Rahastosta terveyttä jokaiselle?

Kelan pääjohtajan Jorma Huuhtasen mielestä on riittämiin syitä, miksi terveysrahasto pitää perustaa. Nyt on oikea hetki keskustella rahastosta.

TEKSTI Hilkka Arola KUVAT Wilma Hurskainen

Itse asiassa pääjohtaja Jorma Huuhtasen mielestä on jo kiire ottaa kansallinen terveysrahasto laajaan keskusteluun.

"Nyt on vuosi aikaa vaikuttaa ja ottaa vastuu kansalaisille keskeisten terveyspalvelujen parantamisesta", Huuhtanen sanoo.

Vuoden kuluttua eduskuntavaalien jälkeen kirjoitetaan uusi hallitusohjelma.

"Terveysrahastoidean tulisi siihen mennessä kirkastua. Tuolloin pitää olla selvillä, mitä terveyspalvelujen tuottamisongelmille tehdään, koska hallitusohjelma ainakin tähänastisen käytännön mukaan sitoo tekemiset moneksi vuodeksi. Jos mitään ei tehdä nyt, ongelmat paisuvat ja yhtälöstä tulee mahdoton."

Yhtälöllä hän tarkoittaa terveydenhoidon rajallisten määrärahojen ja palveluiden jakamista tarkoituksenmukaisesti ja tasapuolisesti kaikille.

"Haluavatko perusoikeuksista vastuussa olevat päätöksentekijät ottaa vastuun niiden mukaisista terveyspalveluista vai ei? Kiinnostaako heitä kaikkien suomalaisten yhtäläinen palveleminen vai ei?" Huuhtanen haastaa poliitikkoja ja etujärjestöjä keskusteluun.

Pilkotut palvelut hallintaan

"Kaikki tuntuvat tunnustavan, että terveyspalvelujen tuottaminen on nyt liian pilkottua ja että palvelujen tuottamiseen liittyvät ongelmat pahenevat mm. ikääntyneen väestönosan kasvaessa. Taloudellinen kantokyky ratkaista terveydenhoidon ongelmat eri puolilla Suomea vaihtelee. Pienet kunnat joutuvat ostamaan palveluita, ja kuntia rahastetaan kylmän viileästi. Hoitoonpääsy riippuu siitä, missä sattuu asumaan ja mihin sosiaaliluokkaan sattuu kuulumaan. Tälle kehitykselle pitäisi saada stoppi. Kelan selvitysten mukaan näyttää siltä, etteivät kuntaliitoksetkaan ratkaise asiaa", Huuhtanen luettelee ongelmia.

"Miten voisimme rakentaa sellaisen toimintamallin, jossa isoa rahamäärää käytetään parhaalla mahdollisella tavalla palvelemaan jokaisen terveyttä?", Huuhtanen kysyy.

> "Terveydenhoito on monin paikoin villissä tilassa."

Hän arvioi, että vastaus löytyy kansallisesta terveysrahastosta. Kuntien, valtion ja Kelan terveydenhoitoon käyttämät rahat koottaisiin yhteen rahastoon, ja kaikki yhteiskunnan tarjoamat terveyspalvelut rahoitettaisiin sitä kautta. Rahastoon ohjautuisi noin 15 miljardia euroa.

"Terveysrahasto parantaisi terveydenhuoltoa ennen kaikkea siksi, että valtakunnassa jokin taho johtaisi kokonaisuutta. Nyt sitä ei johda kukaan. Kokonaisuuden hallitsemisesta ei ole merkkiäkään. Terveydenhoito on kuntien vapaassa vallassa ja monin paikoin villissä tilassa."

Huuhtasen mielestä on riittämiin syitä, miksi terveysrahasto pitää perustaa.

Pääjohtaja Jorma Huuhtanen uskoo, että terveydenhuollon organisoinnilla uudelleen lisätään perusterveydenhuollon saatavuutta, laatua ja vaikuttavuutta.

"Rahastolla päästäisiin perusoikeuksien mukaiseen yhtenäiseen käytäntöön, jossa kaikkien perusterveydenhoito luvataan ja voidaan hoitaa. Jos kansalainen haluaa jotakin enemmän, hän tekee sen rahaston ulkopuolella, eikä sitä tueta yhteiskunnan varoin."

"Yhden tahdon mukainen toimintajärjestelmä estäisi niin sanotun osaoptimoinnin, jota nykyisin harrastetaan sumeilematta. Kunnat esimerkiksi katsovat, missä kohdin ne voisivat syytää kuluja Kelan maksettavaksi. Erikoissairaanhoidossa taas katsotaan, mitä sysätään perusterveydenhuollon kustannettavaksi jne. Yhtä ja samaa yhteiskunnan keräämää rahaa siirrellään epätarkoituksenmukaisesti paikasta toiseen. Ei ole mitään järkeä hakea vain toista maksajaa, vaan pitäisi miettiä, miten asia hoidetaan viisaimmin."

"Hyvät kehittämisideat ja parhaat käytännöt saataisiin keskitetysti ja nopeasti liikkeelle. Nyt kukin kunta voi asettua hyviä ideoita vastaan, eikä kenelläkään ole siihen mitään sanomista."

"Terveydenhuollon ammattilaiset pääsisivät kehittämään palveluita ammatilliselta pohjalta ilman poliittisia siteitä. Ammattilaisilla tulee olla vapaus kehittää palveluiden tuottamista, tosin muistaen, ettei rahaa voi syytää mihin tahansa. Terveysrahasto pitäisi kontrollista huolen," Huuhtanen näkee etuja.

Terveysrahasto Kelaan?

Terveysrahastossa tarkastelun kohteina ovat paitsi terveyspalveluiden tuottaminen myös mm. Kelan sairauspäivärahat, kuntoutusrahat, lääkekorvaukset ja matkakorvaukset. Siksi terveysrahasto kiinnostaa Huuhtasen mukaan Kelaa mitä suurimmassa määrin.

Terveysrahaston abc

- Kuntien, valtion ja Kelan terveyteen käyttämät rahat kootaan yhdeksi rahastoksi.
- Terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta kansalliselle rahastolle.
- Rahastoa hallinnoidaan keskitetysti ja valtakunnallisesti.
- Alueelliset organisaatiot huolehtivat palvelujen järjestämisestä, seurannasta ja rahaliikenteestä keskitetysti ohjattuna ja yhteisen tietojärjestelmän avulla.
- Kunnalliset yksiköt, yksityinen ja kolmas sektori tuottavat palveluja tasaveroisina kilpailijoina.

"Terveysrahasto on erittäin Kela-relevantti yhdestä ja ainoasta syystä: Kela hallinnoi jopa 50 %:a sairauden hoitamiseen liittyvästä rahasta mutta toimii nyt ikään kuin eri etuuksien tahdottomana maksajana. Kela ei pysty juurikaan vaikuttamaan terveydenhoidon strategiaan ja sen operatiivisiin prosesseihin."

Uutta organisaatiota terveysrahasto ei tarvitsisi – jos niin halutaan.

"Terveysrahasto voisi olla yksi Kelan rahastoista, kansaneläkerahaston, sairausvakuutusrahaston ja sosiaaliturvan yleisrahaston lisäksi. Sairausvakuutusjärjestelmä tosin sulautuisi terveysrahastoon. Terveysrahastoa voisivat johtaa Kelaa nykyisinkin johtavat eduskunnan valitsemat valtuutetut. Operatiivinen johtaminen kuuluisi Kelan hallitukselle. Organisaatio on jo valmiina", Huuhtanen hahmottelee.

Terveysrahasto hankkisi palvelut nykyisistä hyvinvarustetuista sairaaloista ja terveyskeskuksista sekä yksityisistä ja kolmannen sektorin palveluista sen mukaan, miten kulloinenkin tapaus palveluprosessiin sopii.

"Kaikki etuudet olisivat punnittavina koko ajan. Esimerkiksi maksetaanko potilaalle sadasta päivästä sairauspäivärahaa vai voidaanko palvelu tuottaa kymmenen päivää aikaisemmin, jolloin päivärahakausi lyhenisi", Huuhtanen kuvailee.

Palvelujen tarjoajina kunnallinen, yksityinen ja kolmas sektori olisivat samalla viivalla.

"Yksityinen terveydenhuolto joutuisi taipumaan terveysrahaston pelisääntöihin. Jos ei taipuisi, sen hoito menisi kokonaan asiakkaan kukkarosta."

Huuhtanen sanoo, että terveysrahasto haastaisi yksityisen sairausvakuutusjärjestelmän.

"Luotan, että terveysrahaston kautta väestö saisi niin hyvän terveydenhoidon, ettei potilaiden välttämättä tarvitsisi maksaa yksityisille vakuutuslaitoksille kuten nyt."

Kokeillen eteenpäin

Huuhtasen mielestä hyvä tie terveysrahastoon olisi kokeilla sen toimivuutta ensi hallituskauden ajan.

"Voitaisiin kokeilla varsinkin sellaisia osia, jotka eniten epäilyttävät. Toisaalta voitaisiin ottaa riski ja mennä suoraan uuteen järjestelmään. Niin tehtiin, kun kansanterveyslaki tuli voimaan. Siihen innostuttiin. Olin itse toteuttamassa sitä täysillä käytännössä Nilsiän terveyskeskuksessa. Olin siihen aikaan ehkä innokkaimpia sotureita puolustamaan sitä. Tilanne on kuitenkin 40 vuodessa muuttunut. Terveydenhuoltojärjestelmään on tullut kaikenlaisia lieveilmiöitä", Huuhtanen sanoo. ■

"Yhdysvalloissa vanhoihin supermarketteihin on perustettu suonikohjujen leikkauskeskuksia. Pelkään, että rahastomalli johtaisi Suomessa samaan."

Rahastomallista uusia ongelmia

Simo Kokon mielestä terveysrahasto johtaa pahimmillaan julkisen terveydenhoidon alasajoon.

'Kaikki lienevät yhtä mieltä siitä, että nykyinen malli ei sellaisenaan toimi. Siihen yksimielisyys kuitenkin loppuu", sanoo Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämispäällikkö Simo Kokko.

Hän on **Jorma Huuhtasen** kanssa täysin eri linjoilla terveydenhuollon kehittämisestä. Siinä missä Huuhtanen näkee terveysrahastossa mahdollisuuksia, Kokon mielestä siinä on enimmäkseen uhkia.

"Mallin myötä luopuisimme maantieteellisestä ohjauksesta. Se vaarantaisi terveydenhoidon tasa-arvon syrjäseuduilla."

Lisäksi julkisen ja yksityisen terveydenhoidon rinnakkain asettaminen johtaisi hänen mukaansa helposti julkisen terveydenhoidon kuihtumiseen.

Huuhtasen ehdotuksessa kaksi kolmasosaa kuntien nykyisin käyttämistä rahoista siirtyisi valtakunnalliseen ohjaukseen. Kokon mukaan se tietäisi väistämättä demokratiavajetta.

"Kuntienkin tahoilta ratkaisuissa on ollut huomattavissa kotiin vetämistä. Mitkä lainalaisuudet ohjailisivat rahaston toimintaa?"

Suurimpana riskeinä Kokko näkee kuitenkin palveluntuottajien keskittymisen yksityistämisten vaikutuksesta. Hän pitää mahdollisena, että iso osa suurten kaupunkien terveyspalveluita siirtyisi yksityiseen omistukseen.

Se taas johtaisi helposti tilanteeseen, jossa terveydenhoitomarkkinoita hallitsisi muutama kansainvälinen yhtiö. Väljä kunnallinen ohjailu ei siinä tilanteessa auttaisi. "Kansainvälisillä ketjuilla ei ole minkäänlaista sidettä Suomeen. Kunnallisen tai alueellisen päätöksenteon neuvotteluasema muuttuisi heikoksi."

Maantieteellinen tasa-arvo vaarassa

Huonosti tuottavat syrjäseudut eivät kiinnostaisi kansainvälisiä firmoja, joten pienillä paikkakunnilla vaihtoehdoksi jäisivät vain julkiset palvelut. Tämäkään ei Kokon mukaan olisi kovin tasa-arvoista.

"Jo nyt esimerkiksi silmäsairauksien ja -vammojen hoito koko maan kattavasti on vaikeuksissa. Henkilökuntaa ei riitä päivystyksiin, sillä yksityinen sektori houkuttaa enemmän."

> Yksityinen puoli kukoistaa joka tapauksessa. On tärkeää säilyttää kunnallinen puoli sen vastapoolina.

Sinänsä Kokko ei vastusta yksityistä sektoria. Se täydentää hyvin julkisia palveluita ja on todella tärkeä palveluntarjoaja esimerkiksi vanhustenhoidossa.

"Yksityinen palvelutuotanto tulee kukoistamaan joka tapauksessa. On tärkeää säilyttää kunnallinen puoli sen vastapoolina."

Rahastomalli kaipaa viilausta

Kelan roolia terveysrahaston ohjaajana Kokko ei myöskään sellaisenaan sulata.

"Kelan asema on määritelty 60-luvulla. Se, mikä toimi hyvin 40 vuotta sitten, ei toimi enää. Toivoisin, että Kelaa kehitettäisiin suuntaan, jossa hankinta, tilaaminen ja ostaminen yhdistyisivät."

Kokko ei kuitenkaan täysin tyrmää ajatusta terveysrahastosta. Hän ehdottaa Kelalle rahapussin hoitajan roolia. Se edellyttäisi kuitenkin Kelan aseman ja toimintatapojen uudelleenmäärittelyä. Lisäksi pitäisi huolehtia rahojen oikeudenmukaisesta tasauksesta ja riittävän tiiviistä suhteista kuntiin.

Rahastomallin kehittämiseksi Kokko kaipaa uusia ideoita ja aitoa keskustelua. Poliittisella tasolla pitäisi miettiä, mitä kunnalliselle järjestelmälle tehdään. Kokon mielestä tulisi säilyttää koko maan kattava kohtuullinen palveluverkko. Hän on nähnyt kuntien tukalan tilanteen työskennellessään lääkärinä pienessä savolaiskunnassa.

"Kärjistetysti sanottuna syrjäkylille jäävät vain peräkammarin pojat, joten sinne kasautuu helposti terveysongelmia. Kunnat eivät voi vaikuttaa siihen, kuinka monta mielenterveysongelmaista siellä asuu." ■

Ilona Hietanen

KUVA ARTERO AALTONEN

Takaisin töihin tai muuten...

Sairauspoissaolojen vähentämiseksi ja työhön paluun varmistamiseksi otetaan yhä kovempia keinoja käyttöön ympäri Eurooppaa.

TEKSTI Satu Kontiainen KUVITUS Jaakko Pallasvuo KUVAT Nana Uitto

Huolimatta siitä, ovatko sairauspoissaolot lisääntymässä vai vähenemässä, eri maiden korvauskäytännöt tuntuvat viime vuosina tiukenneen.

Tilanne työmarkkinoilla on kova. Työllisyysastetta on välttämätöntä nostaa väestön ikääntymisen vuoksi. Sairauspoissaolot aiheuttavat yhteiskunnalle ja työnantajille valtavia kustannuksia vuosittain.

Toisaalta pitkittyvät sairauspoissaolot ovat myös yksilön syrjäytymisriski toimeentulon ja eristäytymisen näkökulmista. Työkyvyn mukaisen työn tiedetään kuntouttavan.

"Sairas ei voi tehdä töitä" on myytti, joka halutaan kumota.

Pakotteet kiristyvät

Ruotsin kuntoutusketju oli vuoden 2008 radikaali irtiotto vanhasta järjestelmästä. Kuntoutusketjun mukaan sairauspäivärahaa maksetaan ensimmäisten kolmen kuukauden ajan, jos ihminen ei pysty tekemään omia työtehtäviään. Tämän jälkeen ehtona on se, että henkilö ei pysty tekemään mitään nykyisen työnantajansa työtehtäviä. Kuuden kuukauden työkyvyttömyyden jälkeen ehdot kiristyvät yhä niin, että päivärahaa saavat ainoastaan niin vakavasti sairaat, että he eivät kykene tekemään mitään avoimilla työmarkkinoilla tarjolla olevia töitä.

"Käytännössä tämä jopa tarkoittaa, että kirurgi voidaan velvoittaa kaupan kassalle työkyvyttömyyden jatkuessa yli kuuden kuukauden", toteaa Försäkringskassanin vakuutuslääketieteen erityisasiantuntija **Gert Lindenger** Tukholmasta.

> Ruotsissa sairauspoissaolot ovat nyt noin 2,5 % eli alimmillaan 25 vuoteen.

Uusien pakotteiden ja tehostuneen kuntoutuksen ansiosta työhön paluu lisääntyi ensimmäisen puolen vuoden aikana 60 %. Sairauspoissaolot ovatkin nyt Ruotsissa alimmillaan 25 vuoteen, poissaolojen ollessa noin 2,5 % säännöllisestä työajasta.

Sosiaalivakuutusjärjestelmän uudistus jatkuu. Kaikki ruotsalaiset pitkäaikaissairaat siirtyivät vuoden alusta vakuutuskassan alaisuudesta työvälitysviranomaisen piiriin.

"Kaikkiaan tämä tarkoittaa noin 54 000 henkilöä, jotka ovat saaneet sairauspäivärahaa enimmäisajan eli yli vuoden", Lindenger kertoo.

He siirtyvät kolmeksi kuukaudeksi työnvälitysviranomaisen tutustuttamisohjelmaan ja saavat aktivointitukea työttömyyskassasta. Jos henkilö ei tutustuttamisohjelman jälkeen palaa töihin, hänet voidaan siirtää toisen työmarkkinapoliittisen ohjelman piiriin. Henkilö voidaan esimerkiksi tukityöllistää, tai – jos henkilö on hyvin sairas – hänelle voidaan myöntää uusi sairauspoissaolo.

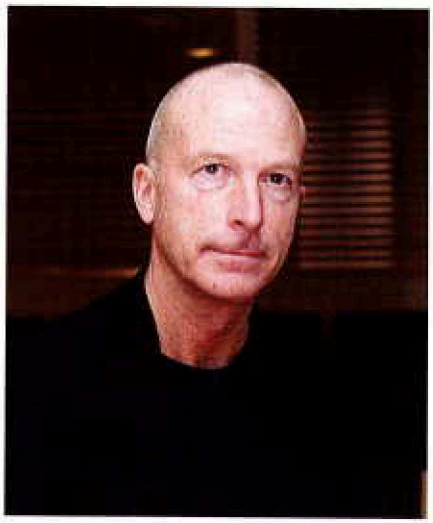
Uudistukset ovat Lindengerin mukaan herättäneet Ruotsissa kiivasta keskustelua. Monet pitkäaikaissairaat ovat huolissaan terveytensä puolesta joutuessaan tekemään työtä, johon he tuntevat itsensä liian sairaiksi.

"On ratkaistava, kuinka paljon epämukavuuden sietämistä yhteiskunta voi yksilöltä vaatia", Lindenger pohtii.

Täysi työkyvyttömyys poikkeukseksi

Myös Norjassa sairauspoissaoloista keskustellaan nyt uuteen sävyyn. Norjassa on vasta saatu aikaan uusi kolmikantasopimus, jonka keskeisen kohdan mukaan yli kahdeksan viikon sairauspoissaolon tulee olla pääsääntöisesti osa-aikaista eli joko 20-, 40-,

Kelan osastopäällikkö Elise Kivimäki sanoo, että Suomen vahvuutena ovat kattava työterveyshuolto ja toimiva erikoissairaanhoito. Esimerkiksi Hollannissa ja Ruotsissa on pulmia hallita jo yli vuoden venyneitä hoitojonoja.



Norjassa pitkät sairauspoissaolot ovat jatkossa pääsääntöisesti osa-aikaisia, kertoo osastopäällikkö Thorgeir Hernes NAV:sta.

60- tai 80-prosenttista. Taustalla on ajatus, että työ nopeuttaa toipumista ja pienentää syrjäytymisen riskiä.

Nelivuotinen sopimus on jatkoa osallistavan työelämän niin sanotulle IA-sopimukselle, joka on ollut käytössä vuodesta 2001. Osallistavan työelämän tavoitteena on alusta asti ollut vähentää sairauspoissaolojen määrää 20 %:lla, lisätä vajaakuntoisten työelämään osallistumista ja nostaa eläkeikää.

Käytännössä keinoina ovat olleet työnantajien ja NAV:n eli Norjan työ- ja hyvinvointihallinnon paikallistason väliset IA-sopimukset. Sopimukset velvoittavat työnantajia ehkäiseviin toimiin ja seurantaan. Vastalahjaksi työnantajat saavat etuja, kuten neuvontaa, yhteistoimintaa ja kymmeniä erilaisia työkaluja, joiden avulla vähentää sairauspoissaoloja. Lähes 60 % kaikista työntekijöistä työskentelee yrityksessä, jolla on IA-sopimus.

Toistaiseksi kuitenkin osallistavan työelämän tavoitteista vain eläkeikää on onnistuttu nostamaan noin puolella vuodella.

”Sairauspoissaolomme ovat yhä noin 8 % säännöllisestä työajasta, joka on lähes kaksinkertainen määrä OECD:n keskiarvoon nähden”, kertoo osastopäällikkö **Thorgeir Hernes** NAV:sta Oslosta.

> Työnantajan vastuu on monissa maissa paljon vahvempi kuin Suomessa.

IA-sopimusten lisäksi Norjan sosiaaliturvajärjestelmä on mullistettu täysin muutaman viime vuoden aikana ja toiminta on organisoitu NAV:n alue- ja paikallisyksiköihin. Hernes arvelee, että parhaita tuloksia ei ole vielä nähty, koska uudistukset eivät ole vielä valmiita. Turnausväsymystäkin alkaa olla ilmassa, sillä vuosien hanke on ollut jatkuvasti median hampaissa.

Huomio olennaiseen

Isossa-Britanniassa on suunniteltu tämän kevään aikana otettavaksi käyttöön sähköinen työkykytodistus (Fit note) korvaamaan vanha paperinen sairaustodistus (Sick note). Todistuksessa on tarkoitus neuvoa, minkä verran ja miten sairauden tai vamman kanssa voi työskennellä ja mitä työnantaja voi tehdä edistääkseen työhön paluuta.

”Haluamme keskittyä siihen, miten voimme parhaiten tukea jäljellä olevaa työkykyä ja miten voisimme kehittää työelämän joustoja. Tulevaisuudessa maassamme ei ole odotettavissa kovin hyväkuntoista työvoimaa väestön ikääntyessä ja liikalihavuuden yleistyessä”, kertoo apulaisjohtaja **Nerys Williams** työ- ja eläkeministeriön Työ- ja hyvinvointiyksiköstä Lontoosta.

Työkykytodistuksen lisäksi maassa on kehitetty muitakin menetelmiä työhönpaluun edistämiseksi. Williams kertoo, että jokaiselle pitkään sairauslomalla olleelle järjestetään ensimmäisten 13 viikon kuluessa työkykyarviointi, jonka perusteella henkilö siirtyy joko töihin tai jompaankumpaan kahdesta seurantaryhmästä. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat osallistuvat työelämään työkykynsä mukaan sekä säännöllisiin työkykyhaastatteluihin, joissa heille tarjotaan tukea valmistautua sopivaan työhön. Toiseen ryhmään rajataan täysin työkyvyttömät. Odotus on, että tällä tavoin saadaan pienennettyä täysin työkyvyttömien ryhmää yli 30 %:lla.

Ison-Britannian terveydenhuoltojärjestelmä on painottunut julkiseen terveyden-

Tulevaisuudessa maassamme ei ole odotettavissa kovin hyväkuntoista työvoimaa, sanoo apulaisjohtaja Nerys Williams Ison-Britannian työ- ja eläkeministeriöstä.

Försäkringskassanin vakuutuslääketieteen erityisasiantuntija Gert Lindenger pohtii, missä menevät vaivannäön rajat elannon hankkimisessa.

Hollannissa työnantajan ja työntekijän täytyy pystyä todistamaan, että kuntoutukseen on satsattu, kertoo vanhempi työterveyslääkäri David Bruinvels VU:n yliopiston sairaalasta.

huoltoon ja omalääkärisysteemiin. Varsinaista työterveyshuoltoa on Williamsin mukaan vain noin 4 %:ssa yrityksistä. Omalääkäri tulee edelleenkin arvioimaan työkyvyn ja täyttämään työkykytodistuksen. Huolena onkin, pystyvätkö omalääkärit käsittelemään työterveyteen liittyviä kysymyksiä riittävän hyvin.

Työnantajat keskeisesti vastuuseen

Ratkaisevaa sairauspoissaolojen hallinnassa on työnantajien osallistuminen yhteistyöhön. Hollannissa työnantajien kiinnostusta osallistua lisää se, että työnantajat maksavat sairauspoissaoloajalta täyttä palkkaa ensimmäisen vuoden ja 80 %:n palkkaa toisen vuoden ajan. Järjestelmän yksityistäminen alkoi vuonna 1996, ja sitä on kehitetty edelleen 1998, 2002 ja 2004.

Laki velvoittaa työnantajaa hankkimaan työterveyshuollon laillistetulta taholta ja arvioimaan työkyvyttömyyttä sairausvakuutuslain kriteereiden mukaan. Vanhempi työterveyslääkäri **David Bruinvels** VU:n yliopiston sairaalasta Amsterdamista valottaa työterveyshuollon portinvartijan roolia:

"Työnantajalla on velvollisuus kertoa työterveyshuollolle yli viikon sairauspoissaoloista. Kahdeksan viikon sairauspoissaolon jälkeen työterveyslääkäri kirjoittaa työkykyarvion."

Lisäksi työterveyshuollot tarjoavat työntekijöille, esimiehille ja työpaikoille yhteistyömalleja, kuten yleistä sairauspoissaolojen hallintaa ja työhönpaluuta koskevia toimintamalleja. Sairauden vuoksi poissaolijalla on nimetty yhteyshenkilö työpaikalta.

Työnantaja on velvoitettu tekemään työjärjestelyjä, ja työntekijän velvollisuus on käyttää apuvälinettä tai kokeilla uutta järjestelyä. "Jos työntekijä ei tee yhteistyötä työhönpaluun helpottamiseksi, työnantajalla ei ole enää velvollisuutta jatkaa palkanmaksua, ja työntekijä voidaan jopa irtisanoa", Bruinvels sanoo.

Työnantajan ja työntekijän täytyy myös pystyä todistamaan, että kuntoutukseen on satsattu riittävästi. Sairauspoissaolon jatkuminen edellyttää, että työntekijän ja työnantajan tekemä työhönpaluusuunnitelma arvioidaan maan sosiaalivakuutuslaitoksessa UWV:ssä kuuden viikon välein.

Englannissa Sick noten korvaa pian Fit note.

Selkeät, vuosien aikana hioutuneet roolit sekä kannusteet ja sanktiot ovat vähentäneet sairauspoissaoloja ja edistäneet työhön paluuta. Esimerkiksi pitkän, mielenterveyssyystä johtuneen sairauspoissaolon jälkeen palataan työhön Hollannissa seitsemän kertaa yleisemmin kuin Suomessa.

Tiedonkulussa parannettavaa

"Suomella on paljon opittavaa yhteistyön kehittämisestä. Työnantajan vastuu on monissa maissa paljon vahvempi kuin Suomessa. Usein yhteistyössä ovat mukana työ- ja elinkeinotoimistot, joissa etsitään aktiivisesti töitä vajaatyökykyisille", sanoo Kelan terveysosaston osastopäällikkö **Elise Kivimäki**.

Hänen mukaansa työnantajan, terveydenhuollon, Kelan ja työeläkelaitosten rooleja pitäisi täsmentää.

Terveydenhuollossa tunnetaan paikoitellen puutteellisesti päivärahan ja eläkkeen perusteet sekä toisaalta työn vaatimukset ja työolot. Siksi lausuntojen kirjoittaminen päivärahaa varten on vaikeaa. Keinoiksi Kivimäki ehdottaa lääkärien kouluttamista tai työterveyslääkärin lausunnon edellyttämistä.

Keinoja työurien pidentämiseen pohtinut Ahtelan työryhmä ehdottikin, että 90 sairauspäivän kohdalle tulisi työterveyslääkärin lausunto pakolliseksi.

Suuri osa varhaisen puuttumisen ongelmaa on, että tieto työkyvyttömyydestä ei nykyisin tule Kelaan riittävän varhain. Kivimäki pohtii työnantajien takautuvaa neljän kuukauden hakuaikaa. "Sairauspoissaolo on silloin jatkunut jo liian pitkään. Yksi vaihtoehto voisi olla takautuvan hakuajan lyhentäminen esimerkiksi kahteen kuukauteen".

"Toisaalta, jos lääkärinlausunnot siirtyisivät sähköisesti Kelaan, työkykyyn voitaisiin ottaa välittömästi kantaa. Jos näyttäisi, että työkyvyttömyys on vaarassa pitkittyä, tukitoimet saataisiin heti käyntiin. Ihminen ei jäisi myöskään tyhjän päälle odottamaan tietoa tilanteestaan."

Kelan Kyky-hankkeessa on parhaillaan käynnissä kokeiluja, joissa Kela voi potilaan luvalla välittää käytössään olevia tietoja työterveyshuoltoon ja toisinpäin. Hankkeessa kehitetään keinoja nopean työhön paluun tueksi. ■

Eurooppalaiset asiantuntijat kertoivat maansa parhaista käytännöistä ja kehittämisen kohteista Kelassa 21.1.2010 järjestetyssä Kyky-seminaarissa.

Asiantuntijalääkäri perustaa arvionsa lainsäädäntöön

Vakuutuslääketieteellinen näkökulma sairauksiin eroaa hoidollisesta näkökulmasta.

Kelassa kuten muissakin vakuutuslaitoksissa tarvitaan asiantuntijalääkäreitä valmistelemaan lääketieteellisiä asioita ja tukemaan sairauden perusteella myönnettävien etuuksien ratkaisutyötä.

Kelan keskushallinnossa työskentelee noin 30 asiantuntijalääkäriä, joista suurin osa on päätoimisia. Heidän työnsä painottuu lainsäädännön valmisteluun osallistumiseen ja soveltamisohjeiden laatimiseen.

Lisäksi Kelalla on ympäri maata vakuutusalueilla noin 250 asiantuntijalääkäriä, joista yli puolet työskentelee osa-aikaisesti. Vakuutusalueilla lääkärit osallistuvat etuusasioiden käsittelyyn vakuutuslääketieteen asiantuntijoina ja antavat arvioita etuusratkaisujen tueksi. Arvioita pyydetään esimerkiksi sairauspäiväraha-, kuntoutus-, vammaisetuus- ja lääkekorvausasioissa. Asiantuntijalääkäri arvioi sairauksia, niiden kehitystä ja ennustetta sekä lääketieteen että lainsäädännön näkökulmasta.

”Asiantuntijalääkärin tehtävä on arvioida hoitavan lääkärin kirjoittamasta lausunnosta ja muista selvityksistä, täyttyvätkö lainsäädännössä määritellyt etuuden myöntämisen kriteerit”, Etelä-Suomen vakuutusalueen ylilääkäri **Kyösti Haukipuro** tiivistää.

Asiantuntijalääkäreiden tärkeimpiä si-

KUVA ARTTU RAJAMÄKI

Kyösti Haukipuro uskoo, että yksinkertaisempi lääkekorvausjärjestelmä säästäisi lääkäreiden työaikaa sekä terveydenhuollossa että Kelassa.

dosryhmiä ovat julkiset ja yksityiset terveydenhuollon toimijat. Yhteistyö on enimmäkseen koulutusta, yhteistyökokouksia ja neuvotteluita. Sen sijaan harvoin otetaan yhteyttä hoitavaan lääkäriin yksittäisen asiakkaan etuusasiassa. Sekä asiantuntijalääkärit että hoitavat lääkärit toivovat, että tulevaisuudessa tieto Kelan päätöksistä voitaisiin joustavasti välittää myös lääkärinlausunnon kirjoittajalle.

"Palaute palvelisi asioiden oppimista varsinkin silloin, kun päätös on kielteinen."

Kelan Kyky-hankkeeseen liittyen Espoon, Etelä-Karjalan ja Kainuun vakuutuspiireissä kokeillaan parhaillaan, miten Kela ja terveydenhuollon eri toimijat voisivat asiakkaan luvalla tehostaa keskinäistä tietojen vaihtoaan.

Kaksi näkökulmaa työkyvyn arviointiin

Moni etuutta hakeva ihmettelee, miksi Kela ei noudata hoitavan lääkärin suosituksia ja ehdotuksia – tunteehan hoitava lääkäri potilaansa terveydentilan paremmin kuin pelkästään asiakirjoja tutkiva asiantuntijalääkäri.

"Hoitava lääkäri ja asiantuntijalääkäri toimivat eri rooleissa ja arvioivat tilannetta eri näkökulmista.

Hoitava lääkäri keskittyy diagnostiikkaan, hoitamiseen ja toimintakyvyn kuvaamiseen, mutta ei välttämättä ole kovin tarkkaan selvillä etuuden myöntämisperusteista. Asiantuntijalääkärin tehtävä on punnita, miltä potilaan tilanne näyttä sosiaalivakuutuksen näkökulmasta, ja näin varmistaa asiakkaiden yhdenmukainen ja tasa-arvoinen kohtelu."

> Ulkopuolista arviointia tarvitaan kaventamaan näkemyseroja.

Asiantuntijalääkäri voi verrata yksittäisen hakijan tilannetta suureen määrään samankaltaisia tapauksia ja suhteuttaa yksittäisen ratkaisun laajempaan kokonaisuuteen.

"Vakuutuslääketieteellinen arviointi on asiakkaiden yhdenvertaisuuden kannalta tärkeää. Hoitavien lääkäreiden näkemykset saattavat myös poiketa toisistaan – tätäkin eroa kaventamaan tarvitaan ulkopuolista arviointia", Haukipuro uskoo.

Kelan Etelä-Suomen alueen asiantuntijalääkäreistä 90 %:lla on erikoislääkärin pätevyys. Heillä on myös pitkä kliininen työkokemus. Osalla Kelan asiantuntijalääkäreistä on lisäksi Lääkäriliiton myöntämä vakuutuslääketieteen erityispätevyys. Vakuutuslääketieteeseen erikoistuneita lääkäreitä työskentelee myös vakuutuslaitoksissa.

"Suurin osa asiantuntijalääkäreistä toimii myös kliinikkoina. Asiantuntijalääkäri tietysti jäävää itsensä hakemuksen käsittelystä, jos hän on hoitavana lääkärinä kirjoittanut lausunnon Kelaan. Asiantuntijalääkärit eivät ole ollenkaan ulkona siitä maailmasta, mistä lääkärinlausunnot tulevat", Haukipuro painottaa.

Asiantuntijalääkärin tärkeimmät dokumentit ovat hoitavan lääkärin kirjoittamat lausunnot. Lääkärinlausunnon lomakepohjat sekä ohjeet niiden täyttämiseksi ovat lääketieteellisessä verkkopalvelu Terveysportissa. Ohjeista selviää, millaista kuvausta lausuntoihin tarvitaan potilaan hakemasta etuudesta riippuen.

"Lääkärinlausuntojen laatu on sangen kirjava. Hyvässä lausunnossa on tarkkaan mietitty, mitä varten se on kirjoitettu: onko lausunto arvio työkyvystä vai hakemus vammaisetuutta tai kenties lääkkeiden erityiskorvausoikeutta varten. Olennaiset tiedot on osattu tuoda esiin. Mutta on myös huomattavan niukkoja ja puutteellisia lausuntoja, joista ei selviä, miksi ne on tehty."

"Lääkärinlausunnon merkitys on sitä suurempi, mitä pidempää aikaa etuusratkaisu koskee. Kun kyse on sairauspäiväraha- tai työkyvyttömyyseläkeoikeudesta, sairauksien lisäksi pitää kuvata sitä, millä tavalla sairaudet vaikuttavat henkilön työkykyyn siinä työssä, josta hänen oletetaan selviytyvän. Työkykyä arvioitaessa ammattialan merkitys on olennainen. Fyysinen vamma haittaa enemmän ruumiillisesti raskaassa kuin kevyessä työssä. Masennus taas vie nopeammin työkyvyn henkisesti vaativassa kuin suorittavassa työssä."

Enemmän aikaa yhteistyölle

Kyösti Haukipuron mukaan nykyinen lääkekorvausjärjestelmä on liian raskas. Yksinkertaisempi korvauskäytäntö säästäisi lääkärityövoimaa niin terveydenhuollossa kuin Kelassa.

"Kun lääkkeiden korvausoikeuksia myönnetään tietyn sairauden tai lääkkeen perusteella, terveydenhuolto joutuu kirjoittamaan runsaasti lausuntoja, jotka tulevat Kelan asiantuntijalääkäreiden arvioitaviksi. Tämä lausunnonpyöritys syö terveydenhuollon resursseja tärkeämmältä potilastyöltä, kuten työkyvyn ja kuntoutusasioiden selvittelyltä."

Haukipuro esittää ratkaisuksi jo monissa maissa käytössä olevaa kustannusperusteista korvausjärjestelmää, jossa satunnaisilla ja suhteellisen vähäisillä lääkekustannuksilla olisi korkeampi omavastuu. Jos lääkekustannukset kasvaisivat sairauksien vuoksi, myös korvausaste nousisi ja omavastuuosuus pienenisi. Silloin ei tarvittaisi erillisiä lääkärinlausuntoja erityiskorvausoikeuden osoittamiseksi.

"Kelassa järjestelmän yksinkertaistaminen säästäisi asiantuntijalääkäreiden ja toimihenkilöiden aikaa ja antaisi lisää mahdollisuuksia esimerkiksi yhteistyökumppaneiden koulutus- ja ohjaustehtäviin." ■

Heini Lehikoinen

Lisääkö vuorotyö riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin?

Tuore tutkimus ei tue näkemystä, että vuorotyö olisi yhteydessä suurempaan sydän- ja verisuonitautisairastavuuteen.

KAROLIINA KOSKENVUO
Erikoistutkija,
Kelan tutkimusosasto

TYÖSTRESSIN TERVEYSVAIKUTUKSIA selvittävällä tutkimuksella on perinteitä jo noin 40 vuoden ajalta. Yksi keskeinen kiinnostuksen alue työolojen terveysvaikutuksia selvittävässä tutkimuksessa on ollut vuorotyön ja sepelvaltimotautiriskin yhteyden selvittäminen. Tutkimukset ovat kuitenkin antaneet ristiriitaisia tuloksia vuorotyön terveysvaikutuksista.

Vuorotyön on katsottu häiritsevän normaalia vuorokausi- ja unirytmiä ja vaikuttavan haitallisesti terveellisten elintapojen ylläpitoon, kuten säännölliseen liikuntaan ja terveelliseen ravintoon. Nämä taas ovat mahdollista sepelvaltimotautisairastavuutta lisääviä riskitekijöitä. Useimmat tutkimukset ovat koskeneet vain miehiä, joten vuorotyön yhteydestä naisten suurempaan sydän- ja verisuonitautisairastavuuteen ei juuri ole tietoa.

Tuoreessa tutkimuksessa vuorotyön yhteyttä sydän- ja verisuonitautien ilmaantuvuuteen analysoitiin monipuolisesti hyödyntämällä kysely- ja rekisteriaineistoja sekä 22 vuoden seurantaa. Aineisto käsitti 20 142 työikäistä suomalaista (Suomen kaksoskohortti -tutkimus, TwinKela-tutkimus), joiden kuolleisuutta, verenpainelääkkeiden käyttöä ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä sydän- ja verisuonitautien takia seurattiin vuosina 1982–2003. Työaikamuotoja (päivätyö/yötyö/vuorotyö) koskevat tiedot saatiin kyselytutkimuksista vuosilta 1975 ja 1981. Elinaika-analyyseissa otettiin huomioon 14 sosiodemografista ja elintapoihin liittyvää tekijää, jotka mahdollisesti voisivat vaikuttaa tuloksiin vuorotyön yhteydestä sydän- ja verisuonitautisairastavuuteen.

Seurannan kuluessa 721 henkilöä oli siirtynyt työkyvyttömyyseläkkeelle sydän- ja verisuonitautien takia, 857 oli kuollut sepelvaltimotautiin ja 2 642 henkilöä oli saanut erityiskorvattavaa lääkitystä verenpainetautiin. Tulokset eivät tue näkemystä vuorotyön yhteydestä mies- eikä naistyöntekijöiden sydän- ja verisuonitautisairastavuuteen.

Vuorotyötä sekä 1975 että 1981 tehneillä riski kuolla sepelvaltimotautiin, siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle sydän- ja verisuonitautien takia tai sairastua verenpainetautiin ei tilastollisesti merkitsevästi eronnut säännöllistä päivätyötä tehneiden riskistä. Ainoastaan naisilla, jotka olivat siirtyneet päivätyöstä (1975) vuorotyöhön (1981), havaittiin suurempi riski siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle sydän- ja verisuonitautien takia. Tämä tulos saattaa selittyä siitä, että vuorotyön aloittaneilla naisilla lisääntyi myös riski aloittaa tupakointi uudelleen.

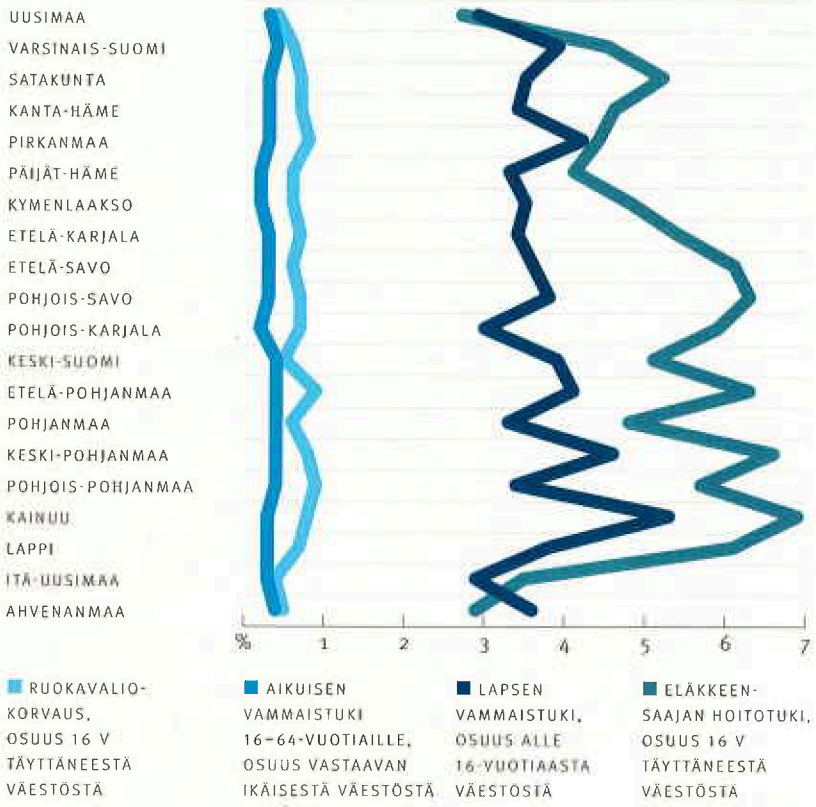
Vaikka vuorotyötä tehneiden riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin ei eronnut säännöllistä päivätyötä tehneiden riskistä, vuorotyössä olleet miehet harrastivat vähemmän liikuntaa ja olivat useammin elämäänsä tyytymättömiä kuin säännöllistä päivätyötä tehneet.

Vuorotyössä olleilla naisilla ylipaino oli yleisempää verrattuna säännöllistä päivätyötä tehneisiin naisiin. Vuorotyötä tehneissä oli myös enemmän lyhytunisia kuin säännöllistä päivätyötä tehneissä. Tulisikin kiinnittää erityistä huomiota siihen, että vuorotyössä käyviä kannustetaan edistämään terveellisiä elintapoja sekä luodaan heille mahdollisuuksia ylläpitää niitä. ■

Lue lisää › Christer Hublin, Markku Partinen, Karoliina Koskenvuo, Karri Silventoinen, Markku Koskenvuo, Jaakko Kaprio: Shift-work and cardiovascular disease: a population-based 22-year follow-up study. Eur J Epidemiol 2010. DOI 10.1007/s10654-010-9439-3.

KUVA HANNA HIITTO

VAMMAISETUUKSIA SAAVIEN VÄESTÖOSUUDET MAAKUNNITTAIN 31.12.2009



Vammaisetuuksien saajia vähiten Etelä-Suomessa

Itä- ja Pohjois-Suomessa vammaisetuuksia saavien väestöosuus on 1,7-kertainen Etelä-Suomeen verrattuna.

REETA PÖSÖ
Suunnittelija,
Kelan aktuaari- ja tilasto-osasto

KELAN VAMMAISILLE MAKSAMIA etuuksia ovat alle 16-vuotiaan vammaistuki, 16 vuotta täyttäneen vammaistuki ja eläkettä saavan hoitotuki sekä ruokavaliokorvaus. Vammaisetuuksien tarkoitus on tukea vammaisten ja pitkäaikaisesti sairaiden henkilöiden itsenäistä selviytymistä ja elämänlaatua.

Vammaisetuuksien saajia oli vuoden 2009 lopussa yhteensä 268 500, mikä on 5,0 % koko väestöstä. Heistä 243 000 oli kolmiportaisen vammaisetuuden eli lapsen vammaistuen, aikuisen vammaistuen tai eläkettä saavan hoitotuen saajia Ruokavaliokorvauksen saajia oli 27 600. Ruokavaliokorvausta voi saada yhtä aikaa aikuisen vammaistuen tai eläkettä saavan hoitotuen kanssa.

Vammaisetuuksia saavien osuus väestöstä vaihtelee alueellisen väestörakenteen mukaan. Kuviossa on esitetty eri etuuslajien väestöosuudet maakunnittain. Etelä-Suomen maakunnissa (Uusimaa, Itä-Uusimaa, Kanta-Häme, Päijät-Häme, Kymenlaakso) vammaisetuuksia saavien väestöosuus oli vain 3,7 %. Itä-Suomen maakunnissa (Pohjois- ja Etelä-Savo, Pohjois- ja Etelä-Karjala) ja Pohjois-Suomen maakunnissa (Lappi, Pohjois-Pohjanmaa, Kainuu) etuuksia saavien osuus oli 1,7 kertaa suurempi.

Tarkasteltaessa maakunnittaisia väestöosuuksia etuuslajeittain havaitaan, että eläkettä saavan hoitotukea saavien osuus 16 vuotta täyttäneestä väestöstä oli pienin Ahvenanmaan ja Uudenmaan (2,9 ja 2,7 %) maakunnissa. Suurin tätä hoitotukea saavien väestöosuus (6,9 %) oli Kainuussa.

> Lapsilla vammaistuen sairausperusteet vaihtelevat eri maakunnissa.

Lapsen vammaistukea saavien osuus maakunnan alle 16-vuotiaasta väestöstä oli pienin (noin 3 %) Uudellamaalla ja Pohjois-Karjalassa ja suurin Kainuussa (5,3 %). 16 vuotta täyttäneen vammaistukea saavien osuus 16–64-vuotiaasta väestöstä oli koko maassa 0,4 %:n tasoa, maakuntien erot olivat vähäisiä. Ruokavaliokorvauksen saajien osuus 16 vuotta täyttäneestä väestöstä oli alle prosentin. Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan maakunnissa se oli pienin, 0,4 %.

Alle 16-vuotiaan vammaistuen ja eläkettä saavan hoitotuen saajien yleisin sairausperuste vuonna 2009 oli mielenterveyden häiriöt. Aikuisen vammaistuen saajilla suurin sairausryhmä oli korvan ja kartiolisäkkeen sairaudet. Ruokavaliokorvaus myönnetään keliakian perusteella.

Maakuntien välillä on selviä eroja sairausperusteissa lapsen vammaistuen saajilla. Varsinais-Suomessa puolet sai alle 16-vuotiaan vammaistukea mielenterveyden häiriöiden perusteella, kun vastaava luku oli Etelä-Pohjanmaalla vain 32 %. Lapsissa lapsen vammaistukea sai hengityselinten sairauden perusteella 17 % saajista, Kymenlaaksossa vain vajaat 5 %.

Myös 16 vuotta täyttäneen vammaistuen saajilla alueelliset erot näkyivät erityisesti mielenterveyden sairauksien ryhmässä. Vajaa kymmenesosa sai tällä sairausperusteella vammaistukea Uudellamaalla sekä Etelä- ja Pohjois-Karjalassa. Keski-Pohjanmaalla yli kolmanneksella vammaistuen sairausperusteena oli mielenterveyden häiriöt. ■

Lue lisää Vammaisetuuksien tilastokatsauksesta
› www.kela.fi/tilasto

Sitkeää jarrutusta lääkekorvauskuluissa

Lääkevaihto, lääkkeiden tukkuhintojen lasku 5 %:lla ja viitehintajärjestelmä ovat ne jarrut, jotka onnistuivat hidastamaan lääkekustannusten kasvua 2000-luvulla.

Vuonna 2003 toteutettu lääkevaihto säästi ensimmäisenä vuonna asiakkaan ja sairausvakuutuksen lääkekuluja 29 miljoonaa euroa ja hinnanalennuksina lisäksi 59 miljoonaa euroa. Myöhemmiltä vuosilta ei ole luotettavaa tietoa.

Viime vuoden aprillipäivänä aloitettu viitehintajärjestelmä jatkaa lääkevaihtoa. Asiakas saa sairausvakuutuslain mukaisen lääkekorvauksen viitehinnan mukaan. Viitehinta on 1,50 tai 2 euroa kalliimpi kuin ryhmän halvin tuote. Jos lääkäri on kieltänyt vaihtamasta lääkettä, potilas saa korvauksen määrätystä lääkkeestä.

Kalliimman tuotteen valinnut asiakas joutuu maksamaan itse kalliimman tuotteen ja viitehinnan erotuksen.

Viitehintajärjestelmä – joka kattaa pääosan kansansairauksien lääkkeistä – säästi viime vuonna sairausvakuutuskorvauksia 52 miljoonaa euroa. Asiakkaat säästivät lisäksi 33 miljoonaa.

KUVAT LEHTIKUVA, VAILLA ADBOLA, NAINA UITTO

Sinikka Rajaniemi toimi aiemmin Hilan johtajana. Hän aloitti marraskuussa uuden Fimean eli Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen ylijohtajana.

"Tänä vuonna lääkekorvausten kustannuskasvu tuskin jää yhtä pieneksi kuin viime vuonna. Silti viime vuonna saavutetut tulokset eivät katoa", Jaana Martikainen pohtii.

Kela maksoi lääkekorvauksia sekä vuonna 2008 että 2009 yli 1,2 miljardia euroa. Viime vuonna kasvua oli vain 0,2 %, kun se toissa vuonna oli 8,8 %.

Viitehintauudistus ylitti odotukset

Sosiaali- ja terveysministeriön alainen Lääkkeiden hintalautakunta (Hila) vahvistaa, mitkä lääkkeet, kliiniset ravintovalmisteet ja perusvoiteet otetaan korvausjärjestelmään ja millä hinnalla. Hila myös määrittää lääkkeiden viitehinnat neljästi vuodessa.

Hilan uusi johtaja Lauri Pelkonen sanoo, että viitehintajärjestelmä onnistui lisäämään hintakilpailua jopa enemmän kuin valtiovalta tavoitteli.

Lääkkeiden kehittäminen on kallista. Pelkonen kuitenkin muistuttaa, että lääkeyhtiöt ovat käyttäneet kehitystyöhön vähemmän rahaa kuin esimerkiksi markkinointiin.

Lääkkeiden hintaa nostaa etenkin se, että uudet lääkkeet kohdistuvat yhä pienemmälle kohderyhmälle. Lääketeollisuus haluaa uudet lääkkeet nopeasti korvausjärjestelmään.

"Olennaista ei ole, onko lääke uusi vai vanha, vaan lääkkeen osoitettu hoidollinen arvo ja kustannusvaikuttavuus. Näiden arviointi on iso haaste. Uudesta lääkkeestä ei voi tietää laajasti", Pelkonen vastaa.

Yhteiskunnan varat ovat rajalliset, ja Pelkonen huomauttaa, kuinka sairausvakuutuslain keskeinen tavoite on turvata kaikille laadukkaat ja kohtuuhintaiset lääkkeet.

"Erityiskorvausjärjestelmä osaltaan mahdollistaa, että korvauksia kohdennetaan isoimpaan tarpeeseen."

Juuri työnsä aloittanut Lääkepolitiikka 2020 -työryhmä linjaa myös korvausjärjestelmän kehittämistä. Linjausten on määrä valmistua loppuvuonna.

Kloonilääkkeillä iso säästö

Kela toimeenpanee Hilan päätökset eli maksaa lääkärin määräämistä lääkkeistä sairausvakuutuskorvauksen. Kelan lääketutkimuspäällikkö **Jaana Martikainen** luonnehtii kaikkien isojen uudistusten onnistuneen.

"Viitehintajärjestelmän onnistumista edisti vaihdettavien lääkkeiden valikoiman laajeneminen. Tästä kertyi viime vuonna valtaosa säästöistä."

Martikainen sanoo, että viime vuosina uudet kustannukset ovat nousseet erityisesti erityiskorvattavissa lääkkeissä. Niihin on tullut paljon uusia lääkeaineita, joihin hintakilpailu ei ole ehtinyt vaikuttaa. Lisäksi sekä potilasjoukot että potilaan omavastuut ovat pienehköjä.

> Lääkeyhtiöt ovat käyttäneet lääkkeiden kehitystyöhön vähemmän rahaa kuin markkinointiin.

Martikainen myöntää lääketeollisuuden kritiikin täsmäävän siinä, että korvausjärjestelmä on monimutkaistunut. Usein korvauspäätökset edellyttävät lääkärinlausuntoa ja melkoisesti hallintotyötä sekä lääkäreiltä että viranomaisilta.

"Jos korvausjärjestelmä ei ohjaa lääkäreiden määräyskäytäntöä, on sitä ohjattava muilla keinoilla. Esimerkiksi Ruotsissa, jossa korvausjärjestelmä perustuu kokonaan potilaalle kertyviin lääkekustannuksiin, ohjeistetaan lääkäreitä tarkasti, mitkä hoidot ovat ensisijaisia, mitkä toissijaisia. Lisäksi joillakin alueilla on tyystin kielletty lääke-edustajien käynti."

Lääkekorvauskustannusten hillitsemisen oheen Martikainen toivoo, että tarkastellaan myös lääkekorvausten kohdentumisen oikeudenmukaisuutta. Vuotuinen potilaan maksukatto on pienituloiselle korkea.

Hilan tuore johtaja Lauri Pelkonen myhäilee, että lääkekorvauskustannukset ovat laskeneet jopa enemmän kuin maan hallitus tavoitteli.

Uusi lääke tuo harvoin lisähyötyä

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea aloitti marraskuussa. Sen ylijohtaja **Sinikka Rajaniemi** toteaa, että ainakin ensimmäisenä vuonna uudistukset ovat onnistuneet sekä lääkevaihdossa että viitehintajärjestelmässä. Lääkeyritysten välinen hintakilpailu on jopa ylittänyt odotukset.

Rajaniemi ei niele lääketeollisuuden arvostelua siitä, että Suomessa uudet lääkkeet otetaan hitaasti korvausjärjestelmään. Hän sanoo uusien lääkkeiden pääsevän tarpeeksi nopeasti korvausjärjestelmään, jos lääkeyritys osoittaa uuden lääkkeen hyödyn ja ehdottaa lääkkeelle järkevää hintaa. Käyttökustannusten pitää olla kohtuulliset muihin hoitovaihtoehtoihin verrattuina.

"Kun lääkkeitä – varsinkin niitä, joissa on uusi lääkeaine – tutkittiin Euroopassa pitkältä ajalta, havaittiin, että yli 90 % uusista lääkkeistä ei tuonut odotettuja lisähyötyjä", hän napauttaa.

Lääkehinta muodostuu lääkeyrityksen, tukkukaupan ja apteekin katteista sekä arvonlisäverosta. Rajaniemi huomauttaa lääkehintojen olleen Suomessa korkeampia kuin monessa muussa maassa.

Rajaniemen mukaan Suomessa 2000-luvun alussa asiakkaan ja yhteiskunnan lääkemenot ovat kasvaneet nopeammin kuin muissa Pohjoismaissa. Ruotsi aloitti uudistukset ennen Suomea ja sai menokasvun laskettua moneksi vuodeksi noin prosenttiin.

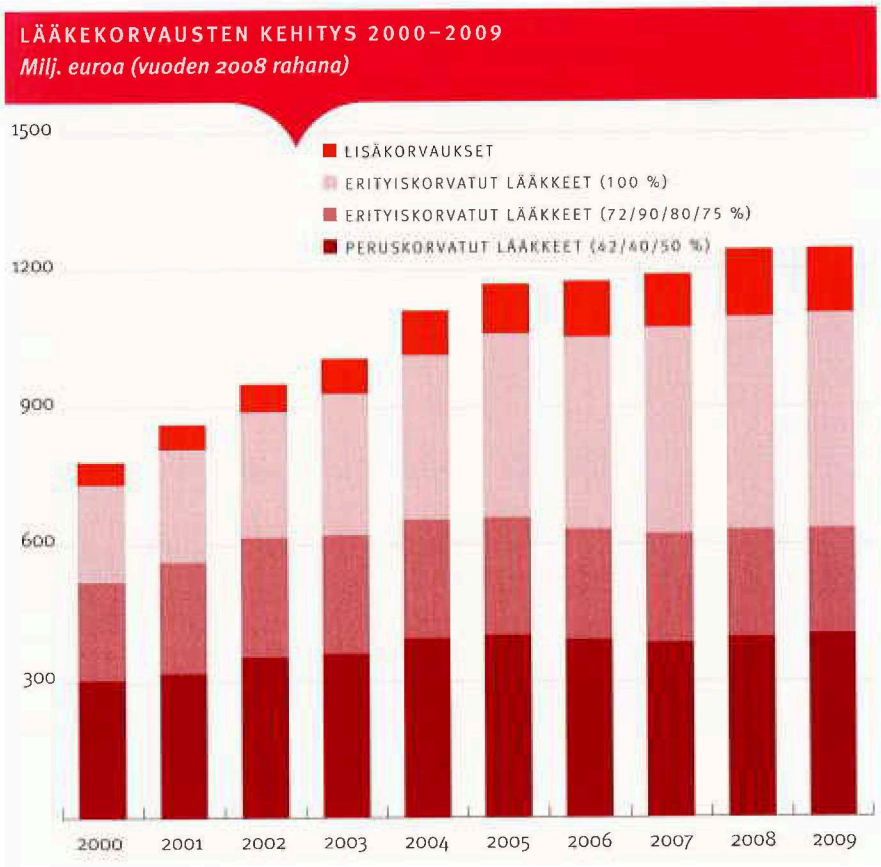
Lääkepolitiikka 2020 -työryhmä tekee strategisia linjauksia myös lääkekorvausjärjestelmään. Rajaniemi sanoo, että kaikkea tarkastellaan kansalaisen parhaan ja rahoituksen kestävyyden kannalta. Ministeriössä painottuvat heikot talousnäkymät.

Rajaniemen mukaan Suomen viranomaiset aikovat pitää itsehoitolääkkeet apteekissa jo siksi, että kaikilla lääkkeillä on haittavaikutuksia. Oikea neuvonta myös itsehoitolääkkeistä on välttämätöntä.

"Pieneltä tuntuvat uudistukset ovat suositeltavia. Kuopion yliopisto selvitti pari vuotta sitten, että yli 220 000 suomalaista palautti vuodessa apteekkeihin noin 1,6 miljoonaa tarpeetonta lääkepakkausta. Koska lääkehävikki on iso, lääkkeen kokeiluvaiheessa hoitava lääkäri voisi määrätä aina pienimmän pakkauksen", Rajaniemi suosittaa.

"Jotta lääkehoito toimii, lääkettä pitää käyttää ohjeen mukaisesti. Huonoin vaihtoehto on jättää lääke käyttämättä. Varsinkin oireettomissa verenpainesairauksissa lääke usein unohtuu", Rajaniemi päättelee. ■

Hannu Kaskinen



Lääkekorvausjärjestelmän uudistukset 2000-luvulla:

- 2003 lääkevaihto
- 2006 lääkkeiden tukkuhintojen 5 %:n leikkaus
- 2009 viitehintajärjestelmä

KUVA MATTI SULANTO

Lääketeollisuus haluaa tasata riskejä

Jos lääkkeen käyttö ylittää sovitun rajan, lääkeyritys voisi antaa korvausjärjestelmälle paljousalennuksen.

Lääketeollisuus on jo kauan esittänyt, että Suomi ottaisi mallia Ruotsin ja Tanskan lääkekorvausjärjestelmistä. Niissä potilaan lääkekorvaus nousee lääkekustannusten tahdissa. Valtio vaikuttaa korvauskustannuksiin säätelemällä omavastuuta, korvaustasoja, lääkekattoa ja lääkkeiden hintoja.

Lääketeollisuuden toimitusjohtaja **Suvi-Anne Siimes** haluaa lisäksi, että Suomessa selvitettäisiin lääkeyritysten ja korvausjärjestelmän riskinjakoa. Jos käyttö ylittää sovitun rajan, lääkeyritys antaa korvausjärjestelmälle paljousalennuksen.

”Riskinjaosta on sovittu monessa Euroopan maassa. Meilläkin pitäisi katsoa, miten kustannuksia ja aitoja riskejä jaetaan. Edes teollisuus ei tiedä, kuinka hyväksi lääke osoittautuu ja paljonko sen käyttö yleistyy.”

1 MIKSI LÄÄKKEET OVAT SUOMESSA KALLIITA?

Lääkkeiden tukkuhinnat ovat meillä alle eurooppalaisen keskitason. Lääkkeiden kehityskustannukset eivät alene sitä mukaa kuin käyttäjäryhmä pienenee. Tuotekehitysputkissa ei ole isoille potilasryhmille tarkoitettuja lääkkeitä.

2 KUINKA LÄÄKETEOLLISUUS NÄKEE SUOMEN LÄÄKEKORVAUSJÄRJESTELMÄN?

Suomen järjestelmä on potilaille monimutkainen. On vaikea ymmärtää, että lääkkeen korvattavuus riippuu siitä, minkä sairauden hoitoon se on määrätty.

Erityiskorvattavuuden saaminen kestää meillä vuosia pidempään kuin muualla Euroopassa. Hitaus kuormittaa eniten vakavasti sairaita potilaita, koska erityiskorvattavat lääkkeet on suunnattu heille.

Huono kokemus jostakin lääkkeestä tai yhden lääkeryhmän kalleus ei kuitenkaan saisi estää hahmottamasta kehittämistarpeita.

3 EIKÖ OLE SELVÄÄ, ETTÄ UUDEN LÄÄKKEEN KUSTANNUSTEHOKKUUDESTA HALUTAAN VARMA NÄYTTÖ?

On tärkeää, että viranomaiset ja teollisuus yhdessä seuraavat lääkkeiden haittavaikutuksia. Jos mitään lääkkeitä ei oteta käyttöön, ennen kuin ollaan varmoja niiden kaikista mahdollisista vaikutuksista, uusien lääkkeiden tuomat hyödyt jäävät saamatta.

Jos jokin potilasryhmä selvästi hyötyisi uudesta lääkkeestä, se pitäisi ottaa nopeasti käyttöön myös Suomessa. Riskinjakosopimus takaisi, että kustannukset pysyisivät hallinnassa.

Ruotsissa viranomainen ei tingi vakavaan sairauteen tulevan uuden lääkkeen hinnasta niin paljon kuin lääkkeestä, joka on tarkoitettu lievään sairauteen, etenkin jos siihen on jo monia hoitovaihtoehtoja. Sekä terveydenhuollon että potilaiden näkökulmasta jotkut lääkkeet ovat toisia arvokkaampia.

4 PITÄISIKÖ ITSEHOITOLÄÄKKEITÄ MYYDÄ KAUPOISSA JA KIOSKEISSA?

Kannatamme sitä, että itsehoitolääkkeet myydään apteekeista. Suomessa tarvitaan koko maan kattava apteekkijärjestelmä, että reseptilääkkeet saadaan jaettua. Siksi myös itsehoitolääkkeiden jakelua pitää tarkastella terveydenhuollon kehittämisen näkökulmasta.

5 MITÄ PITÄISI TEHDÄ LÄÄKKEIDEN KASVAVILLE KORVAUSMENOILLE?

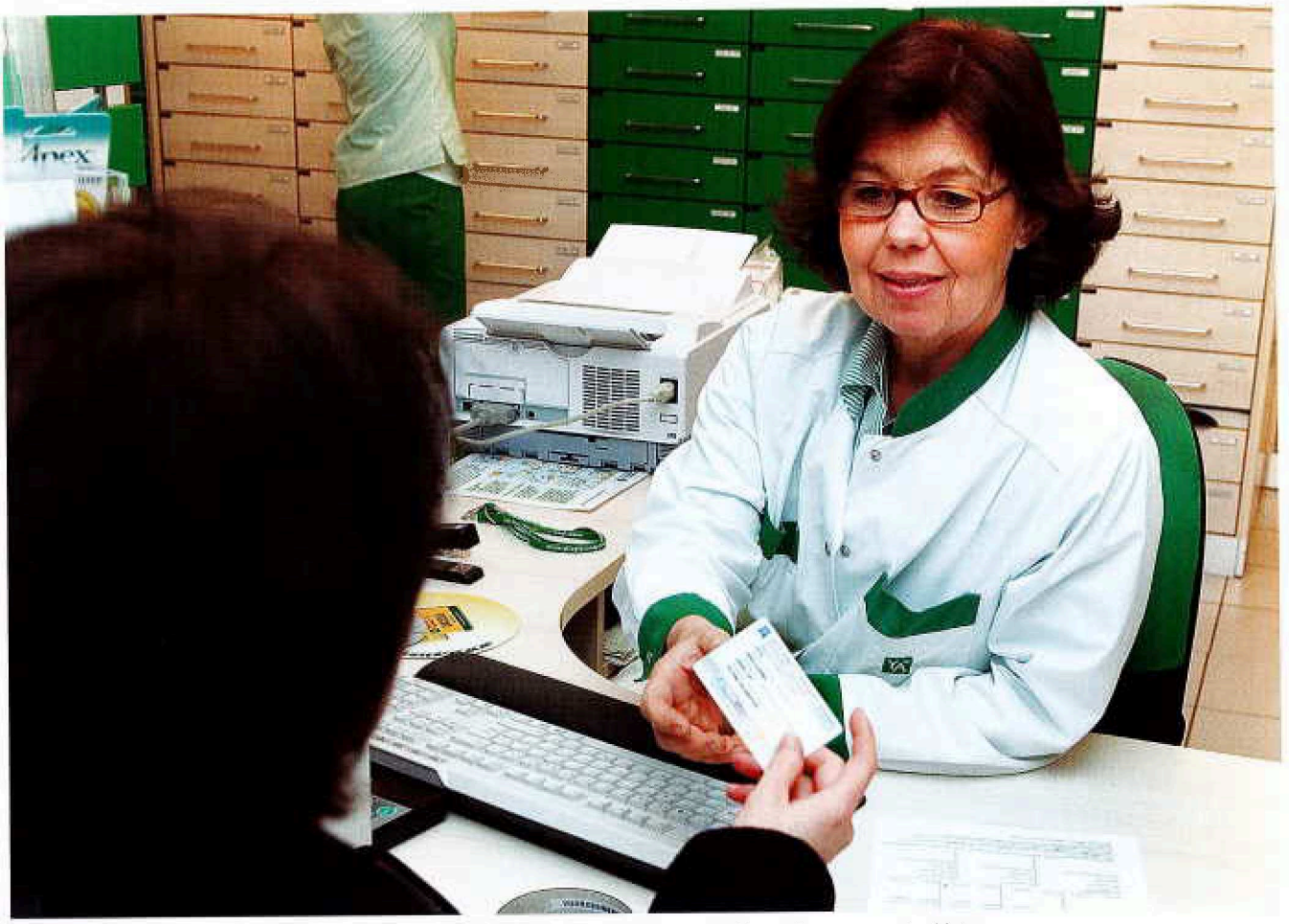
Edellisen hallituksen aikana päätettiin, että korvausmenot eivät saa reaalisesti kasvaa viittä prosenttia enempää 2006–2011. Kuluneina vuosina tähän on päästy, joten emme tarvitse lisää säästöjä.

Nyt on syytä hallitusti miettiä, kuinka yhteiskunta voi myös jatkossa hyötyä lääkekehityksestä. Uudistuksia pitää tehdä silloin, kun tilanne on vakaa. Nyt olisi aikaa rauhalliselle ja analyyttiselle keskustelulle, kun lääkehuollossa ei ole kriisiä.

6 MITEN LÄÄKETEOLLISUUS OSALLISTUU KORVAUSJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISEEN?

STM on kutsunut myös lääketeollisuuden Sosiaali- ja terveysministeriö 2020 -työryhmään. On hienoa, että saamme olla mukana! Asioiden muuttaminen on aina hidasta. Siksi on tärkeää, että sidosryhmien signaalit kuullaan ajoissa. ■

Hannu Kaskinen



Asiakas on jo 40 vuoden ajan saanut sairausvakuutuskorvauksen ostamastaan lääkkeestä suoraan apteekista.

Kelan ja apteekkien yhteistyö toimii

Yhteistyötä ja tutustumista toivotaan kuitenkin lisää..

TEIJA UUSITALO
proviisori

MINNA TIITTANEN
proviisori

LEENA SAASTAMOINEN
FaT, erikoistutkija
Kelan tutkimusosasto

APTEEKIT OVAT YKSI Kelan merkittävimmistä yhteistyökumppaneista. Vuosittain yli 25 miljoonaa lääkekorvausta maksetaan suoraan apteekkien kautta. Tämä suorakorvausjärjestelmä on toiminut jo 40 vuotta. Tuoreen tutkimuksen mukaan apteekkien ja Kelan yhteistyön toimivuuteen ollaan tyytyväisiä.

Kysely tehtiin toukokuussa 2009 Kelan toimihenkilöille ja apteekeille Kelan Etelä- ja Itä-Suomen vakuutusalueilla. Molemmat kyselyt toteutettiin sähköisesti. Kyselyt lähetettiin 79:lle lääkekorvausten kanssa tekemisissä olevalle Kelan toimihenkilölle ja 304 apteekkiin. Kelan toimihenkilöistä vastasi 63 % ja apteekkien edustajista 39 %. Kyselyyn vastaaminen näytti kiinnostavan apteekkihenkilöstöä selvästi vähemmän kuin Kelan toimihenkilöitä.

Kelan vastaajista 96 % ja apteekkien vastaajista 80 % katsoi yhteistyön toimivan hyvin. He katsoivat apteekkilaisia useammin, että asioiden hoito on sujuvaa ja apteekkihenkilöstö saa nopeasti vastaukset lääkekorvauksiin liittyviin kysymyksiin.

Yleisin yhteistyön muoto Kelan ja apteekkien välillä oli lainsäädäntöön ja sopimuksiin perustuvan kanssakäymisen lisäksi yhteydenpito ja neuvonta puhelimitse. Seuraavaksi eniten oli Kelan järjestämiä koulutustilaisuuksia. Internetiä käytettiin jonkin verran. Osalle apteekeista oli sovittu oma puhelinpalvelunumero Kelaan. Muu yhteistyö, esimerkiksi tapaamiset, vierailut tai yhdyshenkilöiden sopiminen, oli harvinaisempaa. Kelan toimihenkilöt kokivat nykyisen yhteistyön hieman vilkkaammaksi kuin apteekin henkilöstö.

Tutkimukseen vastanneista Kelan toimihenkilöistä kolme neljästä toivoi lisää yhteistyötä. Toivelistalle kuuluivat mm. tutustumiskäynnit apteekkiin, koulutus apteekkihenkilöstölle, verkkokoulutus, yhteyshenkilön nimeäminen ja uuden apteekkarin mahdollisuus tavata Kelan edustaja. Myös puhelinpalvelunumeron käyttöönot-

APTEEKKIEN JA KELAN HENKILÖSTÖN YHTEISTYÖTOIVEET

"Millaista uutta yhteistyötä toivoisit apteekkien/Kelan kanssa?"

Yhteistyön muoto	*Apteekki (%)*	*Kela (%)*
KELAN TYÖNTEKIJÖIDEN TUTUSTUMISTA APTEEKKIEN TOIMINTAAN	39	80
APTEEKKILAISTEN TUTUSTUMISTA KELAN TOIMINTAAN	39	49
KOULUTUSTILAISUUKSIA APTEEKKILAISILLE (KELA JÄRJESTÄJÄNÄ TAI KELAN EDUSTAJA KUTSUTTUNA LUENNOITSIJANA)	67	41
SÄHKÖPOSTIN AKTIIVISTA KÄYTTÖÄ KORVAUSASIOIHIN LIITTYVISSÄ KYSYMYKSISSÄ	44	35
TAPAAMISIA APTEEKKILAISTEN KANSSA	17	33
INTERNETIN AKTIIVISTA KÄYTTÖÄ KORVAUSASIOIHIN LIITTYVISSÄ KYSYMYKSISSÄ	28	29
PUHELINPALVELUNUMERO APTEEKEILLE	*	20
NIMETTY KELA-YHDYSHENKILÖ APTEEKISSA	8	16
KELA-KOULUTUSTA FARMASIAN OPISKELIJOILLE	16	14
UUSI APTEEKKARI TAPAA KELAN EDUSTAJAN	*	12
VERKKOKOULUTUSTA	14	12
KELASSA NIMETTY YHDYSHENKILÖ HOITAMAAN APTEEKKIMME ASIOITA	45	6
YHTEYDENPITOA JA NEUVONTAA PUHELIMITSE	31	**

** Kysymystä ei esitetty apteekkien henkilöstölle.* *** Kysymystä ei esitetty Kelan toimihenkilöille.*

to kaikille apteekeille sai kannatusta.

Yli kolmannes vastaajista toivoi sähköpostin ja yli neljännes internetin aktiivista käyttöä korvausasioihin liittyvissä kysymyksissä. Sähköisten viestintäkanavien käytössä pitää kuitenkin huolehtia tietosuojan pitävyydestä. Tällä hetkellä Kelan internetsivujen ja sähköisen asioinnin tietosuoja on taattu, mutta sähköpostia ei voi vielä käyttää asiakastietojen välittämiseen. Sähköpostiviestinnän turvallisuuden parantaminen on kuitenkin suunnitteilla Kelassa.

Apteekkiväki toivoo nimettyä Kela-yhteyshenkilöä.

Myös lähes kaikki apteekkien vastaajat toivoivat lisää yhteistyötä. Apteekkihenkilöstö halusi ensisijaisesti Kelan järjestämää koulutusta apteekin työntekijöille, yhdyshenkilön nimeämistä Kelassa hoitamaan tietyn apteekin asioita sekä sähköpostin aktiivista käyttöä lääkekorvausasioissa. Lisäksi molemmat osapuolet toivoivat mahdollisuutta tutustua toistensa työhön, esimerkiksi apteekkivierailulla tai tutustumiskäynnillä Kelaan.

Kiitosta Kelan puhelinpalvelulle

Apteekkihenkilöstön palautteissa avokysymyksiin kiiteltiin Kelan nopeaa ja asiantuntevaa puhelinpalvelua. Myös sen, että apteekilla on tiedossaan tietty yhdyshenkilö Kelassa, nähtiin selkeyttävän asioiden hoitoa. Myönteistä palautetta saivat Kelan järjestämät koulutustilaisuudet, joissa käsitellään ajankohtaisia aiheita, esimerkiksi lääkekorvausjärjestelmän muutoksia. Apteekkitilitysten sähköinen tiedonsiirto sai kehuja, samoin Kelan verkkosivut tulostettavine lomakkeineen.

Kriittisemmin apteekkien vastaajat suhtautuivat Kelan maksaman ostokertapalkkion ja toimitusmaksun määrään sekä sairausvakuutusohjeista poikkeavista toimituksista lankeavaan virhemaksuun. Apteekkihenkilöstö haluaisi, että Kelan kanssa yhteistyössä sovittaisiin käytännössä paikalliset pelisäännöt.

Kelan toimihenkilöt nostivat vastauksissaan esiin erityisesti apteekeille annetun puhelinpalvelunumeron hyödyt. Puhelimitse tapahtuvan neuvonnan, ohjauksen ja ongelmien ratkaisun koettiin toimivan käytännössä. Tulosten perusteella voidaan todeta, että Kelan toimintatavoissa näyttää olevan jonkin verran eroa eri puolilla Suomea. Esimerkiksi puhelinpalvelunumeroita ei tutkimuksen teon aikaan ollut kaikilla apteekeilla käytössään.

Tämän tutkimuksen jälkeen loppuvuonna 2009 Kelassa on otettu käyttöön koko maassa uusi viranomaisten palvelunumero 020 692 235, joka palvelee arkisin virka-aikana. Numerossa vastataan esimerkiksi apteekkien Kela-korttia koskeviin tiedusteluihin. Paikallisilla vakuutuspiireillä on edelleen numerot, joissa vastataan apteekkien muihin kysymyksiin (www.kela.fi/vakuutuspiirit).

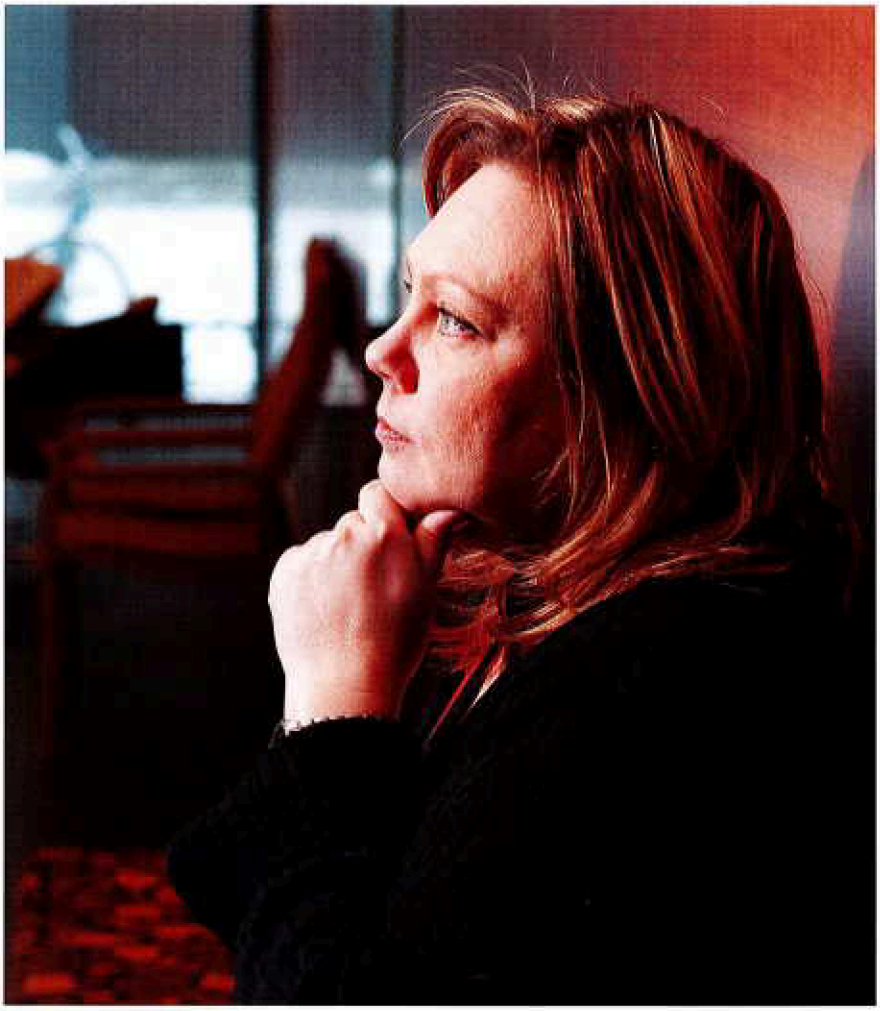
Apteekit toivovat Kelalta selkeitä ohjeita

Kelan laatimien Apteekkien sairausvakuutusohjeiden selkeyteen apteekkihenkilöstö ja Kelan toimihenkilöt suhtautuivat selvästi eri tavoin. Sairausvakuutusohjeisiin on koottu ohjeet lääkekorvausten antamisesta suorakorvauksena apteekista. Apteekkihenkilöstöstä vain 3 % ja Kelan toimihenkilöistä 21 % piti näitä ohjeita täysin selkeinä. Melko selkeinä ohjeita piti yli puolet Kelan toimihenkilöistä ja 40 % apteekkihenkilöstöstä.

Tutkimuksessa kysyttiin vastaajien mielipidettä Kelasta saataviin vastauksiin. Tiedon nopeasta saatavuudesta apteekkien ja Kelan henkilöstöllä oli samansuuntainen mielipide, mutta Kelan toimihenkilöillä oli apteekkihenkilöstöä positiivisempi kuva asiasta. Vastanneista Kelan toimihenkilöistä 90 % ja apteekkihenkilöstöstä 70 % katsoi, että apteekki saa Kelasta kiireelliseen kysymykseen asiantuntevan vastauksen nopeasti.

Kelan ja apteekkien välisen suorakorvaussopimuksen mukaan asiakkaan saama sairausvakuutuskorvaus vähennetään lääkkeen hinnasta jo apteekissa, eikä asiakkaan tarvitse erikseen hakea korvausta. Kela puolestaan sitoutuu maksamaan korvaukset apteekille myöhemmin tilityksen perusteella. Kela seuraa tilitysten oikeellisuutta ja maksaa apteekille ostokertakohtaisen palkkion suorakorvausmenettelyn aiheuttamasta lisätyöstä. Apteekkien ja Kelan yhteistyö perustuu vuonna 1970 alkaneeseen lääkkeiden suorakorvaukseen, jossa potilas voi saada lääkkeidensä sairausvakuutuskorvauksen suoraan apteekin kautta. Kelan ja apteekkien välistä yhteistyötä ei ole aiemmin juuri tutkittu. ■

Kirjoitus perustuu Teija Uusitalon ja Minna Tiittasen Apteekkiproviisoreiden PD-opintojen projektityönä tekemään tutkimukseen, jossa selvitettiin Kelan toimihenkilöiden ja apteekkien työntekijöiden mielipiteitä apteekkien ja Kelan välisestä yhteistyöstä.



”Yhteiskunta saattaa olla tyly entiselle alkoholistille. Tutkittavat olivat kuitenkin todella ylpeitä toipumisestaan”, Katja Kuusisto kertoo.

Raitistumisen reitit

Alkoholismista eroon pääseminen vaatii aina sitkeyttä. Lievempi ongelma ennakoi usein spontaania toipumista.

ALKOHOLISMISTA TOIPUMINEN ON harvoin suoraviivaista. Yhteiskuntatieteiden tohtori **Katja Kuusisto** kuunteli väitöstutkimustaan varten lukuisia alkoholismista toipuneiden tarinoita ja huomasi, että useimmilla oli takanaan epäonnistuneita yrityksiä ennen raitistumista.

Suurin osa Kuusiston tutkittavista oli kokeillut hoitoa ja vertaistukea sekä tahdonvoimaa ja valinnut sitten itselleen sopivimman vaihtoehdon. Sen perusteella Kuusisto jakoi tutkittavat kolmeen ryhmään: hoidon tai vertaistuen avulla toipuneisiin sekä ilman hoitoa eli spontaanisti toipuneisiin.

Niin sanottujen puhtaiden reittien vähyys ei kuitenkaan yllättänyt Kuusistoa.

”Ajattelen päihdeongelmaa jatkumona. Yksilöllä voi olla päihteenkäyttökaarellaan hyvin erilaisia jaksoja ja sen mukaan tarvetta erilaisille interventioille.”

Tutkittavat olivat olleet raittiina keskimäärin 12 vuotta. Alkoholismin vaikeusasteen määrittely perustui heidän omaan arvioonsa ja käyttökuvauksiinsa.

Ajan ohella myös kuljettu reitti värittää kertomusta omasta alkoholismista.

”AA:n kautta toipuneilla on aiemminkin todettu omanlaisensa kerrontatapa. Tahdonvoiman sijasta he nojaavat toipumisessaan vertaistukeen ja korkeampaan voimaan.”

Spontaanisti toipuneet taas uskoivat toipuneensa nimenomaan tahdonvoimansa ansiosta. Heillä saattoi olla menneisyydessä takanaan hoitojaksoja, mutta lopullinen irtiotto oli toteutunut omin avuin.

Hoitoa saaneita yhdisti vertaistuen kautta toipuneisiin kuvaus vaikeammasta päihdeongelmasta. He kuitenkin vierastivat AA:n tai muun vertaistuen ideologiaa eivätkä sen vuoksi kokeneet sitä omakseen.

Spontaanisti toipuneet arvioivat myös käyttöaikaista elämäänsä positiivisemmin. Perheen tai työpaikan tuki on usein ollut apuna parantumisessa. Ylipäänsä tutkimus

”Keskioluen tulo kauppoihin oli kohta, jolloin vauhti kasvoi.”

vahvisti käsitystä siitä, että jos ulkoiset asiat ovat kunnossa, vajoaminen pohjimmaisiin käyttökulttuureihin on epätodennäköisempää.

Hoitoa kaikille halukkaille

Kertomusten joukossa oli myös tarinoita hoitoonpääsyn hankaluudesta. Kuusisto uskoo, että hoitoa on pääsääntöisesti saatavilla, mutta se ei aina vastaa tarpeita. Esimerkiksi pitkää laitoshoitojaksoa on vaikea saada.

Pohtiessaan hoitoon hakeutumista ihminen arvioi sekä omia mahdollisuuksiaan että saatavilla olevaa tukea. Sen vuoksi on tärkeää, että hoitoa tarjotaan kaikille sitä hakeville.

”Paljon riippuu toipujasta itsestään. Minusta hoidon tärkein tehtävä on tukea asiakkaan omien pystyvyysodotusten paranemista, jotta tulisi tunne, että tästä mennään eteenpäin.”

Kuusisto toteaa, että tutkimuksen kautta hän kuuli vain onnellisesti päättyneitä tarinoita alkoholismista. Kokonaiskuva suomalaisesta alkoholismista on varmasti karumpi.

”Toisaalta tutkimus lisäsi uskoa siihen, että todella vaikeistakin elämäntilanteista voi selvitä.”

Eri-ikäisten tutkittavien tarinoissa Kuusisto pääsi seuraamaan myös suomalaisen päihdekulttuurin muutosta sota-ajasta 90-luvun lamaan. Ympäröivän yhteiskunnan muutoksilla on suuri vaikutus siihen, millaiseksi käyttökulttuuri kunakin aikana muodostuu.

”Useampi tutkittava mainitsi, että keskioluen tulo kauppoihin oli kohta, jolloin vauhti kasvoi. Myös olut- ja kotiviinikauppojen tulo Suomeen lisäsi kulutusta.

Jos tutkimus tehtäisiin kymmenen vuoden päästä, viinaverouudistukset tulisivat varmasti esiin selkeänä rajapyykkinä.” ■

Ilona Hietanen

Lue lisää

Katja Kuusisto: ”Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen: Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa.” Sosiaalityön väitöskirja, Tampereen yliopisto
http://www.uta.fi/laitokset/kirjasto/vaitokset/2010003.html

KUVA ARI KOKKALA

TUTKIMUSJULKAISUT

Sopiiko palveluseteli kuntoutuspalveluihin?

PALVELUSETELI ON SUOMESSA ajankohtaisempi kuin koskaan vastikään voimaan tulleen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelilain vuoksi. Palvelusetelin tarkoitus on lisätä asiakkaan valinnanmahdollisuuksia ja ohjausvaltaa palvelua hankittaessa. Kela aikoo kokeilla, toimiiko palveluseteli Kelan kuntoutuspalvelujen hankinnassa.

Palvelusetelikokeilua varten Tutkimusosasto on tehnyt asiasta esiselvityksen. Selvitys on tehty Kelan palveluseteliprojektiorganisaatiolle, mutta se on hyödyllinen myös muille tahoille, jotka suunnittelevat palveluseteliä kuntoutuspalvelujen hankintaan.

Palveluseteli näyttäisi soveltuvan parhaiten palveluihin, jotka ovat tuotteistettuja ja joiden hinnoista ja laadusta on sekä kunnilla että asiakkailla riittävästi tietoa. Ateria- ja siivouspalvelut ovat tyypillisesti tällaisia palveluja.

Kelassa palveluseteliä on suunniteltu kokeiltavan vaikeavammaisten kuntoutuspalveluissa. Selvityksen mukaan tämä ei ole täysin ongelmatonta, sillä kyseisellä ryhmällä on muutenkin paljon työtä palvelujensa järjestämisessä, eivätkä kaikki pysty tekemään sitä itse. Myös kuntoutuspalvelujen tarjonta on vähäistä.

Julkisessa keskustelussa palveluseteli on herättänyt intohimoja puolesta ja vastaan eikä uusi palvelusetelilaki ole saanut kritiikitöntä vastaanottoa. Esiselvityksen tekijä Anna-Liisa Salminen on pohtinut palvelusetelin käyttömahdollisuuksia myös Kelan tutkimusblogissa ■

Lue lisää › www.kela.fi/tutkimusblogi

Julkaisu: Salminen A-L. Palvelusetelillä fysioterapiaa? Kelan palvelusetelikokeilun esiselvitys. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 70, 2010.

SITAATTI KIRJASTA

"Palveluseteli soveltuu parhaiten palveluihin, jotka ovat tuotteistettuja ja joiden hinnoista ja laadusta on sekä kunnilla että asiakkailla riittävästi tietoa."

UUSIMMAT TUTKIMUSJULKAISUT

Paltta P.
Sairausvakuutuksen korvaamat taksimatkat. Taksiyrittäjille tehdyn kyselytutkimuksen tuloksia.
Nettityöpapereita 10
› Raportissa kuvaillaan Kelan korvaamien taksimatkojen korvausperusteita ja vertaillaan etenkin maaseutualueilla ja taajaan asutuilla, kaupunkimaisilla alueilla toimivien taksiyrittäjien kokemuksia ja matkojen tekemistä.

Nikkanen P.
Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt.
Selosteita 71
› Tutkimuksessa tarkastellaan, minkälaisten prosessien kautta vaikeavammaisten henkilöiden kuntoutussuunnitelmat syntyvät. Tutkimus perustuu kuntoutujien, julkisen terveydenhuollon työntekijöiden ja kuntoutuspalveluja tuottavien työntekijöiden haastatteluihin.

Haataja A.
Vanhempainrahaa saaneet äidit.
Nettityöpapereita 9
› Selvityksessä tarkastellaan vastasynnyttäneiden äitien demografista rakennetta, lastenhoitojaksojen peräkkäisyyksiä sekä sosiaaliturvaetuuksien kohdentumista vanhempainrahakaudella. Aineisto mahdollistaa myös sellaisten äitiryhmien (esim. ensisynnyttäjät, yksinhuoltajana synnyttäneet äidit, opiskelijaäidit) tarkastelun, jotka ovat aikaisemmissa tutkimuksissa jääneet huomiotta joko aineiston pienuuden tai tietojen puutteen takia.

Honkanen P.
JUTTA-käsikirja. Tulonsiirtojen ja verotuksen mikrosimulointijärjestelmä.
Teemakirja
› Vuonna 2009 ensimmäisen kerran ilmestynyt JUTTA-käsikirja on päivitetty. Käsikirjan tavoitteena on kuvata JUTTA-mikrosimulointimallia ja olla avuksi sen käyttäjille. Mikrosimulointimallin avulla voidaan arvioida lainsäädännön muutosten vaikutuksia tulonsiirtoihin ja kokonaiskustannuksiin. Käsikirja sisältää hyödyllistä informaatiota myös muille, jotka haluavat tutustua mallin pääpiirteisiin ja periaatteisiin. ›

KUVA ANTERO AALTONEN

› UUSIMMAT TILASTOJULKAISUT

Kelan opintoetuustilasto 2008/2009
108 sivua, 4 euroa
› Lukuvuonna 2008–2009 Kela maksoi opintotukea 29 150:lle lukiossa opiskelevalle, mikä oli 23 % enemmän kuin kaksi lukuvuotta aiemmin. Mm. tämä käy ilmi Kelan opintoetuustilastosta, johon on koottu keskeiset etuuksien saajia ja maksettuja euromääriä koskevat tiedot Kelan maksamista opintotuista ja koulumatkatuista.

TILASTOKATSAUKSET

Kelan hoitama sosiaaliturva vuonna 2009
Vain verkossa, 2 sivua
› Kaikki Kelan vuonna 2009 maksamat etuudet, milj. euroa, ja muutos vuoteen 2008.

Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeuttavat sairaudet 2009
Vain verkossa, 3 sivua
› 100 %:n ja 72 %:n lääkekorvausryhmään kuuluvien oikeuksien lukumäärät 31.12.2009. Alkaneet ja kuolemaan päättyneet oikeudet vuonna 2009.

Kelan järjestämille kuntoutuskursseille osallistui 33 600 henkeä
Vain verkossa, 4 sivua
› Kuntoutukseen osallistuneiden ja kuntoutuksen kustannusten kehitys vuonna 2009.

Opintotukimenot kasvoivat reippaasti
Vain verkossa, 3 sivua
› Opintotukimenot kasvoivat 13,4 % vuonna 2009.

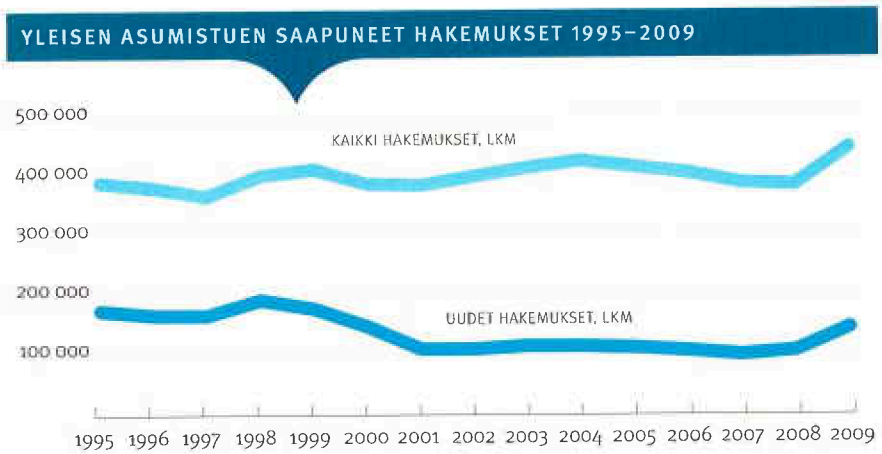
Lue lisää › www.kela.fi/tilastokatsaus

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 lähetyskuluja.



TILASTOJULKAISUT

Yleisen asumistuen hakemuksia ennätysmäärä

YLEISEN ASUMISTUEN HAKEMUKSIA tuli Kelaan viime vuonna lähes 450 000, mikä on 16,2 % enemmän kuin edellisvuonna. Hakemusmäärä on ennätyksellinen sitten vuoden 1994, jolloin yleisen asumistuen käsittely siirtyi Kelan hoidettavaksi.

Asumistukihakemusten kokonaismäärässä ovat mukana sekä uudet että tuen tarkistushakemukset. Vuonna 2009 uusia asumistukihakemuksia jätettiin kaikkiaan 144 600. Niitä oli peräti 36,8 % enemmän kuin vuonna 2008.

Taloustilanteen huononemisella ja työttömyyden lisääntymisellä on suuri vaikutus yleisen asumistuen hakemiseen. Yli 60 % asumistuen ruokakunnista saa jotain työttömyysetuutta. Toisaalta hakemusmääriä on jonkin verran lisännyt myös se, että yleistä asumistukea on voinut hakea Kelalta verkossa lokakuusta 2008 alkaen.

Uusista asumistukihakemuksista myös hylätään entistä suurempi osa. Vuonna 2009 kolmannes uusista hakemuksista hylättiin, kun viisi vuotta aiemmin hylkäysosuus oli runsas neljännes.

Yleisen asumistuen saajien määrän kasvu on jatkunut alkuvuonna 2010. Maaliskuussa asumistukea sai 165 300 ruokakuntaa. Ruokakunnista lähes kaksi kolmasosaa oli työttömiä. ■

Julkaisu: Kelan tilastokatsaus 3.3.2010: Työllisyyden heikentyminen lisännyt asumistuen hakemista (pdf, vain verkossa) › www.kela.fi/tilastakatsaus .

3 ladatuinta tutkimusjulkaisua (1/2010–3/2010)

1 Kallio J. ***Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996–2006.*** **Tutkimuksia 108**
Väitöstutkimuksessa tarkastellaan suomalaisten asennoitumista paikallisiin hyvinvointipalveluihin 1996–2006. Tutkimuksessa keskitytään erityisesti siihen, miten kansalaiset ovat asennoituneet yksityisen ja julkisen sektorin väliseen työnjakoon hyvinvointipalveluissa.

2 Salminen A-L. ***Palvelusetelillä fysioterapiaa? Kelan palvelusetelikokeilun esiselvitys.*** **Selosteita 70**
Kela aikoo kokeilla, toimiiko palveluseteli Kelan kuntoutuspalvelujen hankinnassa. Esiselvityksen tavoitteena on tuottaa tietoa nykyjärjestelmän toimivuudesta, palvelusetelikokeilussa huomioitavista näkökohdista, sen edellytyksistä ja riskeistä. Selvitys on hyödyllinen myös muille tahoille, jotka suunnittelevat palvelusetelia kuntoutuspalvelujen hankintaan.

3 Hellsten K. ***Yli 45 vuotta sosiaaliturvan tutkimusta. Sairausvakuutustutkimuksesta sosiaaliturvan väestötutkimukseen?*** **Nettityöpapereita 8**
Raportissa käsitellään Kelan sosiaaliturvan tutkimuksen kehitystä.

www.kela.fi/tutkimus › julkaisut

Johtaja Helena Pesolan mukaan Kelassa on vahvaa osaamista siinä, miten sosiaaliturvalainsäädäntö jalostetaan asiakasystävällisiksi palveluiksi.

Johtotähtenä asiakkaiden tarpeet

JOHTAJA HELENA PESOLA sanoo olevansa innoissaan Kelan hallituksen päätöksestä käynnistää prosessijohtamisen kehittämisohjelma Kelassa.

Prosessiajattelu on Kelassa jo tuttu juttu. Prosessit on tunnistettu ja kuvattu. Niille on nimetty omistajat, ja niitä parannetaan jatkuvasti. Paljon on jo siis tehty, mutta paljon on vielä tekemättä.

"Kelan hallituksen päätös vauhdittaa uudistamistyötä", Pesola uskoo.

Hänen mielestään prosessien kehittäminen ja johtaminen ovat voimakkaita välineitä Kelan toiminnanuudistamisessa. ja suorituskyvyn parantamisessa. Ne auttavat tekemään oikeat asiat oikein ja kiinnittämään huomion koko Kelan toimintaan.

"Tiukka yksikkökohtainen johtaminen ei tuota aitoa lisäarvoa asiakkaalle. Sitä syntyy, kun uudistamme toimintaamme läpileikkaavat ydinprosessit asiakkaiden tarpeista lähtien. Tätä kautta Kela voi saavuttaa tavoitteensa antaa parasta julkista palvelua."

"Asiakaslähtöisyys ei tarkoita palvelun parantamista vain asiakaspinnassa, vaan olennaista on jokaisen prosessin eri vaiheisiin osallistuvan työ. Kun työskentelemme prosessien kautta, asiakkaiden tarpeet ovat kirkkaana johtotähtenä ja koko toimintaketjun laatu, läpimenoaika ja kustannukset paranevat." ■

Hilkka Arola

Uusiin tehtäviin Kelassa

YHTEISKUNTATIETEIDEN maisteri **Heli Santamala** on nimitetty asumistukiryhmään etuuspäälliköksi 1.3.2010 lukien.

FT, neuropsykologian dosentti **Annamari Tuulio-Henriksson** on nimitetty erikoistutkijaksi tutkimusosastolle 1.2.2010 lukien.

VTT **Jenni Blomgren** on nimitetty erikoistutkijaksi tutkimusosastolle 1.5.2010 lukien.

Sisätautien erikoislääkäri, LT **Teemu Takala** on nimitetty asiantuntijalääkäriksi terveysosastolle työkyvyttömyyseläke- ja vammaisetuusasioiden lääketieteelliseen asiantuntijaryhmään 1.9.2010 lukien.

Pääjohtajan paikka auki

KELAN PÄÄJOHTAJANA vuodesta 2000 työskennellyt Jorma Huuhtanen on ilmoittanut jäävänsä eläkkeelle 30.9.2010. Pääjohtajan virka on julistettu avoimeksi 1.10.2010 alkaen. Hakuaika päättyi 15.4.2010.

Valtuutettujen tavoitteena on tehdä esitys pääjohtajan viran täyttämisestä tasavallan presidentille toukokuun aikana.

Johdolle uusi työnjako

KELAN PÄÄJOHTAJAN ja johtajien uusi työnjako astui voimaan 1.3.2010. Aikaisemmin Kelalla oli pääjohtajan lisäksi neljä johtajaa, mutta jatkossa heitä on kaksi.

Uudessa työnjaossa pääjohtaja **Jorma Huuhtasen** vastuualue säilyy entisellään. Pääjohtaja vastaa Kelan strategisesta suunnittelusta, operatiivisesta johtamisesta ja kehittämisestä. Lisäksi pääjohtajan vastuualueeseen kuuluvat hallintoosasto, talousosasto ja sisäinen tarkastus.

Johtaja **Helena Pesolan** vastuualueeseen kuuluvat Kelan ydinprosesseista vastaavat yksiköt eli eläke- ja toimeentuloturvaosasto, terveysosasto, kenttäosasto sekä alue- ja paikallishallinto.

Johtaja **Mikael Forssin** vastuualueeseen kuuluvat ns. mahdollistavien prosessien yksiköt eli aktuaari- ja tilastoosasto, tutkimusosasto, henkilöstöosasto, IT-osasto, tietohallinto-osasto ja palveluosasto. ■

SUOMI AREENA

Porissa puhutaan masennuksesta

MIKSI HYVINVOINTIVALTIOSSA masentuu? Kysymykseen etsitään vastausta ensi kesänä Kelan järjestämässä paneelikeskustelussa SuomiAreenassa. Avoin yleisötilaisuus pidetään keskiviikkona 21.7. klo 10.30 Porin keskustassa.

SuomiAreena on yhteiskunnallinen keskustelutapahtuma Pori Jazzin yhteydessä. Porin kaupunki ja MTV3 järjestävät tapahtuman jo viidettä kertaa, ja ohjelmassa on lähes 80 tilaisuutta.

Kelan paneelikeskustelussa ovat mukana pääjohtaja **Jorma Huuhtanen**, tutkimusprofessori **Raimo Raitasalo** ja Mielenterveyden keskusliiton puheenjohtaja **Pekka Sauri**. Keskustelun juontaa kansanedustaja **Pertti Salovaara**.

Kela mukana TERVE-SOS:ssa

SOSIAALI- ja terveydenhoitoalan ammattitapahtuma TERVE-SOS järjestetään tänä vuonna Lahdessa teemalla "Toimiva arki". Messut pidetään Lahden Messukeskuksessa ja koulutustapahtuma viereisessä Lahti Hallissa 19.–20. toukokuuta.

Kelan tutkimus, tilastot ja viestintä ovat mukana messuilla osastolla N4. Voit tutustua mm. Kelan uusiin selkoesitteisiin. Esitteet on laadittu yhteistyössä Selkokeskuksen kanssa.

Uusin äitiyspakkaus Lapsi-messuilla

KELA JULKISTAA uuden äitiyspakkauksen sisällön Lapsi-messuilla, jotka pidetään Helsingin Messukeskuksessa 23.–25. huhtikuuta. Samaan aikaan ilmestyvät myös kuvat uuden pakkauksen tuotteista Kelan verkkosivuille. Uusi äitiyspakkaus tulee jakoon toukokuussa, kun vanha pakkaus on jaettu loppuun.

Kela on mukana Lapsi-messuilla jakamassa tietoa lapsiperheiden etuuksista ja palveluista perhettä perustaville sekä pienten lasten perheille. Lapsi-messut on Pohjoismaiden suurin lapsiperheille suunnattu messutapahtuma. ■

Terveystaloustieteen konferenssiin Finlandia-taloon odotetaan lähes 1 000 kokousvierasta.

KONFERENSSI

Terveystaloustieteen suurtapahtuma Helsingissä

TERVEYSTALOUSTIETEEN SEURA VALMISTAUTUU vastaanottamaan ennätysmäärän osallistuja Euroopan terveystaloustieteen konferenssiin, joka pidetään Finlandia-talossa 7.–10. heinäkuuta. Kahdeksatta kertaa järjestettävä konferenssi kokosi vuonna 2008 Roomaan noin 700 osallistujaa. Helsingin kokoukseen tarjottiin lähes 1 000 tieteellistä abstraktia eri puolilta maailmaa.

Konferenssin pääteema on "Connecting Health and Economics". Tutkijoille ja sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekijöille on tarjolla kattava maailmanlaajuinen ja ajankohtainen katsaus terveystaloustieteellisestä tutkimuksesta. Esillä ovat terveystaloustieteen perimmäiset kysymykset resurssien jaon tehokkuudesta ja oikeudenmukaisuudesta sekä hoidon kustannusvaikuttavuudesta.

Kokouksen avaa peruspalveluministeri **Paula Risikko**. Pääpuhujiksi on kutsuttu professori **Hugh Gravelle** Yorkista ja professori **Guillem Lopez-Casasnovas** Barcelonasta. Gravellen aiheena on taloustieteilijöiden tuoma lisäarvo terveyspoliittiseen päätöksentekoon sekä terveyden ja terveydenhuollon tutkimukseen. Maailman terveystaloustieteen seuran nykyisen presidentti, professori Lopez-Casasnovasin puhuu suhdannevaihteluiden vaikutuksesta terveyteen ja terveydenhuoltoon.

Kotimaisena pääpuhujana on Palkansaajien tutkimuslaitoksen johtaja **Jaakko Kiander**, joka käy läpi 1990-luvun laman vaikutuksia Suomen kansantalouteen ja toisaalta sen merkitystä väestön terveydelle ja terveydenhuollolle.

Tieteellisen arvioinnin jälkeen kokouksen ohjelmaan on valittu runsaat 400 suullista esitystä ja yli 300 posteria. Lisäksi ohjelmassa on 22 sessiota erillisen teeman mukaan organisoituina ja 6 kutsuseminaaria.

Yhden kutsuseminaarin järjestää Kelan tutkimusosaston lääketiimi. Seminaari käsittelee lääkealan tuoreimpia haasteita, kuten riskinjakosopimuksia. Pääpuhujaksi on kutsuttu professori **Alistar MacGuire** (London School of Economics) ja kommentoijiksi Lääketeollisuus ry:n puheenjohtaja **Suvi-Anne Siimes** sekä budjettineuvos **Tuomas Suksela**inen valtiovarainministeriöstä.

Päävastuu kokouksesta on Terveystaloustieteen seuralla. Lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsingin kaupunki, Kela, Yrjö Jahnssonin säätiö, Tieteellisten seurain valtuuskunta ja useat alan yritykset ovat mukana luomassa puitteita tapahtumalle. ■

Ulla Tuominen
Hennamari Mikkola

Motionscenter i Utsjokistil. Uula Paadar möter sin fru Kirsti, som återvänder från sin skogsklädda höjd.

FOTO: HARRI HEINIMEN

I norr är man van att reda sig själv

I Utsjoki kan ett läkarbesök ta en eller två dagar. Ändå klarar man sig där minst lika bra som på andra håll.

Mitt på dagen befinner sig **Kirsti Paadar** vanligtvis högst uppe på en skogsklädd höjd oavsett väder, sex gånger per vecka. Det är en utfärd som tar många timmar.

När hustrun Kirsti beger sig iväg stannar **Uula Paadar** hemma. Han får tiden att gå med olika sysslor i hemmet. Att färdas omkring är dock inte något helt främmande för Uula heller. Redan skolvägen från hemmet i Karhujärvi var i längsta laget, knappa 60 kilometer i vardera riktningen. Och yrket som renskötare lärde han sig på den tiden då det inte fanns några snöskotrar.

”Ännu på 60-talet färdades man efter renarna på skidor och så var också konditionen därefter”, skrattar Paadar.

Dessutom drog man på sommaren telefonlinjer och kraftledningar runtom i Lappland, fiskade, plockade bär och strövade i skogen. Inget under att konditionen var god.

Skidandet fick bli

En dag när Paadar höll på att fiska blev det plötsligt stopp för mer ansträngande färder.

”Visst kände jag trycket över bröstet, men jag höll just på att få napp så jag började ändå försöka fånga fisken”, påminner sig Paadar.

Fisken tröttnade inte, men nog mannen. Hjärtsjukdomen hade visat sina första symptom.

”I bilen började jag sedan se suddigt och var tvungen att stanna för en stund. Hemma hämtade Kirsti nitron från hälsocentralen, och med dem och en kort vila gick anfallet över.”

Till all lycka. Om det hade behövts en hjärtläkare, skulle Paadar ha fått sitta i bil ännu en rejäl stund. Då ska Utsjokiborna till Lapplands centralsjukhus i Rovaniemi. Dit är det nästan 500 kilometer.

Och när Paadar sedan fick genomgå en röntgenundersökning med kontrastmedel var han tvungen att åka till universitets-

sjukhuset i Uleåborg, på knappa 700 kilometers avstånd.

Så är det – även om skidandet efter renarna har förbytts i sjukpension är det inte slut med färderna. I byn finns en hälsocentral men besök hos specialister, noggrannare undersökningar och större operationer kräver att man tar sig till Rovaniemi.

”Om man tar bussen klockan sex på morgonen är man vid centralsjukhuset klockan tolv och tillbaka hemma klockan tolv på natten. Inte är det ju mer än en dags resa”, säger Paadar och rycker på axlarna.

”Men det gäller att få läkartid på torsdag eller fredag. ”I början av veckan kommer bussen inte tillbaka. Då måste man stanna i Kaamanen eller Enare”, påminner Kirsti Paadar.

Att skaffa mediciner kräver också sitt, eftersom det närmaste apoteket finns i Ivalo. Det blir inte alltid av att hämta värkmedicin för mindre krämpor, om det innebär en resa på fem timmar.

”Något apotek har vi aldrig haft här. Vi besöker apoteket när vi har andra ärenden i Ivalo. Eller så kan man beställa mediciner; de kommer inom ett par dagar.”

Det går att klara sig med mindre

Uula Paadar breder ut en bunt med post från FPA. Där finns beslut om ersättning av sjukvårdskostnader. Inte är de många, men summorna är betydliga – i bästa fall flera hundra euro.

Paadars knippe säger allt. FPA:s statistik visar att en läkarfärd för en Utsjokibo i fjol kostade tre gånger mer än till exempel för en helsingforsare. Resorna kostar.

Det är 500 kilometer till hjärtläkaren, två timmar till apoteket och lika mycket till tandläkaren. Hjärtfel, astma och sömnapné besvärar.

Man kunde tro att sjuk- och hälsovården redan i sig är så mödosam att det skulle ge anledning till klagomål – åtminstone litet. Men här har man vant sig vid resorna och andra bemödanden.

”Alltid har vi fått läkare då det har behövts. Nuförtiden har vi till och med en landsväg att färdas på. Inte kan vi väl vara annat än nöjda?”

”När vi återvände efter evakueringen fanns här ingenting: inga förbindelser – varken vägar, el eller telefoner”, skrattar Uula Paadar.

”Men vi har haft renar, fisk i sjöarna och bär i skogen. Dem har vi kunnat ta vara på och utnyttja.”

”Jag tycker nog att man idag ofta klagar över rätt så onödiga saker. Här i Finland lider vi ju ingen nöd.” ■

Mikko Penttilä
Översättning Kurt Kavander

Medborgarna blir de största vinnarna i systemet med en hälsofond anser generaldirektör Jorma Huuhtanen.

Bäst för alla

FPA:s generaldirektör Jorma Huuhtanen ser mängder av skäl att grunda en hälsofond.

Huuhtanen ställer frågan ”Vill beslutsfattarna att hälsovårdstjänsterna överensstämmer med de grundläggande rättigheterna eller inte?” Frågan brådskar. Om ett år, efter riksdagsvalen, skrivs ett nytt regeringsprogram.

”Dagens hälsovårdstjänster produceras splittrat, och problemet blir större när andelen äldre ökar. Kommuner som tvingas köpa tjänster pressas kallt på pengar. Om man får vård beror på var man råkar bo och till vilken socialgrupp man råkar hö-

ra. Samkommunerna verkar inte lösa frågan", säger Huuhtanen.

FPA:s generaldirektör ser lösningen i en nationell hälsofond. Kommunernas, statens och FPA:s pengar för hälsovård skulle då samlas i en och samma fond, och alla hälsovårdstjänster som samhället erbjuder skulle finansieras via den. Omkring 15 miljarder euro skulle styras till fonden.

"Hälsofonden skulle förbättra hälso- och sjukvården framför allt därför att någon

> "Nu leder ingen helheten."

då skulle leda helheten. Nu gör ingen det."

"Fonden kunde möjliggöra en sådan enhetlig praxis som de grundläggande rättigheterna förutsätter. Primärvård kunde utlovas alla och den kunde också skötas. De som vill ha mera får ordna det utan stöd från samhället."

Inom hälsofonden skulle förutom hälsovårdstjänsterna också bl.a. FPA:s sjukdagpenningar, rehabiliteringspenningar, läkemedelsersättningar och reseersättningar bli föremål för granskning.

"FPA administrerar 50 procent av de pengar som hänför sig till sjukvården, men kan nu knappast alls inverka på hälsovårdens strategier och processer. Hälsofonden kunde vara en av FPA:s fonder, och den kunde ledas på samma sätt som i dag av fullmäktige som utses av riksdagen. ■

Hilkka Arola
Översättning Gunilla Bergström

ABC om hälsofonden

- De pengar som kommunerna, staten och FPA använder för hälsa ska samlas i en fond.
- Ansvaret att ordna hälsovårdstjänsterna flyttas från kommunerna till den nationella fonden.
- Fonden administreras centralt och på riksnivå.
- Regionala organisationer ser till att tjänsterna ordnas och följs upp samt sköter penningtrafiken under central styrning och med hjälp av ett gemensamt datasystem.
- Kommunala enheter, den privata och tredje sektorn producerar tjänster som jämbördiga konkurrenter.

Business, service eller vardera?

Heikki Hiilamo efterlyser en värdedebatt om hälso- och sjukvården.

"Forskningsprofessor Heikki Hiilamo frågar sig om alla medborgares bästa är det gemensamma bästa. "Är det samhällets viktigaste uppgift att effektivt och rättvist trygga denna eller ska hälso- och sjukvården också fungera som affärsverksamhet?" Hiilamo började arbeta vid FPA i februari.

I principdebattens ändpunkt hägrar enligt Hiilamo två olika modeller för hälso- och sjukvården: ett system som för skattebetalarna är så effektivt, rättvist och förmånligt som möjligt samt ett något ineffektivare och kostnadsmässigt mer tilltaget system som ändå erbjuder fler företagsmöjligheter och arbetsplatser.

Hiilamo ställer sig avog till att hälsovårdstjänsterna omvandlas till hälsovårdsbusiness i alltför stor utsträckning. Han är rädd för att utvecklingen kommer att avspegla sig som försvagad hälsa hos i synnerhet dem som har de lägsta inkomsterna och som allt större hälsoskillnader. Bland den tiondedel av männen som har de lägsta inkomsterna är dödssfrekvensen redan nu nästan 2,5 gånger större än hos dem som har de största inkomsterna.

Patientavgifterna och självriskerna för läkemedel på reformlistan

Hiilamo ledde utredningen Sairas köyhyys (Den sjukliga fattigdomen), som offentliggjordes i fjol och som gav akt på hälsofrågor ur diakoniarbetets synvinkel. Utredningen avslöjade att de sämst lottade inte får tillräckligt med tjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården.

"Fattigdom medverkar till dålig hälsa på två sätt: å ena sidan är de sämst lottades levnadsförhållanden och levnadssätt ofördelaktigare än andras och å andra sidan får de dessutom färre tjänster än andra grupper", säger Hiilamo.

De mindre bemedlade hoppar ofta över läkarbesök och mediciner på grund av penningbrist. Av utvecklingsländerna i hela världen har Finland bland de högsta patientavgifterna inom hälso- och sjukvården. Också medicinerna är dyra.

"Det finns skäl att överväga ett gemensamt avgiftstak, som skulle omfatta poliklinik-, läkemedels- och resekostnader. Också självriskerna för läkemedel bör ses över."

Det är besvärligare att få hälsovård om man inte har tillgång till företagshälsovård, säger Heikki Hiilamo.

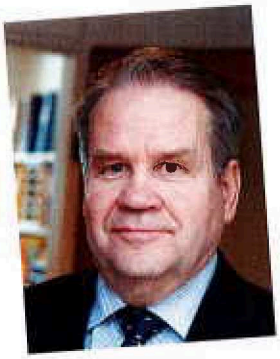
Det är också besvärligare att söka sig till hälsovårdstjänster om man står utanför arbetsmarknaden och därmed också utanför företagshälsovården. Hälsocentralernas tidsbeställningssystem med köer och krav på symptomutredningar kan redan i sig vara för invecklat för en del personer. Företagshälsovården utfärdar också lättare remisser till specialiserad sjukvård än hälsocentralerna.

Hiilamo understryker att en nedmontering av företagshälsovården under inga omständigheter löser problemet, utan att samma tjänster som den arbetande befolkningen har tillgång till borde utsträckas till att omfatta alla.

Hiilamo anser att FPA:s idé om en hälsovårdsfond är värd att utredas närmare. ■

Laura Kosonen
Översättning Kurt Kavander

KOLUMN



Lappa ett gap på en miljard?

Att arbetsgivarnas fp-premie slopats och arbetslösheten ökat förmörkar FPA:s ekonomiska utsikter.

FPA upplevde i fjol ett bakslag ur finansieringsperspektiv. Som en del av statens stimulanspaket sänktes arbetsgivarnas folkpensionspremie från början av år 2009 med 0,801 %-enheter för alla arbetsgivare. För att täcka underskottet höjdes statens 53 %-iga finansieringsandel för folkpensionerna till 76 %.

En lagändring från början av år 2010 innebär att de förmåner som betalas ur folkpensionsfonden jämte verksamhetskostnaderna finansieras helt med statliga medel. Folkpensionsfondens likviditet tryggas fortfarande genom bestämmelsen om minimibelopp för finansieringstillgångar. Fondens nettofinansieringstillgångar minskar från tidigare 5 % till 3,5 % av de årliga totala kostnaderna för folkpensionsförsäkringen. Till följd av det krymper folkpensionsfondens "buffert" med 38 milj. euro före utgången av år 2010.

Att arbetsgivarnas folkpensionspremier slopades skulle sänka arbetskraftskostnaderna. Det skulle i sin tur lindra trycket att permittera och säga upp personal. Hittills finns det varken forskningsrön eller annan information om vilka konkreta effekter åtgärden har haft.

> *"Arbetslösheten ökar förmånsutgifterna men minskar inflödet av försäkringspremier."*

ÄNNU HÖSTEN 2008 förutspåddes att arbetslöshetsgraden i Finland skulle sjunka under 6 %. I år torde den stiga över 10 %. Arbetslösheten hotar också ligga kvar på en hög nivå i flera år. Det ökar FPA:s utgifter för förmåner, men inverkar också på hur försäkringspremier, som är viktiga för finansieringen av sjukförsäkringen, flyter in.

I och med att folkpensionspremien sänktes minskade FPA:s försäkringspremieintäkter i fjol med cirka 400 milj. euro i jämförelse med året innan. Att arbetsgivarnas folkpensionspremie helt har slopats har å sin sida en effekt på uppskattningsvis 1,1 mrd euro på årsnivå.

Statens ökade andel av finansieringen av folkpensionerna täcks till en början genom ökad statlig upplåning. Nettoupplåningen är i år totalt cirka 13 mrd euro. Folkpensionspremien ska bestående ersättas av en höjning av acciserna på el, brännolja, stenkol och naturgas nästa år.

POSITIVT MED SLOPANDET av arbetsgivarnas folkpensionspremie är ändå att utbetalningen av statens andel för folkpensionerna har tidigarelagts med två dagar, så den betalas senast tre dagar innan pensionerna ska utbetalas. Då kan åtminstone tillfälliga störningar i betalnings- och penningtrafiken undvikas. När folkpensionspremien inte längre tas ut sänktes samtidigt FPA:s andel av kostnaderna för skatteförvaltningen med omkring 10 milj. euro.

Att arbetsgivarnas folkpensionspremie har slopats har stor principiell betydelse: Folkpensionen är inte längre en försäkringsförmån. Den har fått en ren socialbidragskaraktär. Finansieringen beror i sista hand på de årliga budgetbesluten. Av hela FPA:s finansiering utgjorde statens andel redan i fjol 64 %, och den kommer i år att ytterligare öka till drygt 68 %.

Folkpensionen är en viktig utkomstkälla för många pensionstagare. Därför måste finansieringen av den skötas. I slutet av i fjol fick cirka 680 000 personer folkpension. Drygt 90 000 personer lever på enbart folkpension. För dem som lyfter de minsta pensionerna förbättras utkomstskyddet av den garantipension som ska tas i bruk i mars nästa år. ■

Erkki Meriläinen
Skribenten är chef på FPA:s ekonomiavdelning

Kamferitippoja ja apteekin tuoksua

1970-LUVUN ALUSSA olin vuoden harjoittelijana apteekissa, jotta pääsisin Farmasian laitokselle opiskelemaan. Valmistin ex tempore -lääkkeitä lääkäreiden määräysten mukaan. Siihen aikaan apteekissa tehtiin paljon mahalääkkeitä sekä anis- ja kamferitippoja. Lapsena sairaudetkin paranivat aina kamferitipalla kostutetulla sokeripalalla.

Pysyvästi mieleeni on jäänyt apteekin tuoksu, joka tarttui rohdoksista hiuksiini ja vaatteisiini. Jokaiseen lääkepurkkiin kiinnitettiin kaunis signatuura, jonka taittaminen purkin kylkeen oli ensimmäisiä tärkeitä töitäni harjoittelijana.

Sinikka Rajaniemi

Sosiaalivakuutus 3|2010 ilmestyy syyskuussa.

Teemana on *Muuttuva perhe*.
Aineistot viimeistään 9.8.
sosiaalivakuutus@kela.fi

Kela|Fpa®

Kelan viestintä, PL 450, 00101 Helsinki