

Suomalainen sairausvakuutus on kansainvälisesti katsottuna varsin omaleimainen, mikä heijastaa vakuutuksen omintakeista poliittista syntyhistoriaa. Poliitiikalla on ollut vaikutusta. Myös sairausvakuutuksen tuleva kehitys riippuu pitkälti siitä, millaiset hallituskoalitiot sitä lähivuosina uudistavat. ■

Olli Kangas

Kirjoittaja on Kelan tutkimusosaston osastopäällikkö.

*Vähimmäis-
päivärahalla on
ollut taipumusta
nousta nopeimmin
vaalivuosina.*



EU-maiden sähköiseen tiedonvaihtoon siirtyminen teettää työtä

Olemme päässeet töihin vuoden myöhässä, kertoo projektipäällikkö Marjaana Hirviniemi.

Kelan tietohallinto-osastolla riittää tänä keväänä töitä. EESSI-projekti olisi saatava vuodessa siihen kuntoon, että EU-maiden väliseen sähköiseen tietojenvaihtoon voidaan siirtyä vaaditusti 1.5.2012.

EESSI koskee Suomessa Kelan lisäksi noin kahtasataa muutakin laitosta, mutta noin puolet ulkomaisesta tietojenvaihdosta käydään Kelan ja vastaavien eurooppalaisten sosiaaliturvalaitosten välillä. Sik-

si on luonteavaa, että Suomessa Kela koordinoi hanketta ja vastaa yhteyspisteen eli Access Pointin rakentamisesta Suomeen.

Suomi on yksi hankkeen pilottimaista, joten Kela on päässyt testaamaan uutta järjestelmää ensimmäisten joukossa.

”Olemme saaneet Access Pointin asennettua ja yhteyden komission palvelimeen. Mutta sieltä ei ole vielä saatu yhteyttä tänepäin”, projektipäällikkö Marjaana Hirviniemi kertoo.

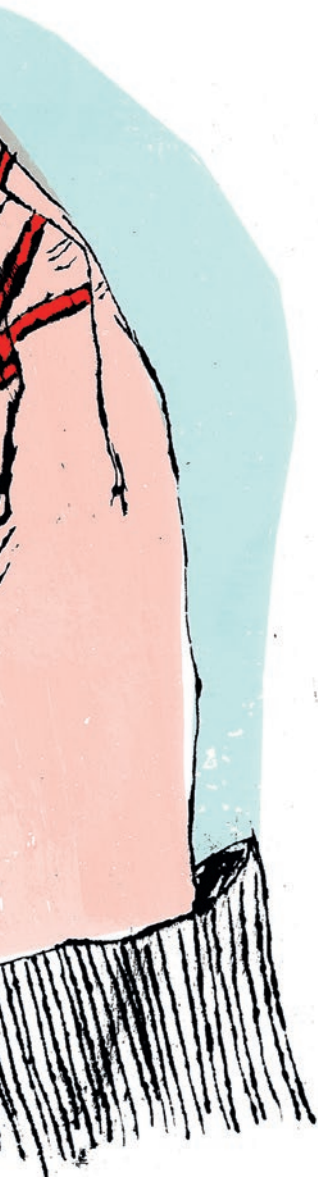
Ensivaikutelma on, että komissiolla ja Sie-

mensillä riittää vielä töitä.

”Siinä on 50 avointa virhettä. Osa niistä on aika isoja.”

Hirviniemen mukaan työtä ei ainakaan helpota, että kiireisen aikataulun lisäksi käytössä on Kelalle aivan uusi, vapaaseen lähdekoodiin perustuva alusta.

Siemensin suunnittelemassa EESSI-kokonaisuudessa tieto liikkuu tietovirtoina, jotka sisältävät yhden tai useamman SEDin eli sähköisen asiakirjan. Tarkoitus on integroida suurimmat kansalliset järjestelmät



EESSIin, jolloin asiakirjat liikkuisivat maasta toiseen luotettavasti ja nopeasti.

Osalle järjestelmä on vain kirjoituskone

Vuonna 2008 projektiin mukaan tullut Hirviniemi kertoo, että komission ja Siemensin työ on vuoden myöhässä siitä, mitä Kelassa alun perin suunniteltiin.

Ikävintä on ollut tuore huomio siitä, että järjestelmän keskeinen työkalu ja käyttöliittymä Webic on riittämätön. Webicillä pitäisi hallita tietovirtoja ja SEDejä, mutta nyt SEDejä ei saada siirrettyä Access Pointista kansallisiin järjestelmiin ja toisinpäin ilman, että se vaatisi erittäin suuren työn.

”Osa toimijoista käyttää EESSIä vain kirjoituskoneena.”

Komissio onkin alkanut tutkia, voitaisiinko Webic avata. Tällöin omista järjestelmistä saataisiin tietoja suoraan SEDeihin ja kansalliset järjestelmät voisivat käyttää hyväkseen Webiciin rakennettua tietovirtojen ja SEDien hallintaa eikä niiden tarvitsisi toteuttaa tätä toiminnallisuutta omiin järjestelmiinsä. Se helpottaisi sekä käsitteittäjäitä että integroitavia järjestelmiä.

Selvitystyö kuitenkin viivästyttää kussakin maassa integroitavien järjestelmien rakentamista.

Lisäksi osa suomalaisista toimijoista on niin pieniä, että ne käyttävät Webiciä ainoastaan ikään kuin kirjoituskoneena. Vain Kela ja Eläketurvakeskus aikovat integroida osan järjestelmistään EESSIin.

”Tällaisenaan Webic on selvä takapakkientiseen verrattuna.”

Käsitteittäjät joutuvat ainakin aluksi täyttämään SEDejä käsin naputtelemalla. Kun ne saadaan integroitua, työ onneksi helpottuu.

Parhaimmillaan tiedonvälityksen pitäisi maiden välillä nopeutua. Pääsy sähköiseen tiedonvaihtoon siirtymiseen on nimenomaan asiakaspäätösten nopeutumisen. Käytännössä Kelassa tai muissa virastoissa asioivat eivät kuitenkaan ainakaan aluksi huomaa muutosta.

Kaikki sanomat tallennetaan

EESSIin liittyy Access Pointin lisäksi muitakin isoja järjestelmiä, kuten EESSI-sanomarekisteri, jonne kaikki lähteneet ja saapuneet sanomat tallennetaan. Master Directory-laitostietokanta, josta löytyvät kaikkien maiden toimivaltaisten laitosten yhteystiedot ja etuusluokat, joilla laitos on toimivaltainen, on ollut käytössä jo viime vuoden toukokuusta asti. Se sijaitsee komission palvelimella, mutta ajantasaiset tiedot päivittyvät joka yö jäsenmaiden Access Pointeihin.

Lisäksi kokonaisuuteen kuuluu PAI eli kansalaisen käyttöliittymä, jonka kautta pääsee katsomaan eri maiden laitosten tietoja eli Master Directoryssa olevia tietoja.

”Se ei ole minusta kyllä kauhean helppokäyttöinen”, Hirviniemi sanoo.

Enemmän kuin kansalaisille siitä lienee hyötyä käsitteittäjille, jotka voivat sanoman

lähettämistä varten tarkistaa sieltä jonkin maan oikean viranomaistahon. Haasteista huolimatta Marjaana Hirviniemi on varovaisen toiveikas.

”Kansalliset Access Pointit saadaan ajoissa tehtyä ja Webicin avulla selvitetään etuusjärjestelmien integrointiin asti.” ■

Ilona Hietanen



Projektipäällikkö Marjaana Hirviniemi Kelan tietohallinto-osastolta tekee parhaansa virittääkseen EESSIn toimintakuntoon toukokuuhun 2012 mennessä.

EESSI – Electronic Exchange of Social Security Information

▶ 1.5.2010 voimaan tulleen asetuksen mukaan EU-jäsenvaltioiden sosiaaliturvalaitosten välinen tietojenvaihto muuttuu kahden vuoden siirtymäajan jälkeen sähköiseksi.

▶ EU rakentaa järjestelmän kansainvälisen osan ja jäsenvaltiot sen kansallisen osan. Suomessa Kela koordinoi EESSIksi kutsuttua hanketta.

▶ Tietojenvaihto jäsenvaltioiden välillä tapahtuu yhteyspisteiden (Access Point) kautta. Kela rakentaa Suomeen yhden Access Pointin, jonka kautta kaikki Suomeen lähtevät ja Suomeen saapuvat sähköiset sosiaaliturvatiedot kulkevat.

▶ Kelan osuus tietojenvaihdosta on noin 50 %, Eläketurvakeskuksen noin 40 %, ja loput 10 % jakautuvat muiden laitosten kesken. Tietojenvaihto toteutetaan rakenteilla sähköisillä asiakirjoilla (SED eli Structured Electronic Documents).

▶ Asiakkaan näkökulmasta järjestelmän tavoitteena on nopeuttaa kansainvälisten etuushakemusten käsittelyä.

Vastaanoton ovi on avoinna Eurooppaan

Potilaiden liikkuvuus- ja terveystalvudirektiivi tuo lisää
kansainvälistä vapautta ja kansallisia kysymyksiä.

TEKSTI Mikko Penttilä KUVAT Nana Uitto, Vesa Ranta

Eurooppalaisten potilaiden vapaus valita hoitopaikkansa mistä tahansa EU:n alueelta varmistui, kun Euroopan parlamentti ja ministerineuvosto saavuttivat yhteisymmärryksen direktiivistä potilaiden oikeuksien soveltamiseksi rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Direktiivin mukaan potilaalla on oikeus hakea sairaanhoitoa muista EU-maista ja saada näistä hoitokustannuksista jälkikäteen korvaus, samoin kuin jos kustannukset olisivat syntyneet kotimaassa.

”Jos hoito on potilaille tarpeellista, ei ole merkitystä sillä, missä maassa tämä hoito tai palvelu annetaan”, tiivistää pääsuunnittelija **Noora Heinonen** Kelan terveysosastolta.

EY-tuomioistuin on 90-luvulta saakka ratkonut potilaiden hoitoihin ja korvauksiin liittyviä ongelmia tapaus kerrallaan, joten selkeitä pelisääntöjä on ehditty jo odottaa.

”Tähän suuntaan meneviä EU:n ministerineuvoston päätöksiä ja Euroopan parlamentin lausuntoja on ollut oikeastaan koko 2000-luvun ajan”, Heinonen kertoo.

Vaikka suunta on ollut selvillä, oli Heinosen mukaan tärkeää saa-

da EU-tasolla yhtenäinen säännöstö aikaan. Direktiivi luo yksityiskohtaisempaa oikeusperustaa EU-tasolla ja ohjaa EY-tuomioistuimen ratkaisukäytäntöä. Toisaalta direktiivi pakottaa jäsenvaltiot noudattamaan sääntöjä ja siten vahvistaa potilaiden oikeuksia.

”Nyt poliittisesti sovittu teksti vahvistetaan vielä muodollisesti kevään aikana. Jäsenvaltioilla on kaksi ja puoli vuotta aikaa implementoida direktiivi kansallisella lainsäädännöllä. Direktiivin säännöksiä pitää siis noudattaa viimeistään loppuvuonna 2013.”

Ulkomaanhoitojen kustannuksia korvataan jo nyt

Direktiivin nojalla potilas maksaa hoitokustannukset ensin itse ja hakee jälkikäteen korvauksia kotimaansa järjestelmän

mukaisesti. Jos ostettu hoito on sellaista, joka kotimaan säännösten mukaan on korvattavaa, potilaalla on oikeus samaan korvaukseen kuin jos kustannus olisi syntynyt kotimaassa.

Ei silti ole aivan yhdentekevää, päätyykö ulkomaisen lääkärin vastaanotolle pakon sanelemana kesken lomamatkan vai hakeutuuko sinne tietoisesti.

Hoito ulkomailla
oikeuttaa samaan
korvaukseen
kuin kotimaassa.



Jo nykyisin äkillisen sairastumisen tilanteessa potilas on EU- ja Eta-maissa sekä Sveitsissä aina oikeutettu eurooppalaisella sairaanhoitokortilla hoitoon samoin kustannuksien kuin paikallisten asukkaat. Jos suomalaispotilas joutuu äkillisen sairastumisen tilanteessa ulkomailla itse maksamaan kaikki hoitokustannukset, saa hän Kelasta jälkikäteen sairaanhoitokorvauksia – kuten jos kustannukset olisivat syntyneet Suomessa yksityisessä terveydenhuollossa tai apteekissa. Vastaava pätee, jos äkillisen sairaanhoidon tarpeesta syntyy kustannuksia muualakin kuin Euroopassa.

Jos taas suomalaispotilas hakeutuu ulkomaille varta vasten saamaan hoitoa, pätevät eri kriteerit.

Tietyissä tilanteissa potilas voi saada Kelasta ennakkoluvan ulkomailla annettavaa hoitoa varten. Tällöin potilaan ei tarvitse maksaa itse hoitokustannuksia, vaan ne maksaa ensin Kela luvan myöntäjänä. Kela laskuttaa kustannukset potilaan omalta sairaanhoitopiiriltä. Ennakkolupa on rinnasteinen tilanteeseen, jossa potilas olisi saanut sairaanhoitoa Suomen julkisessa terveydenhuollossa.

”Ennakkolupa voi tulla kyseeseen, jos esimerkiksi harvinaiseen sairauteen ei ole saatavilla tiettyä lääketieteellisesti perusteltua hoitoa Suomessa. Tai potilaan tarvitsemaa hoitoa ei pystytä Suomen julkisessa terveydenhuollossa antamaan hoitotakuun aikarajoissa. Näitä tapauksia on aika vähän”, Heinonen kertoo.

Suomalaispotilaat voivat hakeutua ulkomaille hoitoon myös ilman ennakkolupaa, oma-aloitteisesti. Jos hoitokustannuksia syn-

Korvauksen perusteet ovat samat Suomessa ja ulkomailla.

tyy EU- tai Eta-maassa tai Sveitsissä, voi näihinkin saada Kelasta jälkikäteen sairaanhoitokorvauksia.

”Näitä tilanteita on jo nyt kohtuullisen paljon, kun potilaat hakeutuvat vaikkapa hammashoitoon lähimaihin. Korvausta maksetaan kuitenkin vain, jos potilaalle annettu hoito olisi ollut tarpeellista vastaavassa tilanteessa Suomessa. Sellaisia hoitokustannuksia, joita ei Suomessa vastaavassa tilanteessa korvattaisi, ei korvata myöskään vaikka ne olisivat syntyneet ulkomailla.”

Yksi esimerkki ovat laihdutusleikkaukset. Niissä potilaan painon on ylitettävä tietty raja-arvot, jotta operaatioon ryhdytään. Joissakin maissa raja-arvot ovat kuitenkin matalammat kuin Suomessa, ja sinne matkustetaan leikkauksiin. Jos potilas menee

leikkaukseen tällaiseen maahan, hänen on maksettava kaikki kustannukset, koska hän ei Suomessa täytä hoidon kriteerejä.

leikkaukseen tällaiseen maahan, hänen on maksettava kaikki kustannukset, koska hän ei Suomessa täytä hoidon kriteerejä.

Millaisia korvauksia potilaalle tulevaisuudessa?

Vaikka direktiivin on määrä tuoda kaivattua selkeyttä monimutkaiseen säännöstöön, yksittäisten maiden kannalta terveyspalvelujen hakeminen, ostaminen ja korvaaminen voi jatkossakin olla haasteellista.

”Meillä Suomessa iso kysymys on se, minkä mukaan ulkomailla syntyneitä sairaanhoidon kustannuksia pitäisi korvata: julkisen terveydenhuollon kustannusten mukaan vai sairausvakuutuslain mukaan”, Heinonen sanoo.

”Korvauksen määrä saattaa näiden välillä olla hyvinkin erilainen. Jos joku käy vaikka lonkkaproteesileikkauksessa ja saa sairausvakuutuslain nojalla korvauksen Kelasta, siitä jää vielä melkoinen summa itse maksettavaksi. Jos taas näitä kustannuksia korvataan kuten jos hoito olisi annettu Suomen julkisessa terveydenhuollossa, potilaalle jäisi itselleen maksettavaksi vain asiakasmaksun osuus. Potilaan ja myös korvausten maksajan näkökulmasta puhutaan siis ihan eri summista”, Heinonen muistuttaa.

Suomalaisissa oikeusistuimissa on jo puitu tapauksia, joissa ulkomaille hoitoon hakeutunut tai siellä äkilliseen hoidontarpeeseen joutunut potilas on tulkintansa mukaan oikeutettu saamaan saman korvauksen kuin hän olisi maksanut Suomen julkisessa terveydenhuollossa. Nykyinen säännöstö ei ole potilaan tai korvausten toimeenpanijankaan kannalta selkeä.

”Tällaisia tilanteita tulee varmasti jatkossa lisää, varsinkin jos hoitojonot Suomessa ovat pitkiä. Ihmiset katsovat, että heillä on oikeus hoitoon. Jos sitä ei Suomessa pystytä järjestämään, he menevät muualle ja hakevat jälkikäteen korvauksia.”

Asia on merkittävä sekä Suomen valtiolle että kunnille. EY-tuomioistuimen linja on selvä, potilas on aina oikeutettu korkeimpaan korvaukseen. Direktiivin tarkoitusta voi Heinosen mukaan siksi nykyisellään tulkita siten, että suomalaispotilas olisi oikeutettu jälkikäteen korvaukseen julkisen terveydenhuollon asiakasmaksun mukaisesti.

”Tällä hetkellä – ilman kansallista lainsäädäntöä – pidän mahdollisena, että direktiivin nojalla haetut hoitokustannukset tulisivat julkisen terveydenhuollon asiakasmaksujen mukaisesti korvattaviksi. Linjaamatta on, tarkoittaako se korvausta valtion vai kotikunnan rahoista. Kansallisen lainsäädännön onkin otettava selkeä kanta siihen, minkä mukaan ulkomailla syntyneitä sairaanhoitokustannuksia jatkossa korvataan.”

Mietintää aiheuttaa myös maamme melko ainutlaatuinen terveydenhuoltojärjestelmä. Suomessa sekä asumisperusteinen (julkisen terveydenhuolto) että vakuutusperusteinen (Kela-korvaukset) järjestelmä toimivat samanaikaisesti rinnakkain. Heinosen mukaan tämä aiheuttaa paljon pohdittavaa ulkomailla syntyneiden sairaanhoitokustannusten korvaamisessa.

Terveysturistien ryntäystä tuskin tulossa

Vaikka potilaiden liikkuvuus tulee olemaan rajoista vapaata, mitään ryntäystä Suomesta tai Suomeen ei Kelan pääsuunnittelija Noora Heinosen mukaan ole odotettavissa. Matkaa on, ja melkein aina on meri vastassa. ”Varmasti on sellaisiakin, jotka hakeutuvat ulkomaille hoitoon joka tapauksessa. Voisi olettaa, että jokin yksittäinen kirurginen toimenpide saisi potilaita matkustamaan. Toisaalta, mikään pitkäkestoinen hoito ulkomailla tuskin houkuttelee monia.”

Heinonen erottaa kolme ryhmää, jotka ovat todennäköisesti muita valmiimpia hakemaan ulkomailta hoitoa. Ensinnäkin sellaiset, jotka ovat alkuperältään muita kuin suomalaisia. Sairauden yllättäessä moni halunee saada hoitoa omalla kielellä, omassa kulttuurissa ja lähellä sukulaisia.

Toiseksi on joukko, joka muutenkin matkustaa paljon. Heille oleskelu ulkomailla on arkipäivää. Kun on kielitaitoa, varallisuutta ja kokemusta matkustelusta, voi hakea hoitoakin mistä tahansa.

Kolmas ryhmä ovat sellaiset ikääntyneet, joiden lapset ovat muuttaneet pois maasta. Vanhuudenkremppoja voi lähteä parantelemaan sinne, missä jälkikasvu on.

Suomeen terveysturisteja varmasti tulee, mutta tuskin laivalas-teittain. Sairaanhoidon taso on korkea, mutta toisaalta on välimatkaa muihin Euroopan maihin. Lisäksi kielimuuri voi tulla esteeksi.

”Jos on varaa maksaa yksityisestä hoidosta, tulee ehkä helpommin lähdettyä lähemmäksi paikkaan, jossa ympärillä on samaa tai edes tuttua kieltä puhuvia. Suomi tuskin on monillekaan tällöin ykkösvaihtoehto”, Heinonen toteaa.

”Todennäköisin Suomesta kiinnostunut ryhmä ovat ulkomailla asuvat, alkuperältään suomalaiset, jotka ehkä haluaisivat tulla saamaan hoitoa tuttuun järjestelmään omalla äidinkielellään.”

Tornionjokilaaksossa täyttätotta jo vuosikymmenet

Jos haluaa nähdä, miten terveyspalveludirektiivin takaama eurooppalainen vapaus toteutuu käytännössä, kannattaa katsahtaa Suomen ja Ruotsin Lappiin.

Kun **Seppo Lantto** ajaa valtakunnan rajan yli Tornioista Haaparantaan, astelee Fysiotekin ovesta sisään saamaan selkäkipuunsa hoitoa ja jonkin ajan kuluttua saa Kelalta takaisin osan maksamastaan käynnistä, hän ei tee sitä siksi, että tällainen uusi mahdollisuus olisi nyt direktiivin ansiosta avautunut, vaan siksi että Tornionjokilaaksossa on aina tehty niin.

Tai ainakin 29 vuotta. Niin kauan on Fysiotekin omistaja **Ritva Angeria** hoitanut potilaitaan rajan molemmin puolin.

”Ensimmäinen suomalainen, jonka kulut Kela korvasi täällä Ruotsin puolella annettusta hoidosta, minulla oli vuonna 1983. Siis melkein heti kun avasin toimipisteen”, Angeria nauraa.

Angeria on suomalainen, mutta asuu ja omistaa yrityksen Haaparannassa. 30 neliön yksöstä Fysiotek on kasvanut kymmenisen ihmistä työllistäväksi palveluyritykseksi, joka tarjoaa mm. fysioterapiaa ja hierontaa.

”Kiva, että voi tulla tänne lähelle, eikä tarvitse lähteä vain rajan takia kauemmas, vaikkapa Ouluun”, Lantto kiittelee.

Selkävivun yllätettyä Lantto ei tiennyt mahdollisuudesta mennä hoitoon myös Ruotsin puolelle. Vaimo sen sijaan oli kuullut asiasta ja lääkäri totta kai myös.

”Lääkäri katsoi, että nyt tarvitaan osavaa fysioterapeuttia, joten hän laittoi lähteen tänne.”

”Tämä on aika tyypillistä. Olen tiiviissä yhteistyössä lääkäreiden kanssa, ja minulle ohjautuu paljon työikäisiä selkäpotilaita. Selkä on minulle sydämenasia”, itsekin kaksi selkäläikkäistä läpikäynyt Angeria sanoo.

Kolmen käynnin jälkeen Lanton ranka on



Selkä kuntoon ulkomailta. Seppo Lantto on yksi niistä monista suomalaisista, jotka hakevat palveluja Haaparannan puolelta.



Kohta kolmekymmentä vuotta terveydenhoitoa yli rajojen. Ritva Angeria on hoitanut suomalaisia Ruotsissa ja ruotsalaisia Suomessa jo kauan ennen kuin Euroopan unionia oli olemassakaan.

jo parempi ja vuorossa on itsehoitoa. Liikkuvuutta ja keskivartalon hallintaa hankitaan lisää Angerian ohjeiden mukaan.

Kohta Lanton postiluukusta tipahtaa myös LASKU annettusta hoidosta. Taksa on 60 euroa tunnilta. Lantto maksaa sen ja hakee sitten Kelalta korvausta.

Naapurimaiden yhteistyö sujuu täällä vuosikymmenien kokemuksella. Kun ollaan kaukana isoista keskuksista ja palveluja on rajatusti, niitä on järkevää yhdistellä – vaikka joku raja välissä kulkisikin.

”Minä olen kasvanut tässä rajalla, jota ei tavallaan ole koskaan ollut olemassakaan. Siihen tottuu pienestä pitäen, samoin kuin kaksikielisyteenkin. Täällä raja on näkymä-

tön”, Angeria kuvailee.

Itse asiassa EU:hun liittymisen vuoksi tilanne muuttui hetkeksi: yhtäkkiä toisella puolella aiheutuneita sairaanhoitokuluja ei enää korvattukaan.

”Potilaat rupesivat sanomaan, että korvauksia ei enää myönnetä. Eikä kukaan tiennyt, miksi. Otin lakimieheen yhteyttä, ja asiasta tehtiin eduskuntakyselykin, mutta ei se mitään muuttanut”, Angeria muistelee.

EU:hun liittyminen tiesi siis takapakkia. Parin vuoden kuluttua tilanne kuitenkin taas muuttui, ja kaikki palasi ennalleen. Ihmiset ja palvelut pääsivät liikkumaan Tornionjokilaaksossa taas vapaasti, kun EU:kin ehti pykälineen perässä.

”Kansainvälisissä tilanteissa ei ole mahdollisuutta kiinnittää potilaan oikeutta korvauksiin tai korvausmäärien suuruutta palvelun tuotantotapaan. Kansallista lainsäädäntöä ei siksi kansainvälisissä tilanteissa pysty kiinnittämään sellaiseen ajatukseen, että täältä korvataan julkisia palveluja ja tuolta toisaalta yksityisiä. Euroopassa ja muuallakin maailmassa samat palveluntuottajat voivat antaa sekä yksityisiä että julkisia palveluita. Toisaalta myös kohdemaan, vaikkapa Saksan tai Italian, lääkäriasema voi samanaikaisesti olla sekä yksityinen palveluntuottaja ja kuitenkin kuulua maan lakisääteeseen – julkiseen – sairausvakuutusjärjestelmään.”

Vetovoimaa suomalaisille terveyspalveluille?

Vaikka muista EU-maista tulevia potilaita on kohdeltava terveydenhuollossa samoin kuin oman maan kansalaisia, ei direktiivi

Heinosen mukaan velvoita ottamaan potilaita vastaan.

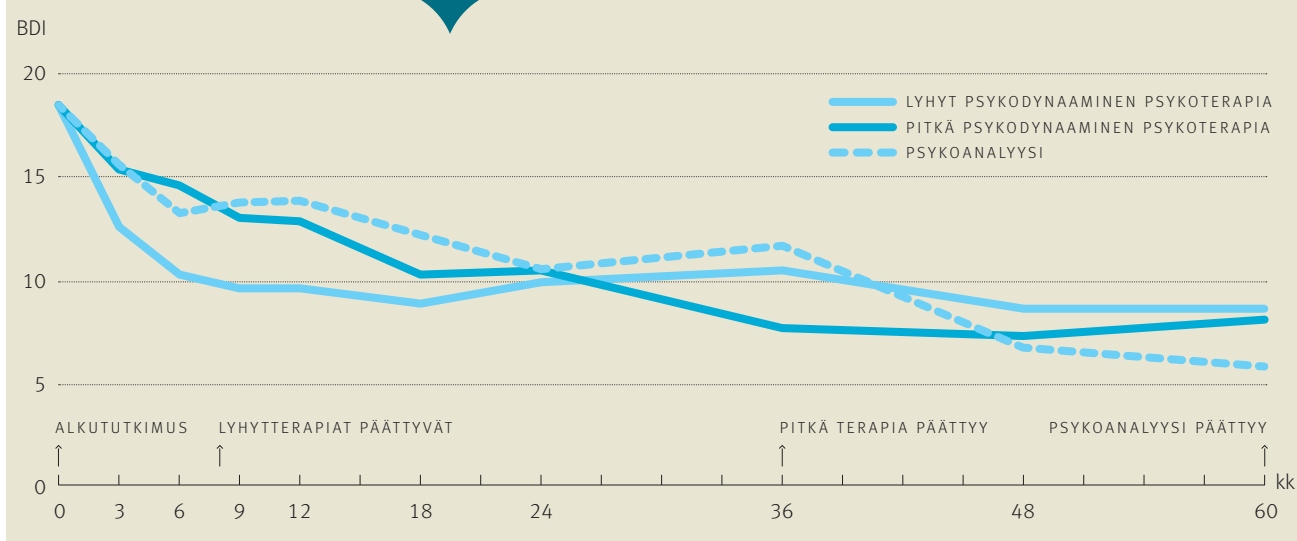
”Tosiasiassa EU-tasolla ei ole toimivaltaa sosiaaliturvalainsäädännön näkökulmasta terveyspalveluihin, sillä ne kuuluvat jäsenmaiden itsenäiseen toimivaltaan, Heinonen selittää.

”Suomen julkinen terveydenhuolto päättää kuitenkin jatkosakin täysin itsenäisesti, ottaako se ulkomailta potilaita hoitoon – sellaisia, joilla ei ole sairaanhoito-oikeutta kansallisen, EU- tai muun kansainvälisen lainsäädännön mukaan.”

Jos julkinen terveydenhuolto kuitenkin päättää ottaa potilaan vastaan, sen on asetettava tämä potilas tismalleen samaan asemaan kuin suomalainen potilas vastaavassa tilanteessa. Käytännössä tämä tarkoittaa kotikuntalaisten kanssa samoja hoitojonoja sekä samoja lääketieteellisiä ja muita hoitoon liittyviä menettelyjä. ■

MASENTUNEISUUS (BDI) 5 VUODEN SEURANNASSA TERAPIARYHMITÄIN

(Knekt ym. 2011)



Psykoterapiatutkimus jatkuu THL:ssä

Helsingin Psykoterapiatutkimus kokosi ainutlaatuisen 10 vuoden seuranta-aineiston eri terapiamuotojen vaikuttavuudesta.

**PAUL KNEKT, MAARIT LAAKSONEN
JA OLAVI LINDFORS**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

MIELIALA- JA AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖT

ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä, jotka aiheuttavat paitsi subjektiivista kärsimystä myös yhä kasvavia kustannuksia yhteiskunnalle. Vuosittaiset kokonaiskustannukset ovat yli miljardi euroa. Erityisesti masennushäiriöt aiheuttavat yhä enemmän työ- ja toimintakyvyttömyyttä: vuosittain noin 200 000 suomalaista sairastaa masennusta, 400 000 käyttää masennuslääkkeitä ja masennuksesta aiheutuu yli 30 000 sairauspäivärahaa. Mielenterveyden häiriöihin liittyvän hoidon ja kuntoutuksen tarve on lisääntynyt merkittävästi viimeisten 15 vuoden aikana – esimerkiksi kuntoutuspsykoterapiaan ohjattujen määrä on yli kolminkertaistunut.

KELASSA HAVAITTIIN JO 1990-luvun alkupuolella kuntoutuspsykoterapioiden kysynnän kasvu. Samalla todettiin tarve tutkia erilaisten psykoterapioiden vaikutuksia hoito- ja kuntoutuskäytäntöjen kehittämiseksi. Helsingin Psykoterapiatutkimus aloitettiin vuonna 1994 Kelan tukemana. Siinä verrataan ensimmäistä kertaa kliinisessä kokeessa lyhyiden ja pitkien psykoterapioiden

vaikuttavuutta ja riittävyttä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa.

Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 367 avohoitoapotilasta Helsingin seudulta. Heistä 326 potilasta satunnaistettiin lyhyeen voimavaruus- ja tautuneeseen terapiaan, lyhyeen psykodynaamiseen psykoterapiaan tai pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan. Loput 41 potilasta ohjautuivat oma-aloitteisesti psykoanalyyysiin. Potilaiden vointia arvioitiin kattavasti eri näkökulmista sekä hoidon että seurannan aikana.

TUTKIMUKSEN VIIDEN VUODEN seuranta osoitti, että lyhyiden ja pitkien psykoterapioiden vaikutukset psykiatrisiin oireisiin ja työkykyyn ilmenivät eri aikoina. Potilaiden oireiden määrä oli pienimmillään ja työkyky parhaimmillaan kunkin hoidon päättyessä; lyhyiden terapioiden noin puolen vuoden, pitkän terapian noin kolmen vuoden ja psykoanalyyysin noin viiden vuoden jälkeen terapian aloittamisesta (kuvio).

Viiden vuoden seurannan kohdalla tulokset osoittivat, että oireiden vähenemisessä vain psykoanalyyysi, mutta työkykyyn parantumisessa myös pitkä psykoterapia, olivat lyhyitä hoitomuotoja vaikuttavampia. Pitkän psykoterapian hoitokustannukset olivat yli kymmenkertaisia lyhyiden terapioiden kustannuksiin verrattuna. Lyhytterapiaan liittyi kuitenkin merkittävästi lisähoidon tarpeita.

Koska osalle potilaista lyhyt terapia oli riittämätön, tulee jatkossa erityisesti kehittää seurantamenetelmiä, joilla nykyistä paremmin pystyttäisiin tunnistamaan ne potilaat, joille lyhyt terapia ei ole riittävä hoitomuoto.

Jatkotutkimusten tavoitteena on saada 10 vuoden seurannassa kattava kuva terapioiden vaikuttavuuden ja kustannusvaikutavuuden eroista sekä selvittää monipuolisesti potilaaseen, terapeuttiin ja terapiapahtumaan liittyviä, hoitomuotojen soveltuvuutta ennustavia tekijöitä.

Kymmenen vuoden aineiston keruuvaiheen päätyttyä vuoden 2010 lopussa tutkimus siirtyi Kelasta THL:lle. Nyt painopisteitä ovat syventävä terapioiden vaikuttavuus-, riittävyys- ja soveltuvuustutkimus sekä terveystaloudellista päätöksentekoa tukeva kehittämistoiminta. Tutkimus tähtää mielenterveyspotilaiden yksilöllisten hoitotarpeiden nykyistä parempaan huomiointiin terveydenhuollossa. Lisäksi edistetään terapiaan soveltuvuuden toimivia arviointikäytäntöjä ja hoitomenetelmien ja terapeuttikoulutusten kehittämistä. ■

Lue lisää ▶ Knekt P, Lindfors O, Laaksonen M. Helsingin Psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportteja 33/2010. www.thl.fi | Julkaisut > Raportit



Arttu Saarinen toimii parhaillaan koti-isänä. Tutkijana hän paneutuu seuraavaksi puolueiden terveydenhoitönäkemyksiin.

Lääkärit torjuvat markkinaimun

Lääkärit eivät halua yksityissektorin valtaavan nykyistä isompaa osaa terveydenhuollosta.

TÄLLÄISEN YLLÄTYSTULOKSEN SAI sosiologi Arttu Saarinen, kun hän tutki lääkäreiden mielipiteitä hyvinvointivaltiota ja sen terveyspolitiikasta. Hän setvi lisäksi Suomen Lääkäriliiton näkemyksiä. Tulokset ovat väitöskirjasta, joka tarkastettiin Turun yliopistossa viime joulukuussa.

Saarinen kiteyttää, että lääkärit eivät halua mullistaa terveydenhuoltoa, vaikkakin toivovat alalle selvästi lisää rahoitusta ja henkilöstöä.

Väitöskirjan aineisto koostuu Suomen Lääkäriliiton julkisista dokumenteista, pääosin vuosilta 1970–2007 sekä vuoden 2007 kyselystä, johon vastasi 1 092 lääkäriä.

Markkinoistumisen jäljillä

Julkinen sektori on ulkoistanut palveluitaan. Yksityistä terveydenhuoltoa ovat kasvattaneet myös vapaaehtoiset sairauskuluvakuutukset, joita etenkin lapsiperheet suosivat. Kun pienokainen sairastuu, hänet vie-

dään tyypillisesti suoraan yksityislääkärille. Tällöin Kela maksaa palkkiosta sairausvakuutuksena noin kolmasosan.

Saarinen paneutui tutkimuksessaan niin sanottuun markkinoistumiseen. Se tarkoittaa julkisesti järjestettyjen palveluiden tehostamista esimerkiksi uudenaikaisilla toimintatavoilla tai yksityistämällä.

Näkyvimmin lääkäreiden vastauksia selitti heidän poliittinen suuntautuneisuutensa. Oikeistolaisimmat yksityislääkärit halusivat selvemmin markkinalähtöistä terveydenhuoltoa. Julkista sektoria puolsivat erityisesti vasemmistoa äänestävät terveyskeskuslääkärit.

Keskimäärin lääkärit torjuvat yksityisen sektorin vahvistamisen jopa jyrkemmin kuin muut korkeakoulutetut tai hyvätuloiset.

Saarinen selittää asennetta historialla, sillä meillä lääkärit on totuttu näkemään julkisen sektorin työntekijöinä. Kouluttautu-

mismahdollisuuksiensa ansiosta lääkäreillä on vakainainen työpaikka, vakaat tulot ja mahdollisuudet kehittyä työssään.

”Yksityisellä lääkäriasemalla on suuret taloudelliset riskit, sillä sen on tarkoitus tuottaa voittoa”, Saarinen huomauttaa.

Ei yksin sektorijako

Terveydenhuollossa sektorit sekoittuvat. Päätoimisista julkisen sektorin lääkäreistä lähes kolmasosa tekee sivutoitua yksityisellä sektorilla.

”Sektorijako ei ole lääkäreille niin tärkeä kuin esimerkiksi hyvä johtaminen”, Saarin täydentää.

Hän viittaa siihen, että työhyvinvoinnissa voi olla isoja eroja jo suuren sairaalan yksiköiden välillä.

”Nykyisellä järjestelmällä on lääkärien tuki myös lähivuosisikymmeninä.”

Nuorten lääkärien käsitykset eivät juuri eronneet muista. Saarinen päättelee, että nykyisellä järjestelmällä on lääkärien tuki myös lähivuosisikymmeninä.

Lääkäreitä kovempi liitto

Arttu Saarinen havainnoi Lääkäriliiton arvioineen 1970-luvulla, että julkinen valta tavoittelee liian kattavaa terveydenhuoltojärjestelmää. Lääkäriliitto kuitenkin taipui, kun julkinen sektori laajeni.

Toisaalta Lääkäriliitto on vuosikymmeniä vaatinut yksityissektorin kasvattamista terveydenhuollossa. Selvimmin tämä näkyi 1990-luvun laman jälkeisinä vuosina.

Saarin mukaan Lääkäriliitto haluaa selvästi nykyistä markkinalähtöisemmän terveydenhuoltojärjestelmän ja tiukemman sosiaaliturvan kuin lääkärit keskimäärin. Tässä on tutkimuksen selvin näkemys ero liiton ja lääkäreiden välillä.

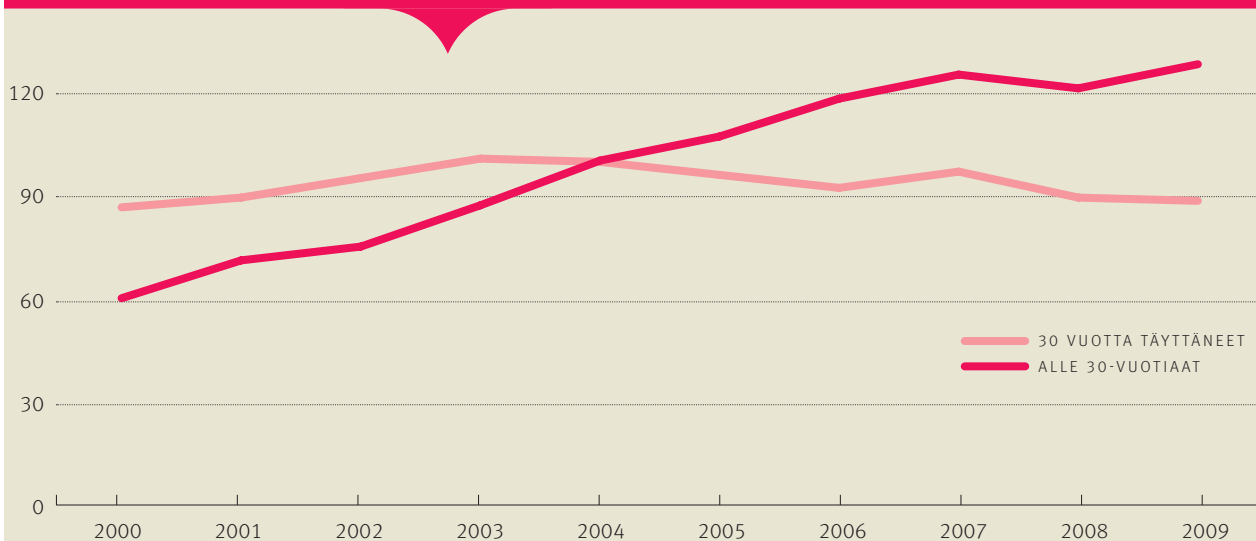
Saarin kommentoi, että Lääkäriliitto on edunvalvontajärjestö, joka luonnollisesti ajaa asiaansa esittämällä asiat kärjekkäästi.

”Myös Lääkäriliitto haluaa säilyttää terveydenhuollon verorahoitteisuuden, sairausvakuutusjärjestelmän ja julkisen sektorin järjestämisvastuun”, Saarinen painottaa. ■

Hannu Kaskinen

Lue lisää ▶ Arttu Saarinen: Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveyspolitiikkaa. Kela, sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 114, 2010.

MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN VUOKSI SUOMESSA TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKKEELLE SIIRTYNEET IKÄRYHMÄN MUKAAN VUOSINA 2000–2009 (vuosi 2004 = 100)



Viisi nuorta eläkkeelle joka päivä

Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttama työkyvyttömyys jatkaa kasvuun.



RAIMO RAITASALO
tutkimusprofessori
(emeritus)



KAARLO MAANIEMI
filosofian kandidaatti

NUORTEN JA NUORTEN aikuisten sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys masennuksen vuoksi ovat lisääntyneet 2000-luvulla toisin kuin iäkkäämpien. Vain vuosi 2008 on poikkeus: tuolloin nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttama työkyvyttömyys kääntyi laskuun.

Tutkimuksessa selvitämme nuorten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden, lähinnä masennuksen, aiheuttamaa työkyvyttömyyttä Kelan sairauspäivärahatilastoista sekä Eläketurvakeskuksen ja Kelan yhteisistä eläketilastoista 2004–2009. Nuorilla tarkoitamme 16–29-vuotiaita.

Vuonna 2009 mielenterveyden häiriöiden vuoksi korvattiin 4 miljoonaa sairauspäivärahopäivää. Päivien määrä on vähen-

nyt pari viime vuotta, mutta nuorilla näin ei ole käynyt. Vuonna 2009 alle 30-vuotiaille korvattiin mielenterveyden häiriöiden vuoksi yhteensä 859 400 sairauspäivärahopäivää, ja kasvua vuodesta 2004 oli 36,6 %. Vuoteen 2008 verrattuna kasvua oli 5 %.

Viidestä mielenterveyden häiriöiden vuoksi korvattua päivästä kolmeen kirjattiin diagnoosiksi masennus vuonna 2009. Vuosina 2004–2007 masennuksen takia korvatut sairauspäivät lisääntyivät noin 4,4 % vuodessa. Huippuvuoden 2007 jälkeen niiden määrä alkoi vähetä.

Sen sijaan alle 30-vuotiaille masennuksen vuoksi korvattujen sairauspäivien määrä on edelleen kasvanut. Vuodesta 2004 suhteellisesti eniten (69,3 %) lisääntyivät 25–29-vuotiaille miehille masennuksen vuoksi korvatut sairauspäivärahopäivät.

Huolestuttavat luvut jatkuvat työkyvyttömyystilastoissa. Vaikka vuonna 2008 nuorten ja nuorten aikuisten työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen kasvu näytti pysähtyneen, jo vuonna 2009 kasvu jatkui edelleen.

Vuonna 2009 runsas viidennes mielenterveyden häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä oli alle 30-vuotiaita. Heistä miehiä oli 986 ja naisia 968. Se on 106 nuorta enemmän kuin vuotta aikaisemmin. Vuonna 2009 nuoria siirtyi eläkkeelle enemmän kuin kertaakaan aikaisemmin tällä vuosituohannella (kuvio).

Vuonna 2009 alle 30-vuotiaita siirtyi masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeel-

le yhteensä 487 henkilöä, miehiä 183 ja naisia 304. Kasvua vuodesta 2004 oli miehillä 60,5 % ja naisilla 42,1 %.

Nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveyden häiriöiden aiheuttaman työkyvyttömyyden kasvu saattaa joiltakin osin johtua korvausjärjestelmien muutoksista ja toisaalta lääkärin sairausdiagnoosien kirjauksien muuttamisesta.

Toisaalta on mahdollista, että häiriöt tunnistetaan aikaisempaa paremmin, ja niihin haetaan apua entistä herkemmin. Voi olla, että terveydenhuollossa pystytään nykyisin diagnosoimaan aiempaa paremmin nuorten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriötä.

Hoitomahdollisuudet ovat silti edelleen riittämättömiä. Tämä puolestaan on voinut edistää nuorten vaikeitten häiriöiden pitkitymistä ja sosiaaliturvan piiriin joutumista.

Nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveyden häiriöiden ennalta ehkäisyyn, varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon ohjaamiseen on kiinnitettävä aiempaa merkittävästi enemmän huomiota. Näille ryhmille tulee tarjota todellisen tarpeen mukaisia hoitomahdollisuuksia, jotta voidaan estää syrjäytyminen. ■

Lue lisää ▶ www.kela.fi/tutkimus > Julkaisut Raimo Raitasalo ja Kaarlo Maaniemi: Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys vuosina 2004–2009. Nettityöpapereita 23/2011.



Paras-hankkeen opit hyödynnettävä

Tarvitaanko Paras-hankkeen jälkeen vieläkin parempi hanke?



MIKKO NIEMELÄ
Johtava tutkija,
Kelan tutkimusosasto

TOUKOKUUSSA 2005 ASETETTU kunta- ja palvelurakennemuutostushanke (Paras-hanke) on yksi merkittävimmistä julkista hallintoa koskevista uudistuksista kahden viime vuosikymmenen aikana. Hanke on edelleen käynnissä. Viime aikoina on kuitenkin jälleen alettu keskustella uuden kuntaremontin tarpeellisuudesta. Vähitellen on alkanut uudestaan huutokauppa siitä, montako kuntaa Suomessa tulisi olla.

Kilpailtaessa siitä, kuka uskaltaa sanoa tavoitteekseen mahdollisimman pienen määrän kuntia, unohtuu helposti se, miksi ylipäänsä kuntien määrää halutaan vähentää.

Kaksi polkua kohti Paras-hanketta

Tie kohti Paras-hanketta alkoi jo 1990-luvulla, kun vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen valtionosuuslakia uudistettiin uudelleen jo vuonna 1996. Tällöin valtionosuuksia ehdotettiin vähennettäväksi valtiontalouden tasapainottamisen tarpeeseen viitaten. Tämän jälkeen kuntien heikko taloudellinen kyky selvitä tehtävistään nousi poliittiseen keskusteluun. Se oli ongelma, johon pyrittiin vastaamaan erilaisin vaihtoehdoin.

Ensimmäinen – sosiaalidemokraattien ja kokoomuslaisten suosima – polku oli kun-

tajakolainsäädännön muutokset. Niillä pyrittiin kuntarakenteiden muutosten kautta vahvistamaan kuntien taloudellista perustaa. Kuntajakolainsäädännön muutokset eivät tuoneet riittäviä muutoksia edes kuntarakenteisiin.

Toinen – keskustan suosima – polku lähti ajatuksesta, että kuntien taloutta parannetaan puuttamalla kustannuksiin. Välineeksi kustannusten pienentämiseksi tarjottiin kuntien välistä yhteistyötä palvelujen tuottamisessa. Myöskään kuntien välinen yhteistyö ei lähtenyt käyntiin halutulla tavalla.

Kunta- ja palvelurakennemuutuksen taustalla oli molempien polkujen epäonnistuminen. Uudistuksessa kuitenkin yhdistyivät molemmat välineet aiempaa voimakkaammin. Yhtäältä kuntarakennemuutoksiin kannustettiin aiempaa paremmilla

taloudellisilla porkkanarahoilla. Toisaalta aiemmista kuntien välisistä yhteistyökeiluista oli puuttunut kuntien sitoutuminen. Nyt toimeenpanosuunnitelmien avulla kunnat pakotettiin sitoutumaan ja miettimään uusia yhteistyömuotoja.

Kolmas mahdollinen polku jäi kokonaan käyttämättä. 1990-luvun aikana tehtyihin valtionosuuksien heikennyksiin ja pienentyneisiin valtionosuuksiin ei puututtu. Valtion vähentyneet taloudelliset tuet ja haluttomuus parantaa valtionosuuksien tasoa voidaan nähdä ohjauksen muotona, joilla vahvistettiin rakenteellisiin muutoksiin pyrkivien polkujen onnistumista. Valtionosuusjärjestelmän uudistaminen liitettiin vasta myöhemmin osaksi kuntaja palvelurakennemuutosta.



Paras-hankkeen synty

Paras-hanke ei sisällynyt vuonna 2003 aloittaneen pääministeri **Matti Vanhasen** ensimmäisen hallituksen ohjelmaan. Näin laajan uudistuksen käynnistäminen hallitusohjelman ulkopuolelta, vieläpä lyhyessä ajassa, on nykyisten yksityiskohtaisten hallitusohjelmien aikakaudella erittäin harvinaista. Työ käynnistyi, koska sillä oli laaja poliittinen ja virkamiestason kannatus.

Uudistuksen yhtenä käynnistäjänä on pidetty eduskunnan hallintovaliokuntaa. Se pyysi marraskuussa 2004 kirjallisen selvityksen sisäasiainministeriöltä siitä, mitkä ovat kuntien taloudelliset mahdollisuudet selviytyä asianmukaisesti tehtävistään ja velvoitteistaan. Sisäasiainministeriön selvitys (MINS 1/2004) ei sinänsä tarjonnut uusia ratkaisuja.

Erityisesti uudistuksen ajoitus liittyi siihen, että Vanhasen hallitus oli tekemässä hallitusohjelman puolivälisarviointia. Arviointia tehtiin muun muassa pääministerin alulle panemissa politiikkariihissä helmikuussa 2005.

Alue- ja kuntaministeri **Hannes Manninen** puheenvuoro politiikkariihessä käsittelee kuntatalouden heikkoa kehitystä ja kuntien menojen kasvua – täsmälleen samoja seikkoja, joita hallintovaliokunnan pyytäessä sisäasiainministeriön selvitys (MINS 1/2004) käsittelee reilun kuukauden päästä. Manninen totesi Helsingin yliopistossa pitämässään luennoissa, että ”hallituksen politiikkariihessä 8.2.2005 esitin laaja-alaista palvelurakennemuutosta, johon

sosiaalidemokraatit vaativat kuntauudistusta”. Poliittikkariihen linjauksista päätettiin noin kuukautta myöhemmin valtioneulouden kehysriihessä 10. maaliskuuta 2005 (VNS 1/2005).

Kunta- vai palvelurakennemuutostusta?

Uudistusta perusteltiin alusta lähtien joko kuntarakenteen tai palveluiden näkökulmasta. Painotusero poliittisten puolueiden välillä tuli selkeästi ilmi hanketta koskevissa lähetekesteluiluissa. Lähetekestelujen ryhmäpuheenvuoroissa keskustalaiset puhuvat palvelurakennemuutuksesta ja välttävät puhumasta kuntien määräästä tai yhteenliittymisistä. Sen sijaan hallituskumppani SDP puhuu selvästi rohkeammin kuntarakenteiden uudistamisen puolesta.

Myös uudistuksen saama laaja poliittinen tuki tulee selvästi esille tarkasteltaessa selontekojen käsittelyä eduskunnassa. Kehysselontekoa koskevassa valtiovarainvaliokunnan mietinnön (VaVM 4/2005) vastalauseissa niin kokoomuslaiset kuin vasemmistoliittolaisetkin oppositiopuolueiden edustajat kritisoivat sitä, että uudistus lähti käyntiin vasta hallituskauden puolivälissä.

Mitä on saatu aikaan?

Kuntarakenteiden kannalta Paras-hanke merkitsi äkinäistä muutosta: vuosina 2006–2010 tehdyt 52 kuntaliitosta vähensivät kuntien määrää 90:llä. Palvelurakenteissa ei sen sijaan ole tapahtunut yhtä nopeita muutoksia. Lisäksi kuntarakennemuutoksen voimakkain vaihe on ohi, koska kuntaliitoksiin käytettävät kannustimet alkavat Paras-hankkeessa olla käytetty.

Paras-hankkeen jälkeenkin Suomeen jää pirstaleinen kuntarakente. Lisäksi huomiota on, että liitoksia ei syntynyt läheskään riittävästi suurilla kaupunkiseuduilla. VM:n loppuraportissa vuonna 2009 oltiin huolissaan siitä, ”syntykö rakenteellisten muutosten kautta myös toiminnallista uudistumista”. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kuntakyselyn perusteella kuntarakennemuutoksista huolimatta

”sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisen yhtenäisyys ei välttämättä ole lisääntynyt lainkaan, vaikka hallintoa on yhdistetty”

Kuntien tahtotilan mukaan päätöksiä pystyttiinkin tekemään nopeammin kuntarakenteiden muuttamiseksi. Sen sijaan VM:n loppuraportissa arvioitiin, että olisi ”liioiteltua sanoa, että Paras-hanke olisi toistaiseksi ollut erityisen merkittävä palvelutoimintaa uudistava hanke”. Valtion ohjaus kokonaisuudessaan ei ole toiminut parhaalla mahdollisella tavalla palvelurakennetta kehitettäessä. Monet päällekkäiset ja yhtä aikaa käynnissä olevat sosiaali- ja terveystalveluministeriön kehittämishankkeet ovat voimittaneet ohjauksen pirstaloitumista.

Marraskuussa 2009 valtioneuvosto teki eduskunnalle selonteon uudistuksen toteutuksesta ja lain tavoitteiden toteutumisesta. Siinä painotettiin, että hankkeen toimeenpanossa on jatkossa kiinnitettävä erityistä huomiota palveluiden sisällön kehittämiseen kaikkia palvelujen tuottamistapoja hyödyntäen.

Uudistuksen ongelmanmäärittäykseen peilaten onkin mielenkiintoista, että uudistuksella ei ole arvioinnin mukaan pystytty pureutumaan uudistuksen keskeisimpään lähtökohtaan eli kuntien taloudellisiin mahdollisuuksiin selvitä tehtävistään. Näin siitä huolimatta, että esimerkiksi hallintovaliokunta nosti tämän esille jo vuonna 2004.

Mitä seuraavaksi?

Tulee muistaa, että hankkeen aikaansaannoksiksi mainitut muutokset ovat vasta välineitä, joilla on pyritty vastaamaan alkupeiräiseen ongelmaan eli kuntien taloudellisen tilanteen parantamiseen.

Ennen kuin tehdään uusia päätöksiä vieläkin paremmasta hankkeesta, tulisi mal-

tilla selvittää, mitkä ovat Paras-hankkeen opit. Saavutetaanko kuntaliitoksilla ne hyödyt, joihin kuntien lukumäärästä käytävässä keskustelussa melko sokeasti uskotaan? Millä ta-

voin valtion ohjausta pystytään parantamaan palvelujen järjestämisessä, jos kunnilla on järjestelmässä perinteisesti suuri autonomia? Tulisiko pohtia myös muita vaihtoehtoja sen sijaan, että sitkeästi pidetään kiinni niistä keinoista, joilla ei ole yli kymmenessä vuodessa saatu aikaan haluttuja muutoksia? ■

Kuntaliitokset eivät välttämättä uudista kuntien palvelutoimintaa.

Lisää aiheesta loppuvuodesta julkaistavassa teoksessa ”Politiikan polut ja hyvinvointivaltion muutos” (toim. Mikko Niemelä & Juho Saari).

TUTKIMUSJULKAISUT

Äitiyspakkaus saa käyttäjiltä kiitettävän arvosanan



ÄITIYSPAKKAUKSEN SUOSIO ON edelleen suuri. Valtaosa perheistä ottaa äitiysavustuksen rahan sijaan pakkauksena. Ensimmäistä lastaan odottavista näin teki 94 %. Vuoden 2009 äitiyspakkausta koskevassa verkkokyselyssä vastaajat antoivat pakkaukselle kouluarvosanan 9-. Kyselyyn vastasi 1 441 äitiä.

Äitiyspakkauksessa on lähes sata tuotetta, joista kyselyyn vastanneiden mukaan tarpeellisimpia ovat bodyt, kynsisakset ja kylpypyyhe. Tuotteiden laatuun ollaan tyytyväisiä: yli 80 % kyselyyn vastanneista ei havainnut laatuongelmia yhdessäkään tuotteessa.

Kun kysyttiin mahdollisuutta lisätä pakkauksen ekologisuutta vähentämällä tuotteiden määrää, vastaukset jakautuivat selkeästi. Vain joka kolmas oli valmis luopumaan jostain tuotteesta ekologisuuden kustannuksella. Toisaalta ehdotettiin, että pakkauksen tuotteita voisi yhä enemmän kierrättää ja lahjoittaa erilaisiin hyväntekeväisyyskohteisiin.

Yksittäisistä tuotteista selvemmin mielipiteitä jakaa kestovaippasetti. Kestovaipat lisättiin äitiyspakkaukseen vuonna 2006, ja niiden käyttö on sen jälkeen yhä lisääntynyt. Kun vuoden 2006 äitiyspakkauksenkyselyssä 70 % perheistä kertoi käyttävänsä ainoastaan kertakäyttövaippoja, vuonna 2010 vastaava osuus oli 55 %. Jatkuvasti kestovaippoja käyttäviä perheitä on uusimmassa kyselyssä 16 %. Korkeasti koulutetut äidit käyttävät kestovaippoja lapsillaan selvästi useammin.

Vanhempainvapaiden tasaisempi jakaminen puolisoitten kesken on ollut yksi 2000-luvun perhepolitiikan keskeisistä tavoitteista. Äitiyspakkauksenkyselyssä lähes 42 % äideistä kertoi isien aikovan jäädä vanhempainvapaalle ja isäkuukaudelle. Määrä on huomattavasti suurempi kuin perhevapaiden jakaminen todellisuudessa. Vuonna 2009 vanhempainvapaata jakoi vain 18 % isistä.

Vapaiden tasaisemman jakautumisen ja perheiden tekemien aitojen valintojen tiellä on vielä paljon esteitä. Yksi näistä on se, että ensisynnyttäjistä 40 %:lla ei ollut kyselyhetkellä voimassa olevaa työsuhdetta, johon he voisivat palata perhevapaan jälkeen. Toisaalta tukijärjestelmä koetaan niin vaikeaselkoiseksi, ettei kaikkia mahdollisuuksia osata hyödyntää. Epäselvyyttä luovat useaan kertaan muuttuvat päivärahan määrät, isien vapaiden ajoittuminen ja jaksojen toisiaan muistuttavat nimet. ■

Julkaisu: Bogdanoff P, Hämäläinen U. Bodyt, potkarit ja perhevapaat. Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 22, 2011.

SITAATTI KIRJASTA

”Vanhempainvapaajärjestelmästä on tullut uudistusten seurauksena varsin monimutkainen – –. Useaan kertaan muuttuvia päivärahatasoja, isien vapaiden ajoittumista ja erinimisiä etuuksia on varsin vaikea ymmärtää.”

UUSIMMAT
TUTKIMUSJULKAISUT

Marin B.

Tutkimusrahoitusprosessin kuvaus ja kustannuserittelyn laatiminen tutkimusrahoituksen hakua varten.

Nettityöpapereita 21

➤ Raportissa selvitetään Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (KKRL) 12 §:n tutkimusrahoitusprosessia.

Heinonen H-M, Tervola J ja Laatu M.

Haastavat asiakkuusprosessit Kelassa.

Nettityöpapereita 20

➤ Tutkimuksessa esitetään tilanteita, joissa Kelan asiakkuusprosessit muuttuvat ongelmallisiksi ja työläiksi, sekä syitä siihen, miksi näin tapahtuu. Tutkimus perustuu Kelan rekisteritietoihin ja toimihenkilöiden haastatteluihin.

Hinkka K, Härkäpää K & Järviskoski A.

Monimenetelmäinen kuntoutuksen tutkimus.

Nettityöpapereita 19

➤ Julkaisu on 15 esitelmän artikkelikatsaus kuntoutuksen kolmannelta valtakunnallisesta tutkimusseminaarista. Seminaarin tavoitteena oli esitellä kuntoutuksen tutkimuksen erilaisia tutkimusmenetelmiä.

Niemi M.

Public and social security officials' perceptions of the causes of poverty in Finland.

Nettityöpapereita 18

➤ Tutkimuksessa vertaillaan kansalaisten ja Kelan etuuskäsittelijöiden mielipiteitä köyhyyden syistä eläkeläisten, lapsiperheiden ja maahanmuuttajien ryhmissä. Englanninkielinen tutkimus on jatkoa aiemmalle tutkimukselle, jossa tarkasteltiin ainoastaan kansalaisten mielipiteitä.

Hinkka K, Karppi S-L (toim.).

IKÄ-kuntoutus. Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus.

Tutkimuksia 112

➤ IKÄ-hankkeen viiden vuoden seurannassa iäkkäiden kuntoutujien toimintakyky kohentui. Kotona asumisen keskeinen kuntoutus ei kuitenkaan vaikuttanut.



UUSIMMAT TILASTOJULKAISUT

Tilasto Suomen työttömyysturvasta 2009

› Työttömyyskassat ja Kela maksoivat vuonna 2009 työttömyysturvaetuuksia 35 % enemmän kuin vuonna 2008. Lomautusajalta maksetut ansiopäivärahat lähes viisinkertaistuivat vuodesta 2008. Tilaston julkaisevat Kela ja Finanssivalvonta.

Kelan työterveyshuoltilasto 2008

› Vuonna 2008 työnantajan järjestämän työterveyshuollon kustannukset kasvoivat 12,7 % edellisvuoteen verrattuna. Kelan työnantajille maksamat korvaukset olivat 262 milj. euroa, mikä oli 10,7 % enemmän kuin vuotta aiemmin. Työterveyshuollon kustannusten ja korvausten reipas kasvu on noudattanut muiden terveydenhuoltopalvelujen kustannusten kasvua.

TILASTOKATSAUKSET

Astma ja diabetes yhä harvemmin syyinä Kelan kuntoutukseen

› Vuonna 2010 Kelan astmakuntoutujia oli enää 700 eli viidennes parin vuosikymmenen takaisesta. Samana aikana diabeteskuntoutujien määrä puolittui 2 400:sta 1 000 henkeen. Astman ja diabeteksen kuntoutuskustannukset ovat samalla pienentyneet.

Eläke- ja vammaisetuuksien, maahanmuuttajan erityistuen ja eläkkeensaajan asumistuen muutokset 1.1.2011

› Vuoden 2011 alusta etuuksiin tehtiin 0,4 prosentin indeksitarkistus. Eläkeetuusmenot kasvoivat 9,7 milj. euroa (0,4 %), vammaisetusmenot 1,9 milj. euroa (0,4 %) ja maahanmuuttajan erityistukimenot 0,1 milj. euroa (0,3 %).

Lue lisää › www.kela.fi/tilastokatsaus

TILAUKSET

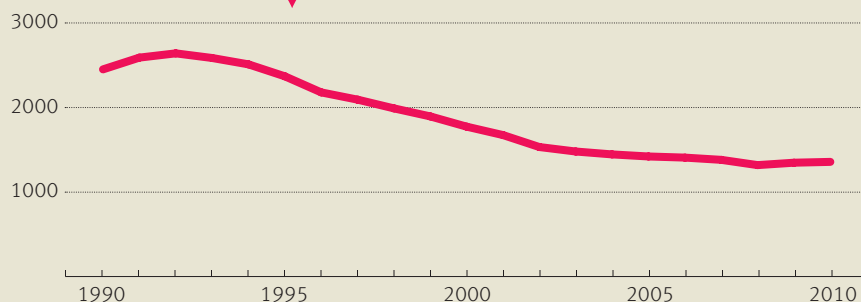
Suurin osa julkaisuista on ladattavissa ilmaiseksi internetsivuilta (pdf).
www.kela.fi

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

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

Hinnat eivät sisällä lähetykskuluja.

VALTION TAKAAMAT OPINTOLAINAT 1990–2010 Milj. euroa (vuoden 2010 rahana)



TILASTOT

Opintolainan suosio on hiipunut

OPINTOLAINAA KÄYTETÄÄN NYKYISIN huomattavasti vähemmän kuin pari vuosikymmentä sitten. Kiinnostus opintolainaa kohtaan alkoi hiipua 1990-luvun alkupuoliskolla, jolloin opintorahaa korotettiin ja opintolaina muuttui markkinaehtoiseksi.

Valtion takaamien opintolainojen reaaliarvo on lähes puolittunut vuodesta 1990 vuoteen 2010. Vuoden 2010 lopussa valtion takaamat opintolainat olivat 1,4 mrd. euroa.

Vuoden 2010 lopussa opintolainaa oli 287 300 henkilöllä, mikä oli 0,4 % enemmän kuin edellisvuonna. 1990-luvun alusta, jolloin opintolainaa oli vielä yli 400 000 henkilöllä, opinto-velallisten määrä on vähentynyt neljänneksellä. Opintolainaa nosti pankista 92 100 opiskelijaa (heinä–joulukuu 2010). Lainaa opintovelallisilla oli keskimäärin 4 800 euroa.

Pankeille maksettiin opintolainan takausvastuun perusteella maksamattomia lainoja 22 milj. euroa. Saman verran perittiin myös opiskelijoilta takaisin opintolainojen takausaattavia. Vuoden 2010 lopussa opintolainojen takausvastuusaavat olivat 171 milj. euroa, mikä oli 4,6 % vähemmän kuin edellisvuoden lopussa.

Lukuvuonna 2009/2010 opintotukea sai kaikkiaan 304 600 henkeä, joista opintolainan valtiotakaus myönnettiin 117 100:lle. Takauksen saaneista kolme neljästä opiskeli korkeakoulussa ja joka neljäs toiseen asteen oppilaitoksessa. ■

Timo Partio

Lue lisää › Kelan opintoetuustilasto 2009/10 tai www.kela.fi/tilastokatsaus

3 ladattuinta tutkimusjulkaisua (11/2010–2/2011)

1 Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I (toim.). Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Teemakirja

Kirjassa kuvataan kolmen diagnoosiryhmän (aivoverenkiertohäiriöt, multippliskleroosi ja CP-oireyhtymä) avulla Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen nykytilaa, arviointikäytäntöjä ja kehittämistarpeita sekä kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuutta.

2 Suoyrjö H. Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset

työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. Tutkimuksia 113

Naiset ovat Kelan järjestämässä kuntoutustoimenpiteissä yliedustettuina. Vastaavasti määräaikaissa työsuhteissa työskentelevät ovat kuntoutuksessa aliedustettuina.

3 Hiilamo H, Kangas O, Manderbacka K, Mattila-Wiro P, Niemelä M, Vuorenkoski L. Hyvinvoinnin turvaamisen rajat. Näköaloja talouskriisiin ja hyvinvointivaltion kehitykseen Suomessa. Teemakirja

Kirjassa esitellään kolmen ulkomaisen huipuasiantuntijan näkemyksiä suomalaisen hyvinvointivaltion nykytilasta. Näkemyksensä pohjaksi asiantuntijat kuulivat kattavasti eri alojen suomalaisia asiantuntijoita.

www.kela.fi/tutkimus › julkaisut



Kelan Pohjois-Suomen alueen ylilääkäri Jorma Kiuttu päivysti helmikuussa Kelan messuosastolla Pohjolan Lääkäripäivillä Oulussa.

Tervetuloa tapaamaan asiantuntijalääkäreitä

KELAN ASIAANTUNTIJALÄÄKÄRIT OSALLISTUVAT tänä vuonna aktiivisesti alueellisiin lääketiedetapahtumiin. Pohjolan Lääkäripäiviä vietettiin Oulun Musiikkikeskuksessa 22.–25. helmikuuta ja Tampereen lääkäripäivät järjestettiin Tampere-talossa 24.–26. maaliskuuta.

Lääkäripäivillä lääkärit voivat tavata Kelan asiantuntijalääkäreitä ja keskustella heidän kanssaan ajankohtaisista Kela-asioista. Uusi palvelu, joka helpottaa hoitavan lääkärin ja Kelan asiantuntijalääkärin työtä, on LääkäriLinja-puhelinpalvelu. LääkäriLinjalla vastaa Kelan asiantuntijalääkäri, jolta hoitava lääkäri voi tarvittaessa kysyä esim. Kelan korvauskäytännöistä.

Messuvuosi alkoi tammikuussa valtakunnallisilla lääkäripäivillä Helsingin Messukeskuksessa. Lääketiedetapahtumat jatkuvat jälleen syksyllä, jolloin Kela osallistuu Kuopion ja Turun lääketiedetapahtumiin. ■

Lue lisää > www.kela.fi/laakarit

TULOSSA

Koulutuspäivä kuntoutuksesta terveydenhuollolle

MITEN KUNTOUTUKSEN ERI TOIMIJAT voivat olla luomassa ehjää kuntoutuspolkua asiakkaalle? Aihetta pohditaan Kelan järjestämässä koulutuspäivässä Scandic Marina Congress Centerissä Helsingissä 10. toukokuuta.

Koulutuspäivässä tutustutaan Kelan kuntoutuksessa käyttöön otettuun tavoitteen asettamisen menetelmään GAS (Goal Attainment Scaling) ja pohditaan, mitä välineitä se antaa uudenlaiseen kuntoutuksen tavoitteiden asettamisen yhteistyöhön.

Koulutuksen kohderyhmää ovat erikoissairaanhoidon kuntoutuslääkärit, kuntoutusohjaajat ja kuntoutusosastojen vastaavat henkilöt, työterveyshuollon ylilääkärit ja vastaavat työterveyshoitajat, perusterveydenhuollon kuntoutuksesta vastaavat henkilöt sekä valtakunnallisten ammattijärjestöjen edustajat.

Maksuttomaan koulutuspäivään odotetaan ilmoittautumisia 26.4. mennessä. ■

Ilmoittaudu > https://www.lyyti.fi/ilmoittaudu/THkoulutus_4064s

Uusiin tehtäviin Kelassa

OTT Toomas Kotkas on nimetty 1.1.2011 alkaen Kelan tutkimusosastolle erikoistutkijaksi tehtävään sosiaalioikeudellinen tutkimus.

Tutkimusosastolle on nimetty 1.1.2011 alkaen tutkijoiksi VTM **Elina Ahola**, YTM **Jussi Tervola** ja VTM **Maria Valaste** tehtävinään mikrosimulointijärjestelmän rakentaminen ja sitä hyödyntävien tutkimusten tekeminen.

VTT **Ilpo Airio** ja VTM **Minna Ylikännö** on nimetty 1.1.2001 alkaen tutkimusosastolle erikoistutkijoiksi tehtävään sosiaaliturvan tutkimus.

Aktuaari- ja tilasto-osastolle on nimetty julkaisupäälliköksi FM **Sannamari Ollikkala** 1.1.2011 alkaen ja pääsuunnittelijaksi YTM **Petri Roponen** 1.3.2011 alkaen.

FM **Ari Vähä-Erkkilä** on nimetty tietohallinto-osastolle tietohallintopäälliköksi 1.2.2011 alkaen.

LT **Ville Pursiainen** on nimetty kuntoutuksen asiantuntijalääkäriksi terveysosastolle.

KTM **Juha Reihe** on nimetty toimistonjohtajaksi Haminan toimistoon.

HTM **Tarja Helin** on nimetty toimistonjohtajaksi Rovaniemen toimistoon.

Työnantaja- ja yrittäjäasiakkaille uusi raati

KELA ON ASETTANUT työnantaja- ja yrittäjäasiakkaiden palvelujen kehittämiseksi uuden asiakasraadin vuosille 2011–2013.

Raatiin kuuluvat palvelupäällikkö Milla Halme (SOK Palveluässä), palkanlaskija Timo Jääskeläinen (YIT Rakennus Oy), henkilöstöpäällikkö Kristiina Forss-Rissanen (Heinon Tukku Oy), talouspäällikkö Marja-Liisa Halonen (Saco-tec Oy), työterveyshoitaja Sanna Vaittinen (Nokia Oy), työkykycontroller Tuula Massinen (Oy Hartwall Ab), palvelupäällikkö Eija Keränen (Helsingin kaupunki), henkilöstöpalvelupäällikkö Aija Heiskanen (Vantaan kaupunki), yrittäjä Antti Stenbäck (Divident Oy), yrittäjä Petra Kaukoranta (Fysiosporttis Oy), lainopillinen asiamies Harri Hellstén (Suomen Yrittäjät ry).

TRE MODELLER FÖR REFORM AV FINANSIERINGEN AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

	<i>FPA Hennamari Mikkola</i>	<i>Institutet för hälsa och välfärd Markku Pekurinen</i>	<i>Sitra Aki Kangasharju</i>
GRUNDTANKE OCH SERVICEANORDNARE	NATIONELL HÄLSOFOND – OFFENTLIG HÄLSOFÖRSÄKRING	ANSVARET FÖR ANORDNANDET OCH FINANSIERINGEN HOS EN REGIONAL AKTÖR, FINLAND INDELAT I 12–15 REGIONER	LANDSOMFATTANDE BESTÄLLARE/FINANSIÄR (KATIRA) MED ANSVAR FÖR ANORDNANDET AV SERVICEN
FINANSIERING	ÖRONMÄRKT FÖRSÄKRINGSavgift FRÅN KOMMUNERNA, DE FÖRSÄKRADE OCH ARBETSGIVARNA	FRÅN KOMMUNERNA VIA avgift I EURO PER INVÅNARE, STATSANDELARNA DIREKT TILL DE REGIONALA AKTÖRERNA	FINANSIERINGEN FRÅN KOMMUNERNA ENLIGT NUVARANDE STATSANDELSMÖNSTER, STATSANDELARNA OCH ARBETSGIVARNAS FÖRETAGSHÄLSOVÅRDSavgifter TILL KATIRA
SERVICEPRODUCENT	OFFENTLIGA OCH PRIVATA PRODUCENTER	OFFENTLIGA OCH PRIVATA PRODUCENTER	OFFENTLIGA OCH PRIVATA PRODUCENTER FINANSIERINGEN FRÅN DEM SOM HAR ANMÅLT SIG SOM KUNDER ENLIGT KAPITATIONSPRINCIPEN
SJUKFÖRSÄKRINGENS STÄLLNING	FÖRNYAS OCH STÄRKS	INGEN SJUKFÖRSÄKRINGSERSÄTTNING FÖR BESÖK HOS PRIVATLÄKARE	INGEN SJUKFÖRSÄKRINGSERSÄTTNING FÖR BESÖK HOS PRIVATLÄKARE
FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN	FÖRNYAS, KVARSTÅR OCH STÄRKS	FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN HAR PÅ SIN HÖJD EN SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ROLL	INGEN SEPARAT FÖRETAGSHÄLSOVÅRD
KOMMUNENS ROLL	VERKAR SOM KOMMUNINVÅNARNAS INTRESSEBEVAKARE	SVARAR FÖR EN STOR DEL AV SERVICEPRODUKTIONEN	ANORDNAR TJÄNSTER OCH PRODUCERAR EN RÅDGIVNINGSTJÄNST SOM SKULLE BIDRA MED HJÄLP VID VALET AV LÄMPLIG SERVICEPRODUCENT

Konstgjord andning inte längre tillräcklig

Många slags botemedel har föreslagits för att förbättra hälso- och sjukvården.

Alla är överens om målet: hälso- och sjukvårdssystemet måste fås i skick för att hela folket ska få god vård till rimligt pris.

Kommunerna klarar inte av sin uppgift att ordna hälsotjänster för sina invånare. Tillgängligheten till och kvaliteten på vården varierar betydligt mellan kommunerna och till och med mellan olika stadsdelar.

Arbetsfördelningen inom hälso- och sjukvården ventileras vid många bord. De nyaste förslagen till ansvars- och medelfördelning har lagts fram av FPA, Institutet för hälsa och välfärd samt Sitra. Vidstående tabell illustrerar grundprinciperna i samtliga tre modeller.

FPA-kortet nyckeln till tjänsterna

FPA föreslår en nationell hälsofond som lösning: alla de penningmedel som kommunerna, staten och FPA lägger ner på hälso- och sjukvården sammanslås i en gemensam fond under landsomfattande styrning. Detta för att undvika tvångssammanslagningar av kommuner.

”I hälsofondsmodellen är FPA den sammanförande kraften och den som samordnar den nationella styrningen. FPA-kortet

är folkets nyckel till alla offentligt finansierade tjänster, och genom denna registreras uppgifterna i ett enda datasystem”, säger **Hennamari Mikkola**, hälsoforskningschef vid FPA.

Till exempel HNS-kort som alternativ?

Också Institutet för hälsa och välfärd understöder en centralisering, men har gått in för att föreslå en modell med 12 administrativa regioner. Regionerna ansvarar självständigt för anordnandet och finansieringen av alla social- och hälsovårdstjänster, också för resekostnader och läkemedelsbehandlingar. Statens, kommunernas och sjukförsäkringens medel styrs till regionerna.

”Finlands olika landsändor behöver olika lösningar inom hälso- och sjukvården. Å andra sidan är regionerna tillräckligt stora för att tjänsterna ska kunna anordnas smidigt”, förklarar **Markku Pekurinen**, forskningsprofessor vid Institutet för hälsa och välfärd.

Nationella Katira?

Sitra föreslår att konkurrensen mellan

producenterna av hälso- och socialtjänster släpps helt fri och att beställaren tydligt avskiljs från producenten. Den nationella beställaren/finansiären, dvs. Katira, skulle sköta penningrörelsen.

Aki Kangasharju, överdirektör vid Statens ekonomiska forskningscentral, som har utformat Sitras modell, kritiserar de förslag som FPA och Institutet för hälsa och välfärd har lagt fram och menar att de är diffusa. ”Ingendera modellen erbjuder något svar på hur produktionsidan ska ordnas, dvs. hur tjänsterna ska kunna produceras effektivare.

I Sitras modell är det kunden som väljer serviceproducent – antingen en privat eller en offentlig – och registrerar sig som kund hos denna. Serviceproducenten får finansiering utgående från de riskgrupper en kund tillhör och kundens sjukdomshistoria, och pengarna är inte bundna till hur mycket kunden de facto anlitar tjänsterna. ”Det sporrar serviceproducenterna att satsa på hälsofrämjande åtgärder. Finansieringen grundar sig således inte på behandlingsåtgärderna såsom idag”. ■

Laura Kosonen

Översättning Kurt Kavander

På bred front

FPA:s generaldirektör Liisa Hyssälä vill utmana landets bästa krafter att reformera hälso- och sjukvården.

Kroniskt sjuka, äldre kvinnor med små inkomster missgynnas ofta inom hälso- och sjukvården”, säger FPA:s generaldirektör Liisa Hyssälä. Hon bekymrar sig över de växande hälsoskillnaderna och ojämlikheten inom hälso- och sjukvården.

”Kronikerna har det kämpigt till exempel med de höga självriskerna för läkemedelsutgifter och måste därför ty sig till utkomststödet”, konstaterar Hyssälä.

I egenskap av FPA:s generaldirektör vill hon förnya och stärka sjukförsäkringssystemet. Hyssälä är övertygad om att det är ett bra sätt att bära gemensamt ansvar för omsorgen om alla individer. Social- och hälsovården behöver öronmärkta pengar också framöver.

”FPA-ersättningarna för privata läkarbesök utgör ett litet, men värdefullt stöd för valfriheten och snabb tillgång till tjänster. Om vi hade råd, skulle stödet kunna vara ännu större. Administrationen av systemet med FPA-ersättningar med dess direktorsättningsmekanismer är lätt”, förklarar Hyssälä.

FPA anser att det inte minst med hänsyn till folkhälsan är viktigt att stöda individer vid besök hos till exempel privat gynekolog eller ögonläkare. Hyssälä efterlyser dock incitament inom sjukförsäkringssystemet: mer medel borde inriktas på förebyggande tjänster. Genom att vidareutveckla systemet med husläkare skulle man effektivare än genom enskilda behandlingsåtgärder kunna stöda långvariga vårdrelationer.

Konkurrensutsättningen tär på kommunernas resurser

I Finland lever en arbetande och utbildad stadsbo i genomsnitt ett friskt liv och får den vård som behövs för eventuella besvär. Hälso- och sjukvårdssystemet representeras av mindre bemedlade patienter som lider av flera sjukdomar, bor i glesbygden och nödvändigtvis inte själva söker hjälp.

Hyssälä anser att de bästa medlen för att minska hälsoskillnaderna är att förbättra sysselsättningen, grundtryggheten och kunskapen. Hälso- och sjukvårdssystemet kan inte tvinga någon till hälsosammare levnadssätt eller läkarbesök, men var och



Som generaldirektör för FPA vill Liisa Hyssälä förnya och stärka sjukförsäkringssystemet.

en borde erbjudas lika möjligheter att anlita tjänsterna.

”Denna grundläggande rätt uppfylls inte längre överallt. Därför är det bra att nationell styrning är på väg inom hälso- och sjukvården”, säger Hyssälä.

Hon är övertygad om att det decentraliserade systemet inom hälso- och sjukvården har nått vägens ände. Den obehärskade utvecklingen inom utkontrakteringen och konkurrensutsättningsspiralen tär på de kommunala tjänstemännens resurser.

”I många branscher är kommunerna i klistret med konkurrensutsättningarna, eftersom konkurrensutsättning kräver gediget kunnande. Det är förnuftigare att centralisera konkurrensutsättningen så att man verkligen kan sätta sig in i den.”

Samarbete mellan ministerierna

Det räcker dock inte med enbart en omfördelning av pengarna; det gäller att integrera landets bästa resurser i arbetet för att höja hälso- och sjukvårdens kondition. FPA:s generalsekreterare efterlyser ett brett nationellt samarbete för att reformera hälso- och sjukvården.

”Det behövs mer samarbete mellan ministerierna. Till exempel kommunavdelningen vid finansministeriet samt arbets- och näringsministeriet är viktiga partner för social- och hälsovårdsministeriet.

En strikt sektorsindelad statsbudget uppmuntrar inte att överskrida skiljemurarna mellan ministerierna. Hyssälä förmodar

att vårens regeringsförhandlingar kommer att avgöra riktningen för reformerna inom social- och hälsovården.

”Förhoppningsvis lyfts frågan fram också i valdebatterna. I vilket fall som

helst måste stora beslut tas under nästa regeringsperiod.”

Av nästa regering förväntar Hyssälä sig resurser för realiseringen av det nationella datasystemet. Det är också viktigt att starta grundliga utredningar och ta fram kalkyler över olika finansieringssystem. En reform av hälso- och sjukvården är inte bara en systemintern fråga; reformen berör hela samhället. ■

Mer medel
borde inriktas
på förebyggande
tjänster.

Laura Kosonen

Översättning Kurt Kavander



Ska sjukvårdsförsäkringen utvecklas?

Man måste fråga sig vid vilken ersättningsnivå det inte längre lönar sig att betala ut ersättningar. Har läkararvodena kanske redan nått den nivån? .

Ett centralt tema i vårens riksdagsval är hur hälsovårdens strukturer och finansiering ska utvecklas. Vilka som än vinner valet, kommer riktlinjer för hälsovården att skrivas in i regeringsprogrammet. Vilken roll FPA ska spela i fortsättningen är naturligtvis av stor vikt för FPA:s anställda. I synnerhet sjukvårdsförsäkringens framtid sysselsätter tankarna.

I det nuvarande systemet är det tänkt att sjukvårdsförsäkringen ska komplettera den offentliga hälsovårdens tjänster och erbjuda kunderna valfrihet. Genom att själva betala mera kan kunderna välja läkare och snabbare få vård. Av privatläkarnas arvoden ersätter FPA omkring 25 %, och av laboratorie- och röntgenundersökningar i genomsnitt 30 %. Den bästa ersättningen, 36 %, får man för tandläkarnas arvoden. Eftersom bl.a. kontors- och operationssalsavgifter inte ersätts, kan den faktiska ersättningsprocenten för de kostnader som kunden har betalat också bli lägre än så.

MEDLEN FÖR SJUKVÅRDSFÖRSÄKRINGEN samlas in som försäkringspremier av de försäkrade, d.v.s. av alla som bor i Finland. Staten finansierar hälften av sjukvårdsförsäkringen. År 2009 stod 1,7 miljarder euro till förfogande, och merparten av den summan, d.v.s. 1,2 miljarder, gick åt till mediciner. Ersättningarna för resekostnader var 234 miljoner euro, och ersättningarna för privatläkares och tandläkares arvoden samt för privata undersökningar och privat vård var 269 miljoner. Det här utgjorde c. 15 % av alla hälsovårdsutgifter i vårt land.

Att räkna ut ersättningarna är invecklat och svårbegripligt för vanligt folk. Det finns tre olika slag av självrisker - självrisk baserad på procent, eurobelopp eller taxa. FPA beslutar om taxorna, men social- och hälsovårdsministeriet beslutar om de medel som ska användas. När lagtexten föreskriver en ersättningsnivå på 60 % av beloppet enligt taxan men kunden i verkligheten får bara drygt 20 %, tycker han att han drabbas av en oförrätt och att han får dålig service av FPA.

UNDER DE SENASTE decennierna har sjukvårdsförsäkringen utvecklats genom att allt mer har blivit ersättningsberättigat. Tandvårdsersättningarna har börjat gälla hela befolkningen, och också vård som ges av munhygienister ersätts. Från början av mars kan kostnader ersättas också när privat vård har getts i offentliga lokaler. För att upprätthålla ersättningsnivån har det däremot inte funnits medel. För ett par år sedan höjdes ersättningsnivån för tandläkararvodena, men läkararvodena justerades senast år 1989. Om systemet inte utvecklas krymper ersättningarna till slut ihop till ingenting. Man måste fråga sig när ersättningsnivån har blivit så låg att det inte längre lönar sig att betala några ersättningar. Har vi redan nått den nivån t.ex. i fråga om läkararvodena?

När lagtexten föreskriver en ersättningsnivå på 60 % men kunden ändå får bara drygt 20 %, tycker han att han drabbas av en oförrätt.

INOM DEN PRIVATA sektorn kommer man snabbt och enkelt till en specialist, exempelvis barnläkare, gynekolog eller ögonläkare. Sjukförsäkringen jämnar ut belastningen på den offentliga sektorn, när en del av patienterna frivilligt betalar mera och söker privat vård. Ändå kan man undra om det alls är nödvändigt att ersätta ett enstaka besök om året hos t.ex. en gynekolog. Kunde inte det anses höra till medborgarnas självrisk? Å andra sidan hotar

en "amerikanisering" av hälsovården. De som har det gott ställt skaffar privata försäkringar, medan den offentliga sektorn får ta hand om de fattiga och förfaller ytterligare. Redan nu märks det att privata försäkringar blivit vanligare.

Det tar årtal att förbereda en total reform av hälsovården. Under den tiden måste också partiella reformer som utvecklar det nuvarande systemet genomföras, reformer som löser de svåraste problemen, som gör det lättare att få vård och som främjar medborgarnas hälsa. ■

Elise Kivimäki

Författaren är avdelningschef på FPA:s hälsoavdelning.

Ketään ei lähetetä yönselkään

**ERÄS KANTAVA AJATUS LAP-
SUUDENKODISSANI** oli se, että hädänalaisista ihmisistä pidetään huolta.

Olin alle kouluikäinen 1960-luvun alussa. Asuimme suuressa maa-laistalossa Juvalla. Sosiaaliturva oli vielä tuolloin varsin kehittymätöntä. Teillä liikkui kulkureita – asunnottomia ja työttömiä miehiä, jotka kulki-
vat etsien satunnaisia hommia, ruo-
kaa ja yösjää. Miehet olivat resui-
sia, vaitonaisia ja pienestä lapsesta
vähän pelottaviakin. Kysyin äidiltä,
miksi otamme heitä yöksi.

Äitini vastasi, että meillä on ruo-
kaa, lämmintä ja sänkyjä. Olisi kum-
mallista, jos emme tarjoaisi yösjää
ja ruokaa. Jos ihminen on avun tar-
peessa, hänelle myös tarjotaan sitä.
Yönselkään ei lähetetä ketään.

Meillä puhuttiin paljon velvollisuu-
desta auttaa huono-osaisia. Tämä
ajatus elää yhä nykypäivässä, nykyi-
sessä työssäni.

Riitta

Riitta Särkelä



Sosiaalivakuutus 2|2011 ilmestyy kesäkuussa.

Aineistot 9.5. mennessä
sosiaalivakuutus@kela.fi