

Avohoidon ja laitoshoidon merkitystä
selvittäneen työryhmän muistio

Loppuraportti

KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä 31.12.2001	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja sihteeri) Avohoidon ja laitoshoidon merkitystä selvittävä työryhmä Puheenjohtaja Tuulikki Haikarainen Sihteerit Sinikka Huhtala Marja-Leena Seppälä Riitta Aulanko		Julkaisun laji Työryhmämuistio	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		Toimielimen asettamispäivä 23.5.2000	
Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen) Avohoidon ja laitoshoidon merkitystä selvittäneen työryhmän muistio (loppuraportti) (Promemoria (slutrapport) av arbetsgruppen för utredning av betydelsen av öppenvård och institutionsvård)			
Julkaisun osat			
Tiivistelmä Työryhmän tehtävänä oli selvittää, mitä ongelmia avohoidon ja laitoshoidon välinen rajanveto aiheuttaa sosiaali- vakuutusjärjestelmässä ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa asiakkaan tarkoituksenmukaisen hoidon kannalta. Työryhmän tuli arvioida avo- ja laitoshoidon välisen rajanvedon merkitys kunnan, kansaneläkelaitoksen ja niiden rahoittajien vastuunjakoon sekä arvioida avo- ja laitoshoidon mallien kustannusvaikutukset. Myös omaishoidon asema tuli ottaa huomioon työssä. Lopuksi työryhmän tuli tehdä tarvittavat säädös muutokset. Muistiossaan työryhmä ehdottaa, että kansaneläkettä ei enää vähennettäisi laitoshoidon aikana. Laitoshoitoa koskeva rajoitus tulisi poistaa sekä uusilta laitoshoitoon siirtyviltä henkilöiltä että niiltä henkilöiltä, jotka ovat jo pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Työryhmä ehdottaa myös, että eläkkeensaajien hoitotuen keskeyttäminen laitoshoidon ajalta kumoutaisiin ja että hoitotukea voitaisiin maksaa myös niille henkilöille, jotka ovat jo laitoshoidossa. RAVA-indeksin antamaa tietoa voitaisiin käyttää arvioitaessa hakijan toimintakykyä silloin, kun se on mahdollista. Muista kansaneläkelaitoksen etuuksista ei ehdoteta poistettavaksi laitoshoidon käsitettä. Työryhmä katsoo, että pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan henkilön käyttövaran vähimmäismäärä tulisi säilyttää ennallaan (tällä hetkellä 20 % tai vähintään 450 mk/kk). Kohonnut työeläketaso huomioon ottaen saattaisi olla tarpeen kuitenkin tarkistaa pitkäaikaisen laitoshoidon enimmäismaksua esimerkiksi 85 prosenttiin henkilön nettokuukausituloista. Työryhmä ehdottaa lisäksi, että ennalta ehkäisevät kotikäynnit aloitettaisiin viimeistään 75 vuoden iässä. Asiakkaan tilannetta seurattaisiin ensimmäisen ennalta ehkäisevän kotikäynnin jälkeen tarkoituksenmukaisella, asiakkaan kanssa sovitulla tavalla tarpeellisin väliajoin. Omaishoidon tukea tulisi kehittää osana avohoitoa painottavaa palvelujärjestelmää. Omaishoidon tuen saaminen olisi syytä kohdentaa omaisille, joiden antama hoito ja huolenpito on sitovampaan kuin perhesuhteisiin liittyvä perheen jäsenistä huolehtiminen. Kansaneläkkeiden maksaminen vähentämättömänä ja eläkkeensaajien hoitotuen maksaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleville henkilöille lisäisi kustannuksia arviolta 588 miljoonaa markkaa vuodessa (98,9 miljoonaa euroa). Työryhmä ehdottaa, että rahoitusvastuu jakautuisi puoliksi valtion ja kuntien kesken.			
Avainsanat (asiasanat): Avohoito, laitushoito			
Muut tiedot www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:30		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1081-5
Kokonaissivumäärä 80	Kieli suomi	Hinta 14,80 €	Luottamuksellisuus julkinen
Jakaja STM:n julkaisumyynti, PL 536, 33101 Tampere puh. (03) 260 8158 ja (03) 260 8535 fax (03) 260 8150, sähköposti: julkaisumvnti@stm.vn.fi		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet	Utgivningsdatum 31.12.2001		
Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Arbetsgruppen för utredning av betydelsen av öppenvård och institutionsvård Tuulikki Haikarainen (ordf.) Sinikka Huhtala(sekr.) Marja-Leena Seppälä (sekr.) Riitta Aulanko (sekr.)	Typ av publikation Promemoria		
	Uppdragsgivare Social- hälsovårdsministeriet		
	Datum för tillsättande av organet 23.5.2000		
Publikation (även den finska titeln) Promemoria (slutrapport) av arbetsgruppen för utredning av betydelsen av öppenvård och institutionsvård (Avohoidon ja laitoshoidon merkitystä selvittäneen työryhmän muistio (loppuraportti))			
Publikationens delar			
Referat <p>Arbetsgruppen hade till uppgift att utreda hurdana problem gränsdragningen mellan öppen vård och institutionsvård skapar inom socialförsäkringssystemet och inom social- och hälsovårdsservicen med tanke på att klienten skall få ändamålsenlig vård. Arbetsgruppen skulle också uppskatta betydelsen av gränsdragningen mellan öppen vård och institutionsvård vad gäller ansvarsfördelningen mellan kommunen, folkpensionsanstalten och deras finansärer samt uppskatta kostnadseffekterna av öppenvårds- och institutionsvårdsmodellerna. Också närståendevårdens ställning skulle tas i beaktande i arbetet. Till slut skulle arbetsgruppen göra de nödvändiga författningsändringarna.</p> <p>I sin promemoria föreslår arbetsgruppen att folkpensionen inte längre reduceras under tiden i institutionsvård. Begränsningen gällande institutionsvård borde avlägsnas både för nya personer som flyttas över till institutionsvård och sådana personer som redan befinner sig i långvarig institutionsvård. Arbetsgruppen föreslår också att man upphäver att pensionstagarens vårdbidrag avbryts under tiden i institutionsvård och att vårdbidrag skulle kunna betalas också till sådana personer som redan befinner sig i institutionsvård. I den mån det är möjligt kunde den information som RAVA-indexet ger också användas vid utvärdering av sökandens funktionsförmåga. Man föreslår inte att andra förmåner gällande begreppet institutionsvård avlägsnas från folkpensionsanstaltens.</p> <p>Arbetsgruppen anser att minimibeloppet av de disponibla medlen som en person som är i långvarig institutionsvård har till sitt förfogande borde bevaras oförändrat (för nuvarande 20 % eller minst 450 mk/månad). Med beaktande på den förhöjda arbetspensionsnivån kunde det trots allt vara nödvändigt att justera maximiavgiften för långvarig institutionsvård till 85 procent av personens nettomånadsinkomst till exempel.</p> <p>Arbetsgruppen föreslår dessutom att hembesök i förebyggande syfte påbörjas vid senast 75-års ålder. Uppföljningen av klientens situation efter det första förebyggande hembesöket skulle ske på ett ändamålsenligt sätt enligt överenskommelse med klienten med nödvändiga intervall.</p> <p>Stödet för närståendevård borde utvecklas som en del av servicesystemet som betonar öppen vård. Stöd för närståendevård bör allokeras till de närstående, vars vård och omsorg är mera bindande än ombesörjningen av familjemedlemmar vilken hör samman med familjerelationer.</p> <p>Utbetalningen av folkpensionerna i fullt belopp och betalning av pensionstagarnas vårdbidrag till personer i långvarig institutionsvård skulle öka kostnaderna med uppskattningsvis 588 miljoner mark per år (98,9 miljoner euro). Arbetsgruppen föreslår att finansieringsansvaret delas på hälft mellan staten och kommunerna.</p>			
Nyckelord Institutionsvård, öppenvård			
Övriga uppgifter www.stm.fi			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2001:30		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1081-5
Sidoantal 80	Språk Finska	Pris 14,80 €	Sekretessgrad Offentlig
Distribution/Försäljning Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning PB 536, 33101 Tammerfors tel. (03) 260 8158 och (03) 260 8535 fax (03) 260 8150, e-post: julkaisumyvnti@stm.vn.fi		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health		Date 31 December 2001	
Authors Working Group Investigating the Significance of Non-Institutional and Institutional Care Chairperson: Tuulikki Haikarainen Secretaries: Sinikka Huhtala Marja-Leena Seppälä Riitta Aulanko		Type of publication Working Group Memorandum	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ 23 May 2000	
Title of publication Memorandum (Final Report) of the Working Group Investigating the Significance of Non-Institutional and Institutional Care			
Parts of publication			
Summary <p>The task of the Working Group was to survey what problems the division of care into non-institutional (outpatient) and institutional care involves in the social insurance system and the social welfare and health care services with a view to appropriate care of clients/patients. The Working Group had to evaluate the impact of the demarcation between non-institutional care and institutional care on the division of responsibilities between the municipalities, the Social Insurance Institution, and their financiers, as well as to estimate the cost effects of different non-institutional and institutional care models. Also the position of informal care should be taken into account in the work. Finally the Working Group should make a proposal for the needed amendments to the relevant legislation.</p> <p>In its memorandum the Working Group proposes that a person's national pension should not be reduced during the period he or she is in institutional care. The restriction concerning institutional care should be removed for both persons admitted to institutional care in the future and those who already are in institutional care. The Working Group further proposes abrogating the provision according to which the payment of care allowance for pensioners is interrupted for the period of institutional care, and that care allowance could also be paid to those persons who are already receiving institutional care. The information given by the RAVA index (= index measuring the functional capacity of an older person) could be used when assessing the applicant's functional capacity, if possible. The concept of institutional care is not proposed to be omitted in regard to other benefits granted by the Social Insurance Institution, however.</p> <p>The Working Group considers that the minimum amount of disposable funds for a person in long-term institutional care should be retained at the earlier level (at present 20 % or at least FIM 450/month). Taking account of the increased employment pension level it might be necessary to adjust the maximum payment for long-term institutional care so that it would be, for instance, 85 % of the person's net monthly income.</p> <p>The Working Group also proposes that preventive home visits should be started at the age of 75 years at the latest. The client's situation would be monitored after the first home visit in an appropriate way as agreed with the client and at adequate intervals.</p> <p>The support for informal care should be developed as a part of the service system with focus on non-institutional care. This support should be targeted to relatives who are providing such care that is more binding in nature than caring for family members on the basis of family relations.</p> <p>The payment of national pensions at an unreduced rate and the payment of pensioner's care allowance to persons in long-term institutional care would increase the relevant costs by about 588 million FIM a year (EUR 98.9 million). The Working Group proposes that the financing responsibility should be shared equally by the State and local authorities.</p>			
Key words Institutional care, non-institutional care			
Other information www.stm.fi			
Title and number of series Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2001:30		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1081-5
Number of pages 80	Language Finnish	Price 14,80 €	Publicity Public
Distributor/Orders Ministry of Social Affairs and Health, Publications sale, P.O.B. 536, FIN-33101 Tampere, Finland tel. +358-03-260 8158 and +358-3-260 8535 fax +358-3-260 8150, e-mail: julkaisumvnti@stm.vn.fi		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 23.5.2000 avohoidon ja laitoshoidon merkitystä selvittävän työryhmän selvittämään avohoidon ja laitoshoidon merkitystä kansaneläkejärjestelmässä sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Työryhmän tehtävänä oli:

- selvittää, mitä ongelmia avohoidon ja laitoshoidon välinen rajanveto aiheuttaa asiakkaan tarkoituksenmukaiseen hoitoon
- arvioida avohoidon ja laitoshoidon välisen rajanvedon merkitys kunnan, kansaneläkelaitoksen ja niiden rahoittajien vastuunjakoon
- arvioida vaihtoehtoisten avo- ja laitoshoidon liittyvien mallien kustannusvaikutukset koskien kansaneläkejärjestelmää ja sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja asiakasta sekä omaishoidon tukijärjestelmää
- tehdä tarvittavat säädösmuutokset

Työryhmän puheenjohtajana on toiminut apulaisosastopäällikkö, hallitusneuvos **Tuulikki Haikarainen** sosiaali- ja terveysministeriöstä. Varapuheenjohtajana on toiminut lääkintöneuvos **Risto Pomoell** sosiaali- ja terveysministeriöstä. Jäseninä ovat olleet hallitusneuvos **Anja Kairisalo** sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallitussihteeri **Anne-Marie Brisson** sosiaali- ja terveysministeriöstä (17.9.2001 asti), ylitarkastaja **Anne-Mari Raassina** sosiaali- ja terveysministeriöstä (18.9.2001 alkaen), budjettineuvos **Pertti Tuhkanen** valtiovarainministeriöstä, hallitussihteeri **Raimo Kärkkäinen** ympäristöministeriöstä, osastopäällikkö **Eeva Ahokas** Kansaneläkelaitokselta, osastopäällikkö **Kaarina Ronkainen** Kansaneläkelaitokselta (24.4.2001 asti), sairaanhoitokorvauspäällikkö **Teuvo Kurki** Kansaneläkelaitokselta (25.4.2001 alkaen), sosiaali- ja terveystoimen päällikkö **Tuula Taskula** Suomen Kuntaliitosta, Invalidiliitto ry:n toimitusjohtaja **Raimo Lindberg** sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry:stä, varapuheenjohtaja **Pertti Rajala** Omaishoitajat ja Läheiset ry:stä, sosiaali- ja terveysjohtaja **Paavo Kaitokari** Kuopion kaupungista ja sosiaaliohittaja **Anne Vainio** Perniön kunnasta.

Työryhmän sihteereinä ovat toimineet etuuspäällikkö **Marja-Leena Seppälä** Kansaneläkelaitokselta, erityisasiantuntija **Sinikka Huhtala** Suomen Kuntaliitosta ja ylitarkastaja **Riitta Aulanko** sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmä kuuli seuraavia asiantuntijoita: erityisasiantuntija **Yrjö Lahtinen** Suomen Kuntaliitto, toiminnanjohtaja **Merja Salanko-Vuorela** Omaishoitajat ja Läheiset ry. sekä ylitarkastaja **Pirjo Vesanen** ympäristöministeriö.

Työryhmä on kokoontunut 28 kertaa.

Työryhmän tuli saada tehtävänsä valmiiksi 30.4.2001 mennessä. Työryhmä julkaisi vä-liraportin 6.4.2001 ja työryhmän lopullista määräaikaa pidennettiin 31.10.2001 asti.

Saatuana tehtävänsä suoritettua työryhmä luovuttaa sosiaali- ja terveysministeriölle kunnioittavasti muistionsa. Työryhmän muistioon liittyy Tuula Taskulan ja Pertti Tuh-kasen eriävät mielipiteet.

Helsingissä 18. joulukuuta 2001

Tuulikki Haikarainen

Risto Pomoell

Anja Kairisalo

Anne-Mari Raassina

Pertti Tuhkanen

Raimo Kärkkäinen

Eeva Ahokas

Teuvo Kurki

Tuula Taskula

Raimo Lindberg

Pertti Rajala

Paavo Kaitokari

Anne Vainio

Sinikka Huhtala

Marja-Leena Seppälä

Riitta Aulanko

SISÄLLYSLUETTELO

1.	TOIMEKSIANTO.....	13
2.	AVO- JA LAITOSHOIDON MÄÄRITTELY	14
2.1.	Laitoshoitorajoitusten historia.....	14
2.1.1.	Kansaneläkkeen historia.....	14
2.1.2.	Kansaneläkkeen ja työeläkkeen yhteensovitus	14
2.1.3.	Eläkkeensaajien asumistuen historia.....	16
2.1.4.	Vammaisetuuksien historia	16
2.2.	Eläkkeensaajien hoitotuen nykytila.....	17
2.2.1.	Yleistä	17
2.2.2.	Suhde muihin etuuksiin	18
2.2.3.	Hoitotukiryhmät.....	19
2.2.4.	Toimintakyvyn aleneminen.....	20
2.2.5.	Erityiskustannukset.....	21
2.3.	Laitoshoitoa koskeva lainsäädäntö	23
2.4.	Julkisen ja yksityisen laitoshoidon määrittely	24
2.5.	Vaikutus kansaneläkelaitoksen maksamiin etuuksiin	25
2.5.1.	Vaikutus eläke- ja vammaisetuuksiin sekä eläkkeensaajien asumistukeen.....	25
2.5.2.	Vaikutus sairausvakuutus- ja kuntoutusetuuksiin.....	25
2.6.	STM:n päätös avo- ja laitoshoidon määrittelyn perusteista ja sitä koskevasta lausunnotmenettelystä.....	26
3.	KANSANELÄKEJÄRJESTELMÄN SEKÄ KUNNALLISEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS JA VALTIONOSUUDET	27
3.1.	Kansaneläke-, sairausvakuutus- ja kuntoutusjärjestelmän etuuksien rahoitus	27
3.2.	Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja valtionosuudet.....	28
4.	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUT JA NIISTÄ PERITTÄVÄT ASIAKASMAKSUT.....	28
4.1.	Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut	28
4.2.	Asiakasmaksut.....	29
5.	OMAISHOITO JA PERHEHOITO	32
5.1.	Yleistä	32
5.2.	Hoitajien sosiaaliturva.....	32
6.	MAKROPILOTTILAINSÄÄDÄNNÖN KUVAUS.....	33
6.1.	Yleistä	33
6.2.	Omaneuvoja, saumaton palveluketju, sosiaaliturvakortti ja viitetietokanta.....	34
6.3.	Kokeilun lähtökohtana asiakkaan tarpeet.....	35
7.	ASUNTOJEN PERUSPARANNUSTOIMET SEKÄ APUVÄLINEET	35
7.1.	Vammaispalvelujärjestelmä.....	35
7.2.	Ympäristöministeriön hallinnonalan asuntojen perusparannustoimet ja valtion asuntorahaston avustukset.....	36
7.3.	Tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmä	37
7.4.	Sotilasvammalain mukainen järjestelmä	37
7.5.	Kansaneläkelaitoksen kuntoutusjärjestelmä	37
7.6.	Kehitysvammaisten erityishuolto	38
8.	RAY:N AVUSTUSTOIMINTA.....	38
9.	KANSAINVÄLINEN VERTAILU	40
9.1.	Tanskan vanhustenhuollon rakenne.....	40
9.1.1.	Yleistä	40
9.1.2.	Kotipalvelu ja kotisairaanhoido.....	40
9.1.3.	Hoitokoti.....	41
9.1.4.	Ehkäisevät kotikäynnit	41
9.2.	Saksa.....	41
9.2.1.	Yleistä	41
9.2.2.	Hoitovakuutus	42
9.2.3.	Kotipalvelu ja kotisairaanhoido.....	42
9.2.4.	Asuminen ja vapaaehtoisjärjestelmä	42
9.3.	Itävallan hoitorahajärjestelmä	43
10.	TYÖRYHMÄN TYÖHÖN LIITTYVÄT SELVITYKSET JA HANKKEET	44
10.1.	Valtioneuvoston päätös: sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003	44
10.2.	Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus	44
10.3.	Stakesin ja Suomen Kuntaliiton hoito- ja palvelusuunnitelmasuositus vanhustenhuoltoon	45
10.4.	Ennalta ehkäisevät kotikäynnit	45
10.5.	Itsenäisen selviytymisen tukemista koskeva hanke	46

10.6.	Omaishoitajien aseman parantaminen	46
10.7.	Ympäristöministeriön asumisen tulosalueen strategia vanhusten osalta	46
10.8.	Rohto-hanke	47
10.9.	Lääkkeitä koskeva selvitys liittyen kustannusvastuuseen julkisessa terveydenhuollossa.....	47
10.10.	Lääkekorvaustyöryhmä	48
10.11.	Hoitovakuutustyöryhmä	49
10.12.	Työtapaturma- ja ammattitautilainsäädännön kehittämistyöryhmä	49
10.13.	RAVA-indeksi.....	50
10.14.	Kansaneläkelaitoksen kokeilu RAVA-indeksin soveltuvuudesta eläkkeensaajien hoitotukeen.....	51
10.15.	Pakotetyöryhmä	51
10.16.	Sotainvalidien laitosten tuleva käyttö.....	52
11.	NYKYISESTÄ JÄRJESTELMÄSTÄ JOHTUVAT ONGELMAT VANHUSTENHUOLLOSSA JA SEN RAHOITUKSESSA.....	52
11.1.	Yleistä.....	52
11.1.1.	Avohoidon suunnitelmallisuus	54
11.1.2.	Laitoshoidon arviointia.....	54
11.1.3.	Laitokseen ottaminen terveydenhuollossa.....	55
11.1.4.	Laitokseen ottaminen sosiaalitoimessa.....	55
11.2.	Rahoitus	55
11.2.1.	Avohoito.....	55
11.2.2.	Laitushoito	56
11.2.3.	Kama-työryhmän kannanotot	57
11.2.4.	Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksen kannanotot.....	57
11.3.	Asiakasmaksuihin liittyviä erityiskysymyksiä.....	57
11.3.1.	Maksujen ja omavastuuosuuksien taso ja kasautuminen avohoidossa.....	57
11.3.2.	Avo- ja laitoshoidon maksujen erot	58
11.3.3.	Asumispalvelujen maksut.....	58
11.3.4.	Maksukyvyn mukaisen maksun määräämisen vaikutukset	59
12.	TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET.....	59
12.1.	Yleiset näkemykset	59
12.2.	Kansaneläkettä koskevat ehdotukset.....	60
12.3.	Eläkkeensaajien hoitotukea koskevat ehdotukset.....	60
12.4.	RAVA-indeksiä koskeva ehdotus	61
12.5.	Avo- ja laitoshoidon käsitteen säilyttäminen muissa kansaneläkelaitoksen etuuksissa.....	61
12.6.	Kuntien asiakasmaksuja koskevat ehdotukset.....	62
12.7.	Ehdotukset ennalta ehkäisevistä kotikäynneistä	64
12.8.	Omaishoitoa koskevat ehdotukset.....	65
12.9.	Kustannukset ja rahoitus.....	66
12.9.1.	Ehdotusten kustannus- ja maksutulovaikutukset.....	66
12.9.2.	Rahoitusta koskeva ehdotus	67

LIITTEET

Avohoidon ja laitoshoidon merkitystä selvittävän työryhmän selvitykset

LIITE 1. Palvelun käyttäjiltä perittävät asiakasmaksut ja korvaukset

LIITE 2. Palvelun käyttäjän mahdollisuus valita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita

LIITE 3. Vuoden 2001 alussa laitoshoidossa olevat

ERIÄVÄT MIELIPITEET

LÄHTEET

1. TOIMEKSIANTO

Avohoidon ja laitoshoidon merkitystä selvittävän työryhmän tehtävänä oli:

- selvittää, mitä ongelmia avohoidon ja laitoshoidon välinen rajanveto aiheuttaa asiakkaan tarkoituksenmukaiseen hoitoon
- arvioida avohoidon ja laitoshoidon välisen rajanvedon merkitys kunnan, kansaneläkelaitoksen ja niiden rahoittajien vastuunjakoon
- arvioida vaihtoehtoisten avo- ja laitoshoidon liittyvien mallien kustannusvaikutukset koskien kansaneläkejärjestelmää ja sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja asiakasta sekä omaishoidon tukijärjestelmää
- tehdä tarvittavat säädösmuutokset

Työryhmän toimikaudeksi oli määritelty 1.6.2000 – 30.4.2001. Työryhmän tuli laatia väliraportti vuoden 2000 loppuun mennessä asiakkaan tarvitseman hoidon sisällön määrittelemiseksi. Työryhmä julkaisi väliraportin (sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:6) 6.4.2001. Tämän jälkeen työryhmän tuli tehdä ehdotus järjestelmän uudistamiseksi. Työryhmän määräaikaa pidennettiin 31.10.2001 saakka.

Väliraportissaan työryhmä on kuvannut avo- ja laitoshoidon rajanvedon nykytilanteen ja sen vaikutukset sosiaalivakuutuksessa ja kuntien asiakasmaksuissa. Väliraportissa on esitetty työryhmän alustava näkemys suuntaviivoista avo- ja laitoshoidon välisestä rajanpoistamisesta. Lisäksi väliraportissa on todettu, että kustannusten selvittyä työryhmä tulee jatkotyössään tarkastelemaan ehdotuksen vaikutuksia niin etuudensaajan kuin järjestelmien ja sen rahoittajien kannalta.

Työryhmän asettamispäätöksen mukaan tavoitteena on, että asiakkaan hoidon tarve määrittelee hänelle annettavan hoidon sisällön ja ettei avo- ja laitoshoidon rahoitusratkaisut epätarkoituksenmukaisella tavalla vaikuta asiakkaan hoitoon. Tavoitteena on myös, että hoidossa otettaisiin huomioon kunnallisen palvelujärjestelmän ja omaishoidon yhteensovittamisen antamat mahdollisuudet.

Asettamispäätöksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen jakamisella avohoidon ja laitoshoidon palveluihin on suuri merkitys sekä palvelujen järjestämiseen että niistä perittäviin maksuihin. Monet etuudet myönnetään ja maksetaan vain avohoidossa oleville. Työryhmän asettamispäätöksen taustamuistion mukaan ”asiakkaan saamat suuremmat etuudet voivat johtaa tilanteeseen, jossa avohoidossa olevalta voidaan monissa tapauksissa periä asiakasmaksuina enemmän kuin laitoshoidossa olevalta”. Edelleen muistion mukaan ”kunnat ovat muuttaneet laitoksia avohoidon yksiköiksi myös muista kuin asiakkaan tarpeista johtuvista syistä”.

Asettamispäätöksen mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kannalta rajanvedolla on vaikutuksia sekä asiakkaan että kuntien ja kuntayhtymien asemaan. Rajanvedon perusteella määräytyvät maksujen perusteet sekä toiminnan sisältö ja sen laajuus. Henkilön ollessa kunnallisessa laitoshoidossa siihen sisältyy periaatteessa hoitavan lääkärin määräämä tarpeellinen hoito, huolenpito sekä lisäksi asuminen ja ylläpito. Asiakkaalta perittävä maksu kattaa edellä mainitun hoidon ja hoivan sekä ylläpidon.

Edelleen asettamispäätöksen mukaan kunnallisessa avohoidossa kunta järjestää vain ne palvelut, joista on sovittu asiakkaan kanssa. Myös maksu määräytyy erikseen kustakin käytettävästä palvelusta.

Asettamispäätöksessä todetaan, että rajanvedolla avohoitoon ja laitoshoittoon on huomattava käytännön merkitys erityisesti silloin, kun henkilö käyttää hyvin runsaasti palveluja ja hänen asumisensa sekä ylläpitonsa on järjestetty muiden palvelujen yhteydessä. Tällainen tilanne on usein esimerkiksi vanhusten tai vammaisten palveluasumisessa. Näissä tilanteissa avohoito on usein sisällöltään ja järjestelyiltään pitkälti samankaltaista kuin nykyaikainen asiakaslähtöinen laitoshoido. Myös omaishoidon tukijärjestelmää avohoidon osana olisi selvennettävä.

2. AVO- JA LAITOSHOIDON MÄÄRITTELY

2.1. Laitoshoitörajoitusten historia

2.1.1. Kansaneläkkeen historia

Kansaneläkkeen alentaminen laitoshoidon aikana (laitosrajoitus) on peräisin tukilaislaista (125/1956). Tukilaisää suoritettiin eläkkeensaajalle, ”jonka oman tai perheen elänturvaamiseksi erityinen taloudellinen tuki oli tarpeen.” Tukilaisä oli eläkkeen pienin osa ja tiukasti tarveharkintainen. Laitoshoidossa olevalle eläkkeensaajalle tukilaisää ei maksettu, koska laitoshoittoon katsottiin sisältyvän kaikki normaalin elämisen tarpeet eikä taloudellisen tuen tarvetta siten enää ollut.

Kansaneläkeuudistuksessa vuonna 1983 tukiosa ja tukilaisä yhdistettiin lisäosaksi. Entistä tukilaisää vastaava osuus jäi edelleen laitoshoitörajoituksen alaiseksi. Jos eläkkeensaaja oli yli kolme kuukautta kestävässä laitoshoidossa, eläkkeestä ei maksettu sitä osaa, joka ylitti I kuntaryhmässä 43 % ja II kuntaryhmässä 40 % täysimääräisestä lisäosasta.

Kansaneläkkeen määrään vaikuttavat laitoshoidon lisäksi myös eläkkeensaajan perhesuhteet. 1.6.2001 alkaen täysimääräinen kansaneläke on yksinäisellä henkilöllä 2 832 markkaa ja II kuntaryhmässä 2 714 markkaa kuukaudessa. Eläkkeensaajapuolison vastaavat markkamäärät ovat I kuntaryhmässä 2 492 markkaa ja II kuntaryhmässä 2 391 markkaa kuukaudessa. Laitoshoidon aikana kansaneläkkeestä ei makseta sitä osaa, joka ylittää kansaneläkkeensaajalla I kuntaryhmässä 1 495 markkaa (yksinäinen eläkkeensaaja) tai 1 377 markkaa (eläkkeensaajapuoliso) ja II kuntaryhmässä vastaavasti 1 349 (yksinäinen) tai 1 248 markkaa kuukaudessa (eläkkeensaajapuoliso). Lykätty tai varhennettu kansaneläke muuttaa rajoja. Avioliitossa olevan eläkkeensaajan ja hänen puolisonsa yhteisen talouden purkautuessa (mukaan lukien puolison joutuminen pitkäaikaiseen laitoshoittoon) kansaneläke maksetaan kuten yksinäiselle eläkkeensaajalle.

2.1.2. Kansaneläkkeen ja työeläkkeen yhteensovitus

Perustuslain 19 §:n mukaan jokaiselle taataan lailla oikeus perustoimentulon turvaan muun muassa sairauden, työkyvyttömyyden, vanhuuden ja työttömyyden aikana. Työeläkejärjestelmästä ja kansaneläkejärjestelmästä myönnetään, jos eläkkeen saamisedellytykset täyttyvät, 65 vuotta täyttäneelle vanhuuseläke ja pitkäaikaisesti työttömälle 60-vuotiaalle työttömyyseläke sekä työkyvyttömälle henkilölle joko määräaikaisena kun-

toutustuki, toistaiseksi myönnetty työkyvyttömyyseläke tai yksilöllinen varhaiseläke. Työeläke voidaan myöntää myös osatyökyvyttömyyseläkkeenä.

Työeläke on tarkoitettu turvaamaan ansiotyössä tai yrittäjänä toimineen henkilön työsäoloaikainen kulutustaso. Työvuosien ja palkan perusteella määräytyvä työeläke korvaa palkan työnteon päätyttyä. Kansaneläke turvaa vähimmäistoimeentulon niille Suomessa asuville eläkkeensaajille, jotka eivät saa muuta eläkettä tai joiden muu eläketurva ei ole suuri. Täysimääräinen kansaneläke edellyttää 40 vuoden asumisaikaa Suomessa. Kansaneläkkeen määrä pienenee muiden eläketulojen kasvaessa. Kun muut tulot ylittävät määrätyn rajan, kansaneläkettä ei jää maksettavaksi (5 800 mk/kk Y I, 1.6.2001 lukien).

Kansaneläke tuli kokonaan eläkevähenteiseksi 1.1.1996. Muutoksen jälkeen kansaneläkkeen pohjaosaa ei ole enää myönnetty kaikille. Jos kansaneläkettä ei siis jää maksettavaksi muiden eläketulojen perusteella, eläkkeensaajalle maksetaan pelkästään työeläkettä. Työeläkettä eivät koske kansaneläkkeen laitoshoitörajoitukset. Laitoshoitörajoitus koskee ainoastaan kansaneläkkeensaajia.

Kansaneläkeuudistuksessa vuoden 1997 alusta yhdistettiin pohjaosa ja lisäosa kansaneläkkeeksi. Täyden kansaneläkkeen määrä vastaa entisen pohjaosan ja lisäosan yhteismäärää. Kansaneläke on kokonaan eläkevähenteinen ja se myönnetään vain niille henkilöille, joiden kansaneläkkeeseen vaikuttavat tulot siihen oikeuttavat. Laitoshoidon ajalta maksettavan kansaneläkkeen määrä säilyi 40-43 %:na, joka vastasi lisäosan osuutta kokonaiseläketurvasta. Kunnat osallistuivat kansaneläkkeen lisäosan rahoittamiseen viimeksi vuonna 1995. Muutos toteutettiin kustannusneutraalisti valtion ja kuntien kesken.

Kansaneläkkeen pohjaosan muuttaminen eläkevähenteiseksi perustui valtiontalouden säästötarpeisiin sekä tarpeeseen selkeyttää eläkejärjestelmän eri osien roolia. Muutoksen jälkeen kansaneläkkeen pohjaosaa ei ole enää myönnetty kaikille. Vuonna 2001 kansaneläkettä ei myönnetä uusille eläkkeenhakijoille, joiden eläkkeet ja muut tulot ylittävät kuntaryhmästä ja perhesuhteista riippuen 4 918 – 5 799 mk/kk. Kansaneläkkeen entistä pohjaosaa on edellä mainituista syistä asteittain vuodesta 1996 alkaen alennettu. Alennus koskee sellaisia eläkkeensaajia, joilla ei ole ollut oikeutta kansaneläkkeen lisäosaan. Kansaneläkkeen pohjaosan poistaminen ei siten ole koskenut pienituloisimpia eläkkeensaajia. Tämän jälkeen kansaneläkkeen entistä pohjaosaa on pienennetty vuosittain. Entinen pohjaosa poistui kokonaan vuoden 2001 alussa.

Työeläkejärjestelmää koskevilla lainmuutoksilla on uusien myönnettävien työeläkkeiden ehtoihin jouduttu 1990-luvulla tekemään säästösyistä eläkkeen määrään vaikuttavia muutoksia. Julkisella sektorilla uusien työsuhteiden perusteella myönnettävien eläkkeiden tavoitetaso alennettiin 66 prosentista 60 prosentiksi vuoden 1993 alusta, mikä vastaa yksityisen sektorin työeläkkeiden tavoitetasoa. Lisäksi vuoden 1996 alusta voimaan tulleet muutokset niin sanottuun tulevan ajan ja eläkepalkan laskutapaan alentavat kaikkien uusien työeläkkeiden tasoa. Näiden muutosten vaikutus vuoden 1996 jälkeen alkaneisiin ja alkaviin työeläkkeisiin on moninkertainen pohjaosan poistamisen vaikutukseen verrattuna.

2.1.3. Eläkkeensaajien asumistuen historia

Kansaneläkkeen- ja leskeneläkkeensaajille on maksettu asumistukea 1.1.1970 lukien. Tällöin asumistuen suuruuteen vaikuttivat toisaalta eläkkeensaajan ja hänen puolisonsa vuositulot ja omaisuus sekä toisaalta asumiskustannukset. Asumistukea ei maksettu julkisista varoista kustannettavan hoidon aikana, ellei laitoshoidoa pidetty tilapäisenä. Tilapäisenä hoitoa pidettiin korkeintaan kuuden kuukauden ajan.

Vuoden 1980 alusta tuli voimaan eläkkeensaajien asumistukea koskeva erillinen laki. Asumistukijärjestelmään tehtiin monia muutoksia. Lain 7 §:n mukaan asumistukea ei makseta jatkuvassa laitoshoidossa tai siihen verrattavassa hoidossa olevalle eläkkeensaajalle siltä ajalta, joka ylittää yhdeksän kuukautta. Asumistuki siis keskeytetään ja asumistuen saajan kansaneläke alennetaan yhdeksän kuukauden kuluttua laitoshoidon alkamisesta.

Eläkkeensaajien asumistuen saaminen ei enää 1.1.1997 lukien edellytä kansaneläkkeen tai perhe-eläkkeen saamista. Siten 65-vuotta täyttäneelle voidaan myöntää pelkkä asumistuki. Alle 65-vuotiaalle eläkkeensaajalle asumistuki voidaan myöntää vain, jos hän saa kansaneläkettä, perhe-eläkettä, työeläkettä tai tapaturman taikka liikennevahingon perusteella maksettavaa eläkettä tai ulkomailta edellä mainittua etuutta vastaavaa eläkettä.

Kansaneläkelaitos ja kunnat rahoittivat kansaneläkkeen asumistuen 50/50 prosentin osuuksilla vuoteen 1983 asti. Kansaneläkelaitoksen ja kuntien rahoitusosuutta muutettiin 1984 alusta lukien. Kansaneläkelaitoksen rahoitusosuus oli 56,5 prosenttia ja kuntien 43,5 prosenttia. Vuosina 1995 ja 1996 valtio ja kunnat rahoittivat asumistuet 56,5/43,5 prosentin osuuksilla. Vuodesta 1997 alkaen valtio on rahoittanut asumistuet kokonaan. Muutos toteutettiin kustannusneutraalisti valtion ja kuntien kesken. Valtio on tämän lisäksi maksanut vuodesta 1970 alkaen kokonaan perhe-eläkkeiden asumistuen.

Asumistuen rahoitusosuudet, %

Vuodet	1970–1983	1984–1994	1995–1996	1997 alkaen
Kela	50	56,5	-	-
Kunnat	50	43,5	43,5	-
Valtio	-	-	56,5	100

2.1.4. Vammaiseturuksien historia

Lapsen hoitotukijärjestelmä tuli voimaan 1.1.1970. Hoitotuki oli tarkoitettu kotona tai muussa yksityiskodissa annettavan hoidon tueksi. Sitä ei maksettu lapselle, joka oli hoidettavana pääosin julkisin varoin toimivassa sairaalassa tai muussa laitoksessa.

1980-luvun lopulla uudistettiin niitä etuuksia, joiden tarkoituksena oli korvata vammaisuuden aiheuttaman toimintakyvyn alenemisen haittaa. Apu- ja hoitolisää koskeva säännös sisällytettiin kansaneläkelakiin jo vuonna 1964. Järjestelmän tarkoituksena oli tukea pysyvästi vaikeasti sairaiden tai vammaisten eläkkeensaajien kotona tapahtuvaa hoitoa. Säännöstä muutettiin seuraavan vuoden alusta lisäämällä lakiin uutena myöntämisper-

rusteena ikä. Iän perusteella eläkkeensaajille maksettiin apulisää (80 vuotta täyttäneille) ja hoitolisää (85 vuotta täyttäneille). Apu- ja hoitolisä korvattiin kansaneläkejärjestelmässä eläkkeensaajien hoitotuella 1.7.1988 lukien. Uudistuksella pyrittiin suuntaamaan tuki sellaisille henkilöille, jotka tosiasiallisesti tarvitsivat toimintakyvyn aleneman johdosta toisen henkilön apua. Lainmuutoksella suojattiin kuitenkin kesäkuussa 1988 maksettavina olleet apu- ja hoitolisät. Jos henkilö sai iän perusteella apu- tai hoitolisää kesäkuussa 1988, muutettiin apu- tai hoitolisä samansuuruiseksi hoitotueksi. Myös avuttomuuden perusteella apu- tai hoitolisää saaneiden hoitotuet suojattiin tietyin edellytyksin.

Invalidiraha, josta säädettiin invaliidirahalaissa (374/1951) oli sosiaalihuollituksen myöntämä etuus, jonka tarkoituksena oli tukea vaikeavammaisen työssä käyntiä korvaamalla vammaisuudesta aiheutuvia erityiskustannuksia. Etuuden saamisen perusedellytyksenä oli, että henkilön työ- tai toimintakyky oli alentunut vähintään 2/3. Invalidiraha oli porrastettu haitta-asteen mukaan kolmeen ryhmään. Vammaistukijärjestelmä tuli voimaan vuoden 1989 alusta lukien. Tällöin muutettiin kaikki joulukuussa 1988 maksussa olleet invalidirahat suojatuiksi vammaistuuksi, joka oli samansuuruinen kuin invalidiraha korotettuna kansaneläkeindeksillä. Kansaneläkelaitoksen myöntämän vammaistuen saamisedellytykset eivät ole samat kuin sosiaalihuollituksen myöntämän invalidirahan. Vammaistuen saamisen edellytyksenä ei ole esimerkiksi työelämässä toimiminen.

Eläkkeensaajien hoitotukea ja vammaistukea ei maksettu pääosin julkisin varoin toimivaan sairaalaan tai laitokseen. Myös nämä etuudet on tarkoitettu tukemaan kotona tai muualla annettavaa avohoittoa.

2.2. Eläkkeensaajien hoitotuen nykytila

2.2.1. Yleistä

Eläkkeensaajien hoitotuesta säädetään kansaneläkelain 30 a §:ssä ja kansaneläkeasetuksen 45 ja 46 §:ssä. Hoitotuesta on muutoin soveltuvin osin voimassa, mitä kansaneläkeläissa on säädetty työkyvyttömyyseläkkeestä. Hoitotuen saamiseen eivät vaikuta lahjakunnan tulot eikä varallisuus.

Kansaneläkelaitoksen etuusohjeiden (Etuusohjeet osa 2, 5/2001) mukaan hoitotuen tavoitteena on tukea sairaan tai vammaisen eläkkeensaajan kotona asumista ja siellä tapahtuvaa hoitoa sekä korvata hänelle sairaudesta tai vammasta aiheutuvia erityiskustannuksia. Taloudellista tukea antamalla pyritään helpottamaan avun ja palvelusten hankkimista ja estämään eläkkeensaajan laitoshoitoon joutuminen.

Eläkkeensaajien hoitotuki voidaan myöntää henkilölle,

- joka on täyttänyt 65 vuotta tai
- joka saa kansaneläkelain mukaista työkyvyttömyyseläkettä, kuntoutustukea tai yksilöllistä varhaiseläkettä taikka
- joka saa työntekijäin eläkelain 8 §:n 4 momentissa tarkoitettujen lakien mukaista tai muuta vastaavaa työ- tai virkasuhteeseen perustuvaa täyttä työkyvyttömyyseläkettä, kuntoutustukea tai yksilöllistä varhaiseläkettä taikka kansanedustajain eläkelain taikka valtioneuvoston jäsenen oikeudesta eläkkeeseen ja hänen jälkeensä suoritettavasta perhe-eläkkeestä annetun lain mukaista työkyvyttömyyseläkettä, kuntoutustukea tai yksilöllistä varhaiseläkettä.

Kun kansaneläke lasketaan Suomessa asuttuun aikaan suhteutettuna, lasketaan hoitotukikin samalla tavoin suhteutettuna kuin eläke. Jos hakija ei saa kansaneläkettä, suhteutetaan hoitotuki samalla tavalla kuin kansaneläkkeen hakijalla.

Eläkkeensaajien hoitotuki on kolmiportainen etuus. Hoitotuen suuruus määräytyy sen mukaan, miten paljon hoitoa tai palveluja henkilö tarvitsee tai miten paljon hänellä on erityiskustannuksia. Hoitotuen määrät vuoden 2001 KE-indeksin tasossa ovat seuraavat:

- hoitotuki 295 mk/kk
- korotettu hoitotuki 735 mk/kk
- erityishoitotuki 1 471 mk/kk.

Apulisän suuruisena suojattu hoitotuki on 432 mk/kk ja hoitolisän suuruisena suojattu 636 mk/kk vuoden 2001 tasossa. Eläkkeensaajien hoitotukeen sovelletaan 1.1.1999 alkaen pienimmän maksettavan hoitotuen rajaa, joka on 65 mk/kk KE-indeksin 1302 tasossa (KEL 30 b § 3 mom.).

Ennen 1.1.1997 on henkilölle, joka on saanut vammaistukea välittömästi ennen kansaneläkelain mukaisen eläkkeen tai vahvistetun kansaneläkeoikeuden alkamista, myönnetty eläkkeensaajien hoitotuki ilman hakemusta. Näissä tapauksissa määrääjäksi myönnettyä eläkettä/kuntoutustukea jatkettaessa joko kuntoutustuella tai toistaiseksi myönnettävällä eläkkeellä, jatketaan myös hoitotuen maksamista vastaavalta ajalta. Hoitotukea jatketaan ilman hakemusta vain pienimpänä hoitotukena, vaikka eläkkeensaaja olisi saanut korotettua hoitotukea tai erityishoitotukea. Korotettua hoitotukea ja erityishoitotukea on haettava erikseen. Kun hoitotuki on liittynyt vuonna 1996 alkaneeseen kuntoutustukioikeuteen, jatketaan hoitotuen maksamista, jos henkilön työeläkettä jatketaan täytenä työkyvyttömyyseläkkeenä tai kuntoutustukena. Vammaistuen jälkeinen pienin hoitotuki voidaan lakkauttaa silloin, jos hoitotuen saajan toimintakyky on oleellisesti parantunut verrattuna hoitotuen alkamisajankohtaan.

2.2.2. Suhde muihin etuuksiin

Jos henkilöllä on oikeus saada sairaudesta tai vammasta aiheutuvan toimintakyvyn alenemisen tai erityiskustannusten perusteella seuraavia niin sanottuja SOLITA-etuuksia

- tapaturmavakuutuslain
- maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslain
- sotilasvammalain
- ammattitautilain
- valtion virkamiesten tapaturmakorvauksesta annetun lain
- sotilastapaturmalain
- liikennevakuutuslain tai

näitä vastaavan aikaisemman lain mukaista avuttomuus- tai haittalisää (liikennevakuutuksessa hoitotukea) tai vastaavaa korvausta ulkomailta, hänellä ei ole saman vamman perusteella oikeutta hoitotukeen.

Hoitotukea ja vammaistukea ei voida maksaa samanaikaisesti. Tästä syystä joudutaan vertailemaan, kumpi on hakijalle edullisempi, kansaneläke ja hoitotuki vai vammaistuki. Vammaistuen sekä työkyvyttömyyseläkkeen ja hoitotuen vertailu tulee kyseeseen, kun hakija on työssäkäyvä sokea tai liikuntakyvytön. Sokealla ja liikuntakyvyttömällä on vammaistukilain mukaan aina oikeus erityisvammaistukeen. Toisaalta sokealla ja lii-

kuntakyvyttömällä on oikeus työkyvyttömyyseläkkeeseen ja vähintään pienimpään hoitotukeen. Vertailua tehtäessä tulee ottaa huomioon, että vammaistuki ja hoitotuki ovat verovapaita, kun taas kansaneläke on veronalaista tuloa. Verotuksen vaikutuksen hakija joutuu selvittämään verotoimistosta.

Jos hoitotuki on myönnetty työeläkelakien mukaisen työkyvyttömyyseläkkeen tai yksilöllisen varhaiseläkkeen saajalle ja työeläke muuttuu alle 65-vuotiaalle maksettavaksi vanhuuseläkkeeksi, ei hoitotukea lakkauteta eläkelajin muuttumisen vuoksi.

2.2.3. Hoitotukiryhmät

Hoitotukiratkaisu perustuu arvioon hakijan kokonaistilanteesta. Ratkaisua tehtäessä otetaan huomioon hakijan lääketieteellinen ja sosiaalinen tila, yksilölliset ja paikalliset olosuhteet sekä vammasta tai sairaudesta aiheutuvat erityiskustannukset. Hoitotuen suuruutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon avun, ohjauksen ja valvonnan tarpeen sekä erityiskustannusten yhteisvaikutus.

Pienin hoitotuki voidaan myöntää henkilölle, jonka toimintakyky on sairauden tai vammavuoksi alentunut yhtäjaksoisesti ainakin vuoden ajaksi, jos hän tarvitsee henkilökohtaisissa toiminnoissaan, kotitaloustöissä ja asioinnissa kodin ulkopuolella säännöllisesti toistuvaa (vähintään viikoittaista) toisen henkilön apua tai ohjausta ja valvontaa tai jos hänelle aiheutuu sairaudesta tai vammasta erityiskustannuksia. Aivan vähäistä, tavanomaiseksi katsottavaa avuntarvetta tai erityiskustannuksia ei kuitenkaan ole tarkoitus korvata.

Hoitotuen saaminen avuntarpeen perusteella edellyttää, että hakija tarvitsee säännöllisesti ainakin jossain määrin apua tai ohjausta ja valvontaa henkilökohtaisissa toiminnoissaan. Jos hän tarvitsee apua henkilökohtaisissa toiminnoissaan, voidaan olettaa, että hän tarvitsee apua myös kotitaloustöissä ja asioinnissa kodin ulkopuolella. Hoitotuki voidaan myöntää erityiskustannusten perusteella, jos keskimääräisiä erityiskustannuksia on vähintään pienimmän hoitotuen verran.

Vähintään pienimpään hoitotukeen on aina oikeus sokealla ja liikuntakyvyttömällä. Sokeana pidetään henkilöä, jolta puuttuu suuntausnäkö ja joka ei siten voi näkönsä heikkouden vuoksi liikkua kuin tutussa ympäristössä. Suuntausnäkö puuttuu yleensä, jos näkökyky on 0,04 tai vähemmän tai näkökenttä on supistunut joka puolelta alle 10 asteeseen tai näitä vastaavissa tilanteissa. Liikuntakyvyttömänä pidetään yleensä henkilöä, joka ei voi käyttää alaraajojaan liikkumiseen.

Korotettu hoitotuki voidaan myöntää henkilölle, jonka toimintakyky on alentunut yhtäjaksoisesti ainakin vuoden ajaksi, jos hän tarvitsee monissa henkilökohtaisissa toiminnoissaan jokapäiväistä, aikaa vievää toisen henkilön apua, huomattavassa määrin säännöllistä ohjausta ja valvontaa tai, jos hänelle aiheutuu sairaudesta tai vammasta huomattavia erityiskustannuksia.

Korotettu hoitotuki voidaan myöntää avun tai ohjauksen ja valvonnan tarpeen perusteella, jos avustaminen, ohjaus tai valvonta vievät paljon auttajan aikaa ja ovat jokapäiväistä ja jos niitä tarvitaan moniin henkilökohtaisiin toimintoihin. Korotettu hoitotuki voidaan myöntää erityiskustannusten perusteella, jos keskimääräisiä erityiskustannuksia on vähintään korotetun hoitotuen verran.

Erityishoitotuki voidaan myöntää henkilölle, jonka toimintakyky on alentunut yhtäjaksoisesti ainakin vuoden ajan, jos hän on yhtämittaisen hoidon ja valvonnan tarpeessa tai jos hänelle aiheutuu sairaudesta tai vammasta erittäin huomattavia erityiskustannuksia.

Erityishoitotuen myöntäminen hoidon ja valvonnan tarpeen perusteella edellyttää, että hakijan tila vaatii toisen henkilön jatkuvaa, ympärivuorokautista varuillaanoloa tai erityisjärjestelyjä. Jos hakijan terveydentila vaihtelee, kiinnitetään huomiota hoidon ja valvonnan kokonaismäärään pitemmän ajanjakson kuluessa. Erityishoitotuki voidaan myöntää erityiskustannusten perusteella, jos keskimääräisiä erityiskustannuksia on vähintään erityishoitotuen verran.

2.2.4. Toimintakyvyn aleneminen

Hoitotuki voidaan myöntää henkilölle, jonka toimintakyvyn voidaan arvioida olevan sairauden tai vamman johdosta yhdenjaksoisesti ainakin vuoden ajan alentunut. Vuoden määräaika arvioitaessa otetaan huomioon sekä tuleva että jo kulunut aika, jonka toimintakyky on ollut alentunut. Etuusohjeiden mukaan sairauden vaikeusasteen vaihdellessa yhdenjaksoisuus edellyttää yleensä, että oireettomat tai vähäoireiset jaksot jäävät noin pariin kuukauteen vuodessa. Toimintakyvyn alentumisen alkamisajankohtaa arvioitaessa vertailukohtana voidaan pitää esimerkiksi omaa suoriutumista aikaisemmin tai vastaavanikäisten normaaliksi katsottavaa selviytymistä (ikä, sukupuoli, sosiaalinen asema, kulttuuritausta). Toimintakyvyn alentumista ei ole laissa tai asetuksessa määriteltä. Sillä tarkoitetaan etuusohjeiden mukaan jokapäiväisessä elämässä tarvittavien toimintojen heikkenemistä. Henkilön kyky huolehtia itsestään ja selviytyä välttämättömistä kotitaloustöistä tai asioinnista kodin ulkopuolella on siten sairauden tai vamman johdosta alentunut. Toimintakyvyn alentumista arvioitaessa otetaan huomioon niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinen toimintakyky henkilön omassa elinympäristössä. Arvioinnissa ei edellytetä avuntarvetta. Toimintakyvyn alentuminen saattaa näkyä esimerkiksi siten, että toiminta kestää normaalia kauemmin tai siihen liittyy turvallisuusriskejä. Se saattaa näkyä myös kommunikaatiossa, sosiaalisissa taidoissa tai kognitiivisissa toiminnoissa. Kun hakijan toimintakyky on alentunut, ratkaisee avun tai ohjauksen ja valvonnan tarve taikka erityiskustannusten määrä sen, minkä suuruinen hoitotuki hänelle myönnetään.

Hakijan tulee tarvita apua henkilökohtaisissa toiminnoissa, kotitaloustöissä ja asioinnissa kodin ulkopuolella. Sairauden tai vamman vaikeusasteen lisäksi avuntarpeeseen vaikuttavat monet muut seikat, kuten asumisolosuhteet ja paikkakuntaan liittyvät olosuhteet. Hakijalla voidaan katsoa olevan avuntarvetta, jos apua ei ole saatavilla ja hänen on pakko selviytyä apuvälineiden tai oman sinnikkyytensä avulla. Avuntarve pelkästään kotitaloustöissä tai asioinnissa ei kuitenkaan riitä hoitotuen saamiseen avuntarpeen perusteella.

Henkilökohtaisilla toiminnoilla tarkoitetaan liikkumista, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimista, pukeutumista, ruokailua ja muita vastaavia toimintoja. Henkilökohtaisiin toimintoihin liittyvään avuntarpeeseen rinnastetaan myös avuntarve sairaanhoidollisissa toimenpiteissä, kuten esimerkiksi elintärkeästä lääkityksestä huolehtimisessa.

Mikäli henkilön kommunikaatio- ja itsensä ilmaisukyky on niin vahvasti rajoittunut, että hän joutuu turvautumaan puhetta korvaaviin kommunikaatiomuotoihin kuten viittoma-

kieleen, tulkkipalveluun, puhekoneeseen tai vastaavaan, rinnastetaan tämä avuntarpeeseen henkilökohtaisissa toiminnoissa.

Kotitaloustöillä tarkoitetaan välttämättömiä kodinhoitotehtäviä kuten esimerkiksi siivousta, ruoan valmistusta ja vaatteiden puhtaanapitoa. Asioinnilla kodin ulkopuolella tarkoitetaan muun muassa kaupassakäyntiä, pankkiasioiden hoitamista ja terveydenhoitopalveluiden käyttämistä. Ohjauksella ja valvonnalla tarkoitetaan toisen henkilön opastusta ja silmälläpitoa henkilökohtaisissa toiminnoissa, kotitaloustöissä ja asioinnissa kodin ulkopuolella. Ohjaukseen ja valvontaan rinnastetaan myös jatkuva varuillaanolo. Valvontaa voivat osittain korvata esimerkiksi omaisten kesken sovitut erityisjärjestelyt tai erilaiset hälytys- ja puhelinjärjestelyt.

2.2.5. Erityiskustannukset

Erityiskustannuksilla tarkoitetaan sellaisia tarpeellisia ylimääräisiä kustannuksia, jotka liittyvät toimintakyvyn alentumista aiheuttavaan sairauteen tai vammaan. Jos hakija esittää sellaisesta sairaudesta tai vammasta syntyneitä kustannuksia, joka ei alenna toimintakykyä, ei näitä kustannuksia voida hyväksyä erityiskustannuksina. Erityiskustannukset otetaan huomioon vain siltä osin kuin hakija joutuu niistä itse vastaamaan. Hänen katsotaan vastaavan itse kustannuksista myös silloin, kun hän on saanut toimeentulotukea avun ja palvelusten hankkimista varten. Erityiskustannuksiksi ei lueta tavalliseksi katsottavia terveydenhoitokuluja kuten äkillisten sairauksien aiheuttamia tilapäisiä kustannuksia. Erityiskustannuksia arvioitaessa on otettava huomioon, että sosiaali- ja terveydenhuollon maksukaton täytyttyä maksukaton piiriin kuuluvat palvelut ovat maksuttomia. Kansaneläkelaitoksen etuusohjeiden mukaan ”maksukatossa otetaan huomioon maksut terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkärinpalveluista, fysioterapiasta, sarjahoidoista, sairaalan poliklinikkamaksut, päiväkirurgian maksut, maksut yö- ja päivähoidosta, kuntoutushoidosta sekä lyhytaikaisen laitoshoidon maksut sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon laitoksissa.” Edelleen ohjeiden mukaan lyhytaikaisesta laitoshoidosta voidaan kuitenkin periä maksu palvelun käyttäjän ylläpidosta maksukaton ylittämisen jälkeenkin. Ohjeissa todetaan myös, että lisäksi on huomattava, että alle 18-vuotiaan lapsen käyttämisestä palveluista perityt maksut otetaan huomioon yhdessä vanhempien tai muun huoltajan maksujen kanssa, jolloin palvelut ovat maksuttomia maksukaton täytyttyä kaikille perheen alle 18 -vuotiaille ja toiselle huoltajalle.

Täysihoitoa tarjoavaa palveluasumista järjestävät paitsi kunnat, myös erilaiset säätiöt ja yksityiset tahot. Palveluasumisen luonne ja annetun hoidon määrä vaihtelevat. Kunnallisissa palveluissa asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma ja palveluista peritään asiakasmaksulain ja asiakasmaksuasetuksen mukainen maksu sekä maksu tukipalveluista.

Yksityinen palveluntuottaja voi hinnoitella antamansa palvelut haluamallaan tavalla. Täysihoitoa tarjoavissa toimintayksiköissä hoidosta aiheutuvia maksuja ei yleensä voida hyväksyä kokonaan hoitotukeen vaikuttavina erityiskustannuksina, koska muun muassa hoiva- ja palvelukodit tarjoavat paljon palveluja, joita asukas voi hankkia, jos hänellä on siihen varaa, mutta jotka eivät välttämättä ole sairauden takia hänelle tarpeellisia.

Osa hoiva- tai palvelumaksuista voidaan periaatteessa hyväksyä hoitotukeen vaikuttavina erityiskustannuksina. Kansaneläkelaitoksen paikallistoimisto selvittää, miten suuri osa hoiva- tai palvelumaksuina maksettavista kustannuksista kussakin yksityistapauk-

sessä on sairaudesta tai vammasta aiheutuvaan toimintakyvyn alenemiseen liittyviä tarpeellisia ylimääräisiä kustannuksia ja tältä pohjalta arvioi yksilökohtaisesti hoitotuessa erityiskustannuksina huomioon otettavan osuuden hoitomaksusta. Yksityiseltä palveluntuottajalta ostetut palvelut voidaan kuitenkin edellä mainituin perustein ottaa erityiskustannuksina huomioon yleensä enintään kunnallisen taksan mukaisina.

Erityiskustannusten perusteella myönnettävän hoitotuen saamisen ehtona on, että jatkuvien kustannusten voidaan arvioida nousevan vähintään myönnettävän hoitotuen määrään. Erityiskustannusten jatkuvuudella tarkoitetaan yleensä sitä, että kustannuksia kertyy noin vuoden ajalta ja kustannuserät ovat toistuvia. Jatkuvuus on kuitenkin harkittava aina tapauskohtaisesti.

Kansaneläkelaitoksen etuusohjeissa on esimerkkejä erityiskustannuksista:

- Jatkuvista sairaanhoitokustannuksista (lääkäripalkkiot, lääkärin määräämät lääkkeet, tutkimus ja hoito, toistuvat sairaalamaksut) voidaan hyväksyä ne, joista hakija itse vastaa.

Sairausvakuutuksen kautta korvattavista lääkekustannuksista voidaan hyväksyä omavastuuosuudet. Kustannuksia arvioitaessa on selvitettävä, ovatko kaikki lääkekulut syntyneet toimintakykyä alentavan sairauden hoidosta. Myös sairausvakuutuskorvauksen ulkopuolelle jäävistä lääkkeistä aiheutuneet kustannukset voidaan hyväksyä edellyttäen, että lääkkeet ovat lääkärin määräämiä, liittyvät toimintakykyä alentavaan sairauteen ja ovat lääketieteelliseltä kannalta tarpeellisia sairauden hoidossa.

- Matkat (esimerkiksi erityiskulkuneuvojen käyttö tai saattajan matkat). Sairaudesta johtuvat ylimääräiset matkakulut voidaan hyväksyä, jollei niitä korvata jonkin muun lain perusteella. (Kansaneläkelaitoksen etuusohjeissa on todettu, että esimerkiksi vaikeavammaisen voi saada vammaispalvelulain perusteella tukea asiointimatkoihin tai muihin vastaaviin matkoihin 18 yhdensuuntaista matkaa kuukaudessa).

Terveystenhoitoon liittyvistä matkoista voidaan hyväksyä sairausvakuutuksen omavastuuosuudet. Terveystenhoitoon liittyvien matkojen lisäksi voidaan hyväksyä kohtuullinen määrä asioinnista ja sosiaaliseen elämään osallistumisesta syntyneitä matkakustannuksia. Kohtuullisena määränä voidaan pitää kerran tai kahdesti viikossa tehtyjä matkoja. Kustannuksista vähennetään julkisen kulkuneuvon käytöstä aiheutuvat kulut.

Oman auton käyttökustannukset voidaan hyväksyä, jos hakija ei pysty sairautensa takia käyttämään julkisia kulkuneuvoja. Tällöin ajokilometriä kohti käytetään samaa taksaa kuin sairausvakuutuksessa.

- Kunnat perivät antamistaan kotipalveluista (kodinhoitajat, kotiavustajat, kotisairaanhoitajat) palvelujen käyttäjiltä asiakasmaksulakiin ja -asetukseen perustuvan maksun. Maksun suuruuteen vaikuttaa muun muassa asiakkaan maksukyky. Kunnan kotipalveluista perimät tosiasialliset maksut voidaan hyväksyä erityiskustannuksina. Yksityisten palveluntuottajien vastaavien kotipalveluiden kustannuksista voidaan yleensä hyväksyä enintään kuntien kotipalvelumaksujen suuruinen määrä. Omaisten välisissä hoitosopimuksissa voidaan hyväksyä avuntarpeeseen nähden kohtuulliset kustannukset. Kohtuullisuutta arvioitaessa voidaan käyttää apuna kuntien kotipalvelumaksuja.

- Sellaiset erityisvaatekustannukset (vaatteiden teettäminen tai vaatteiden ja jalkineiden erityinen kuluminen) ja erityisruokavaliokustannukset ja muut vastaavat henkilökohtaiset kustannukset voidaan hyväksyä, jotka ovat toimintakykyä alentavan sairauden aiheuttamia ja ylimääräisiä verrattuna terveen ihmisen vastaaviin kustannuksiin.

Kansaneläkelaitoksen etuusohjeiden mukaan kertaluonteisia kustannuksia ei hyväksytä. Siten esimerkiksi leikkauksesta syntyneitä kuluja tai erilaisten laitteiden tai apuvälineiden (esimerkiksi turvaranneke, puhelimen lisälaite ja silmälasit) hankkimiskuluja ei hyväksytä. Koska terveydenhuollon kautta korvataan yleensä laitteiden ja apuvälineiden hankinnasta syntyneet kulut, ei niitä senkään vuoksi voida hyväksyä erityiskustannuksina hoitotuessa. Hakijan maksettavaksi jääviä laitteiden ja välineiden käyttöön liittyviä jatkuvia kuluja (esimerkiksi turvarannekkeen kuukausimaksut) voidaan hyväksyä erityiskustannuksina. Kustannukset arvioidaan luotettavan selvityksen perusteella, kuitteja ei välttämättä tarvita.

Kansaneläkelaitoksen etuusohjeiden mukaan kustannuksia arvioitaessa on otettava huomioon, että mikäli hakija saa jotakin SOLITA-etuutta (esimerkiksi elinkorkoa), etuuden maksaja maksaa hänelle yleensä myös täyden korvauksen esimerkiksi vamman aiheuttamista sairaanhoidon kustannuksista.

2.3. Laitoshoitoa koskeva lainsäädäntö

Avo- ja laitoshoidon määrittelytyöryhmän (sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1994:18) ehdotusten pohjalta toteutettiin laitoshoitoa koskevien säännösten uudistus, joka tuli voimaan 1.4.1995. Yhtenäisen laitospäsitteen aikaansaamiseksi yhtenäistettiin sosiaali- ja terveyshuollon lainsäädännössä ja sosiaalivakuutuslainsäädännössä laitoshoitoa koskevat säännökset. Julkisen laitoshoidon käsite määriteltiin laissa. STM:lle annettiin valtuudet vahvistaa sekä kunnallista sosiaali- ja terveydenhuoltoa että kansaneläkelaitosta velvoittavat perusteet avo- ja laitoshoidon määrittelemiseksi.

Laitoshoitoa koskevat säännökset kansaneläkelaitoksen hoitamassa sosiaalivakuutussäädännössä ovat seuraavat:

- Kansaneläkelaki (KEL) 42 a §?42 b §?69 §2 mom. ja 83 §?7 mom.
- Kansaneläkeasetus (KEA) 54 §?ja 62 a §?
- Perhe-eläkelaki (PEL) 37 §?
- Eläkkeensaajien asumistukilaki (EAL) 7 §?ja 14 §
- Vammaistukilaki (VTL) 4 §?
- Laki lapsen hoitotuesta (HoitotukiL) 4 §?
- Sairausvakuutuslaki (SVL) 24 §?
- Laki kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta (KKL) 3 a §
- Sotilasavustuslaki (SAL) 17 §

Muussa lainsäädännössä:

- Sosiaalihuoltolaki 24 § ja 24 a §
- Lastensuojelulaki 46 a §?
- Kansanterveyslaki 18 §
- Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettu laki 18 §
- Erikoissairaanhoitolaki 35 a §?

2.4. Julkisen ja yksityisen laitoshoidon määrittely

Kansaneläkelain 42 a §:n mukaan laitoshoidolla tarkoitetaan ylläpidon, hoidon ja huolenpidon sisältävää toimintaa sairaalassa, hoitolaitoksessa tai muussa vastaavassa toimintayksikössä. STM:n määräyksen mukaisesti henkilölle järjestetty hoito on aina laitoshoidoa, kun hoito on järjestetty sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Niiden lisäksi laitoshoidoa on hoito vastaavassa sosiaalihuollon laitoksessa kuten vanhainkodissa, kehitysvammaisten erityishuollon ja päihdehuollon laitoksessa. Muissa kuin edellä mainituissa toimintayksiköissä järjestetyt palvelut ovat avohoitoa, ellei ole ilmeisen painavia perusteita pitää toimintaa laitoshoidona.

Arvioitaessa sitä, onko ilmeisen painavia perusteita pitää toimintaa sisällöltään ja järjestelyiltään laitoshoidona, tulee ministeriön määräyksen mukaisesti kiinnittää huomiota kaikkien seuraavien seikkojen muodostamaan kokonaisuuteen:

- toimintayksikön antamien palvelujen laatu ja määrä
- toimintayksikön koko sekä siellä työskentelevän hoitohenkilökunnan koulutus, määrä ja työajat
- toimintayksikössä olevien henkilöiden asumisen järjestäminen yhden tai useamman henkilön huoneisiin ja muut tilajärjestelyt sekä
- toimintayksikössä olevien henkilöiden toimintakyky sekä heidän omaehtoinen mahdollisuutensa vaikuttaa asumisen järjestelyihin.

Kysymyksessä on aina julkinen laitoshoido, kun hoitoa annetaan valtion, kunnan tai kuntayhtymän laitoksessa.

Laitoshoido yksityisen ylläpitämässä laitoksessa on julkista, jos

- valtio kustantaa hoidon
- valtio, kunta tai kuntayhtymä osallistuu jatkuvasti hoidon kustantamiseen antamalla toimintayksikölle tai sen ylläpitäjälle tukea, avustusta tai korvausta, jonka määrä ylittää puolet hoidon kokonaiskustannuksista
- kunta on tehnyt ostopalvelusopimuksen laitoshoidosta tai sitä vastaavasta hoidosta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (STVOL 733/1992) 4 §:n 1 momentin 4 kohdan mukaisesti tai kysymyksessä on tosiasiallisesti tätä vastaava järjestely
- kunta osallistuu jatkuvasti hoidon kustantamiseen antamalla hoidettavalle toimeentulotukea vähintään puolet hoitomaksusta.

Lisäksi kysymyksessä saattaa olla STVOL 4 §:n 1 momentin 4 kohdan mukainen järjestely, jos laitos saa tukea, avustusta tai korvausta valtiolta, kunnalta tai kuntayhtymältä ja laitoshoidossa oleva henkilö saa lisäksi jatkuvasti toimeentulotukea tai muuta tukea hoitomaksuun niin, että tukien yhteismäärä selvästi ylittää puolet henkilöä kohden lasketuista hoidon kokonaiskustannuksista.

STM:n määräyksessä on perusteet, milloin laitoshoidoa on kansaneläkevakuutuksessa pidettävä jatkuvana. Vaikka laitoshoido ei ole yhdenjaksoista, se katsotaan kuitenkin jatkuvaksi, jos

- laitoshoitopäiviä on vähintään 90 ja
- kotona olojaksot kestävät 15 päivää tai vähemmän ja
- laitoshoitojaksot ovat keskimäärin pitempiä kuin kotona olojaksot

Laitoshoidon jatkuvuus keskeytyy, kun etuudensaaja on kotona yhdenjaksoisesti vähintään 16 päivää. Pelkkä laitoksen kirjoissaolo ei aiheuta eläke-etuuksien maksamisen keskeyttämistä. Etuudensaajan lähtiessä 16 päivää kestäväälle lomalle, hoidon katsotaan päättyvän, vaikka hänet pidettäisiinkin edelleen laitoksen kirjoissa ja häneltä perittäisiin hoitomaksu.

2.5. Vaikutus kansaneläkelaitoksen maksamiin etuuksiin

2.5.1. Vaikutus eläke- ja vammaisetuuksiin sekä eläkkeensaajien asumistukeen

Kansaneläke maksetaan alennettuna siltä ajalta, jonka laitoshoido kestää yli kolme kuukautta. Jos eläkkeensaaja saa eläkkeensaajien asumistukea, kansaneläke maksetaan alentamattomana asumistuen maksuajalta. Eläkkeensaajien asumistuen maksamista jatketaan yhdeksän kuukautta laitoshoidon alkamisesta, jos eläkkeensaajalla on edelleen asumiskustannuksia. Eläkkeensaajien hoitotuki lakkautetaan, kun laitoshoidon kesto ylittää kolme kuukautta. Myös vammaistuki ja lapsen hoitotuki keskeytetään, jos laitoshoido kestää yli kolme kuukautta. Sotilasavustuksesta on vähennettävä sitä aikaa vastaava osa, minkä avustusta saava asevelvollisen omainen on vähintään 14 vuorokautta laitoshoidossa tai sitä vastaavassa hoidossa.

Henkilön ollessa julkisessa laitoshoidossa laitos vastaa kaikista hoito- ja ylläpitokustannuksista. Avohoidossa henkilö vastaa itse käyttämiensä palvelujen kustannuksista. Järjestämistään palveluista kunta perii sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) ja asetuksen (912/1992) mukaisen asiakasmaksun. Asiakasmaksut määräytyvät erilaisin perustein avohoidossa ja laitoshoidossa. Asiakasmaksuasetuksessa on säännös omaan käyttöön jätettävistä käyttövaroista pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalle. Käyttövaraksi on jätettävä 20 % nettotuloista tai kuitenkin vähintään 450 markkaa kuukaudessa. Lisäksi rintamalisänsaajalle on jätettävä käyttövaroiksi vähintään 450 markkaa kuukaudessa ja rintamalisä. Avohoidossa olevalle ei ole säännöstä omaan käyttöön jätettävistä käyttövaroista.

2.5.2. Vaikutus sairausvakuutus- ja kuntoutusetuuksiin

Sairausvakuutuslain mukaista korvausta ei makseta sairaanhoidon aiheuttamista kustannuksista ajalta, jonka henkilö on julkisessa laitoshoidossa tai sitä vastaavassa hoidossa. Sairaanhoidosta johtuvia kustannuksia ovat lääkärinpalkkiot, tutkimus ja hoito, lääkkeet, matkat ja hammashuolto.

Laitoshoidoon sisältyvät kaikki henkilön tarvitsemat lääkkeet. Potilasta ei voida velvoittaa käyttämään omia lääkkeitään lyhyenkään laitoshoidon ajalta. Oikeutta sairausvakuutuslain mukaisiin korvauksiin ei ole, vaikka laitoshoidossa tai sitä vastaavassa hoidossa oleva henkilö hakeutuu omatoimisesti tutkimuksiin tai hoitoon yksityiselle sektorille.

Kansaneläkelaitos ei järjestä kuntoutusta, jos vaikeavammainen on hoidettavana tai kuntoutettavana julkisessa laitoshoidossa tai sitä vastaavassa hoidossa.

2.6. STM:n päätös avo- ja laitoshoidon määrittelyn perusteista ja sitä koskevasta lausuntomenettelystä

Avohoidon ja laitoshoidon asema ja määrittely kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa ja kansaneläkelaitoksen etuuslainsäädännössä nousi korostetusti esille vuoden 1993 valtiosuusuudistuksen jälkeen. Tähän vaikuttivat muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön asettamien työryhmien tekemät palvelurakenteen uudistamista koskevat ehdotukset. Vuoden 1992 lopussa ministeriö käynnisti alueellisen selvitysmieshankkeen, jonka tehtävänä oli arvioida kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen kehityssuuntia, erityisesti avo- ja laitoshoidon ja niihin liittyvien asumisratkaisujen tasapainoa ja kehittämistarpeita. Selvitysmiehet ehdottivat avohoitopainotteiseen toimintatapaan siirtymistä ja voimakasta asumispalveluiden kehittämistä.

Kun kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapoja muutettiin avohoitoa suosivaksi, avo- ja laitoshoidon välinen raja hämärtyi erityisesti sosiaalitoimessa, jossa ei ole laintasoisia säädöksiä laitokseen ottamisesta eikä sieltä poistamisesta.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän selvittämään avo- ja laitoshoidon välistä rajanvetoa. Työryhmän tehtävänä oli selvittää, miten avohoidon ja laitoshoidon käsitteet tulisi lainsäädännössä määritellä yhtenäisin perustein niin, että kansaneläke- ja sairausvakuutusjärjestelmän mukaisten etuuksien maksaminen tukisi kunnallisten palvelujen palvelurakenteen uudistamista laitosvaltaisesta avohoitopainotteiseksi. Työryhmän työ valmistui 5.10.1994 (sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1994:18). Lainsäädäntömuutokset avo- ja laitoshoidon määrittelystä ja siihen liittyvästä kansaneläkelaitoksen ja kuntien välisestä neuvottelu- ja lausuntomenettelystä tulivat voimaan 1.4.1995 (lait 116-126/1995). Työryhmän esityksen pohjalta sosiaali- ja terveysministeriö vahvisti määräyksen Avo- ja laitoshoidon välisestä rajanvedosta 16.2.1995. Perusteet olivat voimassa 1.4.1995 - 31.12.1999. Niiden voimassaoloa jatkettiin STM:n uudella määräyksellä (STM määräyskokoelma 1999:81) ajalle 1.1.2000 - 31.12.2002. Merkittävin muutos aikaisempaan päätökseen nähden on uusi kohta, jossa määritellään erikoissairaanhoidon järjestämä hoito potilaan kotona avohoidoksi. Lisäksi päätöksessä on joitakin täsmennyksiä aikaisempaan verrattuna esimerkiksi jatkuvan laitoshoidon osalta.

Voimassa oleva STM:n päätös "Perusteet avo- ja laitoshoidon määrittelemiseksi" on annettu tämän muistion luvussa 2.3. lueteltujen lainkohtien perusteella. Päätöstä sovelletaan ratkaistaessa, koska hoitoa on pidettävä avohoitona tai laitoshoidon ja koska taas sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat laitoshoidon tai, koska laitoshoidon on julkista ja kansaneläkelain säännösten mukaan jatkuvaa.

Päätöksen mukaisia perusteita noudatetaan, kun myönnetään vakuutetulle kansaneläkelaitoksen maksamia etuuksia silloin, kun hän on kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä.

Kunnan ja kansaneläkelaitoksen toimiston on tarvittaessa neuvoteltava keskenään siitä, onko sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavassa toimintayksikössä järjestetty toiminta laitoshoidon tai onko laitoshoidon julkista. Jos kunta ja kansaneläkelaitos eivät neuvotteluissa pääse yksimielisyyteen, on niiden yhdessä tai erikseen, pyydettävä asiasta lausunto STM:ltä. Lausunto on luonteeltaan sitova. Lausuntoja oli annettu 21.8.2000 mennessä 71.

3. KANSANELÄKEJÄRJESTELMÄN SEKÄ KUNNALLISEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS JA VALTIONOSUUDET

3.1. Kansaneläke-, sairausvakuutus- ja kuntoutusjärjestelmän etuuksien rahoitus

Kansaneläke-etuudet rahoitetaan työnantajan kansaneläkemaksulla, osuudella arvonnalisäveron tuotosta, valtion osuuksilla ja kansaneläkerahaston tuotoilla.

Työnantajan kansaneläkemaksu on vuonna 2001 yksityisellä sektorilla poistojen määrästä ja palkkasummasta riippuen 2,0 %, 4,0 % tai 4,9 % ennakkopidätyksen alaisista palkoista. Valtiolta ja sen laitoksilta sekä Ahvenanmaan maakunnalta perittävä kansaneläkemaksu on 3,95 % ja kunnilta ja kirkolta perittävä maksu 3,15 % ennakkopidätyksen alaisista palkoista. Vuonna 2002 työnantajien sosiaaliturvamaksut alenevat. Työnantajien kansaneläkemaksut laskevat 0,45-0,75 prosenttiyksikköä. Työnantajan kansaneläkemaksu on vuonna 2002 yksityisellä sektorilla poistojen määrästä ja palkkasummasta riippuen 1,35 %, 3,55 % tai 4,45 % ennakkopidätyksen alaisista palkoista ja kunnilta ja kirkolta perittävä maksu 2,40 % ennakkopidätyksen alaisista palkoista. Valtiolta ja sen laitoksilta sekä Ahvenanmaan maakunnalta perittävä kansaneläkemaksu pysyy ennallaan.

Arvonlisäveron tuotosta tilitetään kansaneläkelaitokselle kansaneläkkeiden maksamiseksi 2 400 miljoonaa markkaa vuonna 2001. Osuus on vuonna 2002 yhteensä 700 miljoonaa euroa.

Valtio rahoittaa kokonaan eläkkeensaajien asumistuet, yleiset perhe-eläkkeet, rintamasotilasetuudet, lapsen hoitotuet ja vammaistuet. Lisäksi valtio rahoittaa eläkevähenteisistä kansaneläkkeistä 29 %.

Jos edellä mainitut kansaneläkevakuutuksen tuotot eivät riitä kattamaan kansaneläkevakuutuksen kokonaismenoja, valtio suorittaa puuttuvan osan niin sanottuna takuusuorituksena. Jos kansaneläkerahastoon jää ylijäämää, se siirretään sairausvakuutusrahastoon sairausvakuutuksen takuusuorituksen pienentämiseksi. Vuonna 2001 kansaneläkevakuutukseen ei tarvita valtion takuusuoritusta, mutta sairausvakuutuksessa on tarvetta takuusuoritukseen. Vuonna 2002 myös kansaneläkemenojen rahoittamiseksi tarvitaan valtion takuusuoritusta. Jos tuottoperusteita ei muuteta, kaikki menonlisäykset lisäävät takuusuoritustilanteessa vastaavasti valtion menoja.

Sairausvakuutus- ja kuntoutusetuudet rahoitetaan vakuutetuilta ja työnantajilta perittävin maksuin. Valtio rahoittaa äitiys-, isyys- ja vanhempainrahojen sekä erityishoitorahojen vähimmäispäiväraha-kustannukset. Valtio korvaa lisäksi ETA- JA EU-sopimusten nojalla ulkomaille maksettavat sairaanhoitokustannukset sekä sopimuksista aiheutuvien kustannusten korvaukset. Valtion on suoritettava takuusuorituksena sairausvakuutusrahastoon sellainen määrä, että rahaston rahoitusomaisuus on kalenterivuoden päättyessä vähintään 8 % sairausvakuutuksen vuotuisista maksetuista kokonaismenoista. Lisäksi valtio turvaa sairausvakuutuksen maksuvalmiuden. Yksityisen sektorin työnantajan, valtion liikelaitoksen, kunnan ja kuntayhtymän sekä kunnallisen liikelaitoksen työnantajien sairausvakuutusmaksu on vuonna 2002 1,60 %, valtion ja sen laitosten ja Ahvenanmaan maakunnan 2,85 %, vakuutetun 1,50 % ja eläketuloa saavan ylimääräinen sairausvakuutusmaksu 0,40 %.

3.2. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja valtionosuudet

Kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto rahoitetaan pääosin verovaroin. Valtionosuuden perusteena ovat laskennalliset bruttokustannukset, jotka vahvistetaan valtion budjetissa. Valtionosuus oli vuoteen 2002 asti 24,2 % ja vuodesta 2002 valtionosuus nousee 25,3 %:iin laskennallisista kustannuksista. Kuntien rahoitusosuudeksi jää 75,8 %. Valtionosuuden perusteena olevat laskennalliset kustannukset ovat vuonna 2002 yhteensä 10 583 miljoonaa euroa (62,9 mrd. mk), josta valtionosuus on 2 551 miljoonaa euroa (15,3 mrd.mk).

Valtionosuuden lakisääteistä tasoa ei kuitenkaan saavuteta vuositasolla, koska kustannusten tason muutokset tulee huomioiduksi täysimääräisesti vasta nelivuotistarkastelun jälkeen. Lisäksi tehtävien lisäyksistä ja kustannusten tason muutoksesta aiheutuva kustannusten kasvua vastaava valtionosuus saatetaan siirtää kompensoitavaksi vasta nelivuotistarkastelussa. Tämän lisäksi on valtionosuutta voidaan vähentää etukäteen lisäämällä kunnan omarahoitusosuutta, jos arvioidaan käyttökustannusten vähentymistä talousarviovuonna. Vuoden 2002 kunnan omarahoitusosuutta lisätään, koska toimeentulotukimenojen arvioidaan vähentyvän sillä perusteella, että asumistuessa hyväksyttävien enimmäisasumismenojen taso ja työmarkkinatuen lapsikorotus kasvaa.

Sosiaali- ja terveystoimen käyttömenot olivat vuonna 1999 yhteensä 65,2 mrd. mk. Valtionosuus käyttömenoihin oli vuonna 1999 yhteensä 13,4 mrd. mk, joka oli 20,6 % käyttömenoista. Palvelun käyttäjiltä perittävät maksut olivat yhteensä 5,7 mrd. mk ja ne kattoivat käyttömenoista keskimäärin 8,7 %. Siten kunnallisverovarolla ja muilla toimintatuloilla rahoitettiin 46,2 mrd. mk. Muiden toimintatulojen osuus on vähäinen, noin 1-2,5 % käyttömenoista.

Vuonna 1999 investoinnit olivat yhteensä 2 mrd. mk, josta valtionosuus oli noin 0,29 mrd. mk. Investointien valtionosuus saattaa poistua lähivuosina.

4. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUT JA NIISTÄ PERITTÄVÄT ASIAKASMAKSUT

4.1. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö perustuu suurelta osin puitelainsäädännön periaatteisiin siten, että palveluiden järjestämistapa ja määrä jää kunnallisen itsehallinnon harkintaan, mutta palveluiden suuntaamista varten valtioneuvosto vahvistaa toimintaohjelman. Harkintaa kuitenkin sidotaan valtionosuuslainsäädännössä säädetyin velvoitteiden ja sanktion. Perusturvalautakunta voi vaatia havaittujen puutteiden korjauksia. Puutteiden poistamiseen voidaan pakottaa uhkasakolla ja perusteettoman valtionosuuden palautusvaatimuksella.

Lainsäädännössä on kuitenkin kunnille säädetty tehtäväksi järjestää palveluita, joihin kuntalaisilla on subjektiivinen oikeus. Kustannuksiltaan merkittävimpiä ovat lasten päivähoito ja kotihoidon tuki. Lasten vanhemmilla on oikeus valita lastensa hoitotapa vapaan valintansa mukaan. Lainsäädännön uudistamisessa ja muuttamisessa voidaan nähdä piirteitä siihen suuntaan, että palveluiden järjestämisvelvoitteesta siirrytään yhä

enemmän säätämään palvelu subjektiivisen oikeuden luonteiseksi. Tämä merkitsee varojen sitomista siten säädettyihin tarkoituksiin ja varmistaa siten säädetyin palvelutarpeen täydellisen tyydyttämisen. Lasten päivähoiton lisäksi esimerkiksi vaikeavammaisten tietyt palvelut ovat subjektiivisia oikeuksia. Vanhusten avopalveluissa, asumis- ja palveluissa ja laitoshoidossa ei ole subjektiivisia oikeuksia.

Kunnan sosiaalitoimen lakisääteiset tehtävät säädetään ensisijaisesti sosiaalihuoltolaissa (710/1982) ja sosiaalihuoltoasetuksessa (607/1983) sekä toimeentulotukilaissa (1412/1997). Lisäksi vuonna 2001 on tullut voimaan laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000).

Seuraavassa on lueteltu muu keskeinen lainsäädäntö, joka säätelee vanhus- ja vammais- ja palvelujen järjestämistä kunnissa.

Sosiaalitoimi

- kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977) ja -asetuksessa (988/1977),
- päihdehuoltolaissa (41/1986) ja -asetuksessa (653/1986),
- laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987) ja -asetuksessa (759/1987),
- yksityisten sosiaalipalveluiden valvonnasta annetussa laissa (603/1996) ja -asetuksessa (208/1996),
- laissa kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä (604/1991)

Terveystoimi

Kunnan terveydenhuollon lakisääteiset tehtävät säädetään ensisijaisesti kansanterveyslaissa (66/1972) ja -asetuksessa (802/1992) sekä erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989).

Terveystoimen keskeisistä tehtävistä säädetään vielä erikseen seuraavissa laeissa:

- työterveyshuoltolaissa (743/1978)
- mielenterveyslaissa (1116/1990) ja -asetuksessa (1247/1990)
- laissa yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990) ja -asetuksessa (744/1990)
- laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

4.2. Asiakasmaksut

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulainsäädäntö uusittiin valtionosuuslainsäädännön voimaantulon yhteydessä vuoden 1993 alusta. Asiakasmaksulainsäädännön uudistus oli merkittävä osa valtionosuuslainsäädännön kokonaisuudistusta (laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992, jäljempänä asiakasmaksulaki ja asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992, jäljempänä asiakasmaksuasetus).

Valtionosuuslainsäädännön uudistamisen yhteydessä tuli hyväksytyksi se periaate, että kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjiltä perittävät maksut ja korvaukset ovat kunnan tai kuntayhtymän omia tuloja ja että asiakasmaksujen enimmäismääristä säädetään laissa tai asetuksessa. Siten kunta voi päättää perittävistä mak-

suista kuitenkin niin, että asiakasmaksulailta ja –asetuksella säädettyjä enimmäismaksuja ei saa ylittää.

Kunta voi periä enimmäismaksun tai päättää siitä, että maksua kunnallispoliittisin päätöksin alennetaan tai se jätetään perimättä. Esimerkiksi viisi kuntaa on päättänyt, että ne eivät peri terveyskeskusmaksua vuonna 2001. Noin 70-80 terveyskeskusta on päättänyt siitä, että veteraaneilta ja sotainvalideilta ei peritä terveyskeskusmaksua. Siten kunnilla ja kuntayhtymillä on mahdollisuus ottaen huomioon taloudellinen tilanteensa päättää siitä, peritäänkö kunnallisista palveluista säädöksissä säädetty enimmäismaksut vai voidaan niitä joiltakin osin alentaa tai jättää perimättä.

Asiakasmaksulaisissa säädetään maksuttomista sosiaalipalveluista lain 4 §:ssä ja maksuttomista terveyspalveluista lain 5 §:ssä. Jos palveluista ei ole määrätty perittäväksi maksua, siitä voidaan periä enintään omakustannushinta. Esimerkiksi asumispalveluiden järjestämisestä säädetään sosiaalihuoltolain 17 §:n 1 momentissa. Asiakasmaksulainsäädännössä ei ole määritelty asumispalveluista perittävästä maksusta. Siten asumispalveluista voidaan periä maksu, joka ei ylitä sen tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia.

Asiakasmaksulain ja –asetuksen säatelemän maksupolitiikan voidaan katsoa perustuvan seuraaviin pääperiaatteisiin:

1. Palvelun käytölle ei ole asetettu hintaa

Kun palvelun käytölle ei ole asetettu hintaa, on sosiaali- ja terveyspoliittisista syistä hyväksytty, että palvelun käyttäminen on tarkoituksenmukaista ja tukee maassa noudatettavia sosiaali- ja terveyspoliittisia päämääriä. Esimerkiksi äitiysneuvolapalveluiden käyttö on maksutonta. Tämän lisäksi palvelun käyttämistä tuetaan äitiysavustuksella ja äitiyspäivärahalla, jotka on osin sidottu neuvolapalveluiden käyttöön. Palvelun käyttö rahoitetaan kokonaan verovarosta.

2. Palvelun käytölle on määritelty hinta, joka ei ole esteenä palveluun hakeutumiselle

Palvelun käytöstä peritään maksu, jota tuetaan verovaroin siten, että sen määrä ei ole esteenä palveluun hakeutumiselle. Palvelun käyttämistä pidetään sosiaali- ja terveyspoliittisista syistä tarkoituksenmukaisena. Esimerkiksi käynnistä terveyskeskuslääkärin luona ja sairaalan poliklinikalla peritään maksu, joka kattaa alle 10 % todellisista aiheutuneista kustannuksista. Muulta osin palvelun käyttöä tuetaan verovarosta.

3. Palvelun käytöstä peritään tulosidonnainen maksu, joka on enintään omakustannushinta

Kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa on palveluita, joiden käyttämistä pidetään perusteltuna ja tarpeellisena ja niiden käytöstä voidaan periä palvelun tuottamisesta aiheutuneet kustannukset. Tällaisia palveluita ovat pysyvä laitoshoido ja jatkuva ja säännöllinen kotona annettava palvelu. Jotta näiden palveluiden käytöstä perittävä maksu ei estäisi palvelun käyttöä, on säädetty siitä, että maksu tulee kuitenkin sitoa palvelunkäyttäjän säännönmukaisiin tuloihin, laitoshoidossa nettotuloihin ja avohoidossa bruttotuloihin. Siten näiden palveluiden käyttöä tuetaan verovarosta silloin, kun palvelunkäyttäjän käytettävissä olevat tulot eivät riitä kattamaan palvelusta perittävää maksua.

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa hoidettava maksaa saamastaan hoidosta nykyisten säännösten mukaan 80 % nettotuloistaan. Tätä on perusteltu sillä, että usein pääosa hoidettavan tuloista muodostuu verovaroin tai veroluonteisilla maksuilla kerättävästä tulosta.

Palvelun käyttäjän omaa käyttöä varten on jätettävä 20 % nettotuloista tai vähintään 450 markkaa kuukautta kohden.

Avohoidossa peritään asetuksella säädetyin rajoituksin määrän perusteella määräytyvä maksu bruttotuloista. Avohoidossa ei ole säännöksiä palvelunkäyttäjän omaan käyttöön jäävästä käyttövarasta. Jos kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto toteaa, että henkilö on sosiaali- ja/tai -terveydenhuollon palveluiden tarpeessa, ja hänelle järjestetään kunnallisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, palvelun käyttäjältä peritään asiakasmaksuasetuksen 3 §:ssä säädetty maksu. Maksu voi olla käyntikertaan perustuva tasamaksu tai jatkuvan palvelun käytöstä perittävä maksu, joka on suhteutettu asetuksessa säädetyin rajoituksin palvelun käyttäjän bruttotuloihin.

4. Palvelun käytöstä perittävä maksu, joka ei ole tulosidonnainen; tukipalvelut

Sosiaalihuoltolain nojalla tuotetaan palveluita, joista peritään kunnan päättämä maksu, joka voi olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuneet kustannukset. Maksun määrittämisessä ei siten oteta huomioon henkilön tulotasoa. Näitä ovat eräät sosiaalihuoltolain 17 §:n nojalla tuotettavat lakisääteiset palvelut. Esimerkkinä voidaan mainita siivousapu ja kuljetuspalveluiden järjestäminen muulle kuin vaikeavammaiselle henkilölle.

Maksukatto

Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuille säädettiin vuotuinen maksukatto vuoden 2000 alusta voimaan tulleella lailla (1308/1999). Säännöksen tarkoituksena on estää terveydenhuollon vuotuisten maksujen kohoaminen kohtuuttoman korkeaksi. Maksukatto on 3 500 mk vuosina 2000-2001. Vuonna 2000 maksukaton kertymäkausi säädettiin ensin 12 kuukauden mittaiseksi kertymäkaudeksi. Jokaiselle palvelunkäyttäjälle muodostui oma, henkilökohtainen kertymäkausi, joka alkoi ensimmäisestä maksukattoa kerryttävästä käynnistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Vuoden 2001 alusta kertymäkaudeksi määriteltiin kalenterivuosi.

Maksukattoa kerryttävät pääsääntöisesti kaikki terveydenhuollon palveluista perittävät lyhytaikaisen hoidon maksut. Maksukaton ulkopuolelle jäävät siten muun muassa maksukyvyn mukaan määräytyvä pitkäaikaisen laitoshoidon maksu ja terveyskeskuksen antamasta hammashoidosta perittävät maksut sekä kotisairaanhoidosta perittävät maksut. Asiakasmaksulain 6 a §:n nojalla maksukattoon sisältyvät vain seuraavat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuasetuksessa säädetyt maksut: poliklinikkakäynti, päiväkirurgian maksu, sarjahoito, laitoshoidon perusmaksu, lyhytaikainen laitoshoido, käyntimaksut ja vuosimaksu terveyskeskuslääkärin luona, yksilökohtainen fysioterapia, yö- ja päivähoito ja laitoshoidon annettu kuntoutus. Maksukaton täyttymisen jälkeen lyhytaikaisesta laitoshoidosta voidaan periä 70 markkaa hoitopäivältä. Suomen Kuntaliiton kyselystä saadun tiedon mukaan maksukaton ylittymisen johdosta annettavia vapaa-kortteja annettiin noin 71 700 kappaletta vuonna 2000. Kunnat ja kuntayhtymät arvioivat maksukaton leikkaavan maksutuloja 128,5 miljoonaa markkaa. Kyselyyn eivät vastanneet kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt.

Maksukattojärjestelmän käyttöönotosta ovat hyötäneet ensisijaisesti henkilöt, jotka ovat olleet hoidossa sairaalassa ja vuodeosastoilla. Myöskin vakaviin sairauksiin sairastuneiden toistuvat käynnit hoidossa poliklinikoilla ovat nostaneet maksuja siten, että maksukatto on tullut täyteen. Kun poliklinikkamaksussa ei ole ikärajoitusta, ovat alle 18-

vuotiaitten lasten käyttämät palvelut voineet täyttää maksukaton, jonka seurauksena myös toinen huoltaja ja mahdolliset alle 18-vuotiaat sisarukset ovat saaneet vapaakortin.

5. OMAISHOITO JA PERHEHOITO

5.1. Yleistä

Omaishoidon tuella tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotona tapahtuvan hoidon turvaamiseksi annettavaa hoitopalkkiota ja palveluja. Omaishoidon tuesta laaditaan hoitajan ja kunnan välille sopimus. Hoitajat eivät ole työsuhteessa kuntaan. Hoidettavalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, joka on sopimuksen liitteenä.

Perhehoidolla tarkoitetaan henkilön hoidon, kasvatuksen tai muun ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä hänen oman kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa. Perhehoitajalain mukaisesta perhehoidosta laaditaan toimeksiantosopimus hoitajan ja kunnan välille. Hoitajat eivät ole työsuhteessa kuntaan.

Sekä omaishoidosta että perhehoidosta maksettava hoitopalkkio on veronalaista tuloa, josta toimitetaan ennakonpidätys. Palkkioihin suoritetaan työntekijäin eläkelain (TEL) mukaisen indeksin, TEL-indeksin, mukainen tarkistus vuosittain.

Työnantajan sosiaaliturvamaksua eikä työttömyys- ja tapaturmamaksua makseta. Myöskään työntekijän työttömyysvakuutusmaksua ei peritä.

5.2. Hoitajien sosiaaliturva

Eläketurva määräytyy kunnallisten viranhaltijain ja työntekijäin eläkelain (KVTEL) mukaan. Työnantajan eläkevakuutusmaksu suoritetaan kuntakohtaisen ennakkomaksuprosentin mukaisesti. Myös työntekijäin eläkemaksu peritään. Jos toimeksiantosuhte alkaa sen jälkeen, kun hoitaja on täyttänyt 65 vuotta, ei eläkevakuutusmaksuja suoriteta.

Perhehoitajat tulivat 1.7.1992 ja omaishoitajat 1.7.1993 KVTEL:in piiriin, vaikka eivät ole työ- tai virkasuhteessa jäsenyhteisöön. Jotta perhehoitaja eläkevakuutetaan, hänellä tulee olla perhehoitosopimus kunnan kanssa (perhehoitajalaki 1 §). Vastaavasti omaishoitajalla tulee olla omaishoitosopimus kunnan kanssa (sosiaalihuoltolaki 27 b §).

Omaishoitajien eläketurva määräytyy peruseläketurvan mukaisesti; eläkettä karttuu työskentelystä 1,5 % vuodessa ja 2 % vuodessa 55 vuoden iän täyttämistä seuraavan kuukauden alusta. Eläkeikä on 65 vuotta ja eläkkeen enimmäistaso 60 %. Perhehoitajalle eläkettä karttuu 1.7.1992 ja omaishoitajalle 1.7.1993 jälkeiseltä ajalta.

Vuoden 1998 alusta eläkettä on voinut karttua myös alle kuukauden pituisista sopimuksista (niin sanotut patkätyöt). Vuoden 2000 alusta säännöksiä muutettiin niin, ettei perhe- tai omaishoitajana toiminen estä enää tulevan ajan (=on aika työskentelyn päättymisestä vanhuuseläkeikään) liittämistä sitä ennen päättäneeseen parempipalkkaiseen työskentelyyn edellyttäen, että siitä on vielä tuleva aika voimassa (eläketapahtuma jälkikarenssiaikana eli työskentelyn päättymisestä ei pääsääntöisesti ole yli vuotta).

Eläkettä ei kartu perhe- tai omaishoidosta täydellä työkyvyttömyyseläkkeellä olevalle hoitajalle eikä myöskään hoitajalle, jos hoitosopimus on tehty sen jälkeen kuin hoitaja on täyttänyt 65 vuotta. Näiden eläkkeiden saaminen ei toisaalta estä perhe- tai omaishoitajana toimimista.

Jos perhe- tai omaishoitaja on yksilöllisellä varhaiseläkkeellä, hän voi ansaita hoitotyöstä korkeintaan 1 206 mk/kk menettämättä eläkettään ja työttömyyseläkkeellä korkeintaan 2 412 mk/kk.

Perhehoitajat on vakuutettu tapaturmavakuutuslain 3 a §:n nojalla. Perhehoitajalla on oikeus yhteen vapaapäivään kuukaudessa ellei toimeksiantosopimuksessa ole muuta sovittu. Vastaava oikeus yhteen vapaapäivään kalenterikuukaudessa on omaishoitajilla. Katso lisäksi kohta 10.1.6. omaishoitajien aseman parantaminen.

6. MAKROPILOTTILAINSÄÄDÄNNÖN KUVAUS

6.1. Yleistä

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta (811/2000) eli niin sanottu makropilottilaki sääntelee alueellista kokeilua, joka tapahtuu Satakunnan alueen kokeilukunnissa määräaikaisena vuoden 2003 loppuun saakka. Laki tuli voimaan 1.10.2000. Lailla mahdollistetaan saumaton palveluketju käyttäen apuna omaneuvojaa, palveluketjusuunnitelmaa, sähköistä asiointikorttia ja viitetietokantaa. Lailla on tarkoitus saada kokemuksia muun muassa tietoteknologian hyödyntämisestä sosiaali- ja terveydenhuollossa ja muussa sosiaaliturvassa.

Lain mukaan muukin kunta tai kuntayhtymä tai ne yhdessä voivat hakea kokeilun piiriin pääsemistä sosiaali- ja terveysministeriölle osoitetulla hakemuksella. Sosiaali- ja terveysministeriö voi päättää lain soveltamisesta hakijakunnassa tai kuntayhtymässä tai molemmissa, jos hakemuksen ja kokeilusuunnitelman perusteella arvioidaan kokeilun vaatimien teknisten, taloudellisten, hallinnollisten ja muiden edellytysten olevan olemassa.

Makropilottilain alueellisen kokeilun piiri laajenee sekä Satakunnassa että eräillä Uudenmaan, Pirkanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan alueilla vuoden 2003 loppuun saakka. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut myönteiset päätökset keväällä 2001 kokeilun laajentamisesta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien terveydenhuollon toimintayksiköissä, Helsingin, Espoon, Vantaan, Hyvinkään ja Keravan kaupungeissa, Raahan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin terveydenhuollon toimintayksiköissä, Tampereen, Valkeakosken ja Vammalan kaupungeissa, Äetsän kunnassa, Vammala-Äestän kansanterveystyön kuntayhtymän toimintayksiköissä ja Virtain kaupungin terveystoimessa. Lisäksi kokeilu laajenee edelleen Satakunnan alueen kuntien, kuntayhtymien ja kaupunkien piirissä.

Lisäksi voidaan mainita esimerkkinä Rauman seudulla toteutettava kehitysvammaisen asiakkaan saumatonta palveluketjua ja itsenäistä suoriutumista kehittävä hanke. Tavoitteena on, että kehitysvammaisen saa tarvitsemansa palvelut sujuvasti ja kykenee asumaan itsenäisesti toimintakyky huomioon ottaen. Lisäksi tavoitteena on löytää malli toimia yhdessä ja välittää asiakkaasta tarvittavaa tietoa muille toimijoille ympäristössä, jossa kehitysvammaisen asioi useissa eri yksiköissä. Kohderyhmänä ovat suunnitelmien

mukaan lapset (ennen kouluikää) ja itsenäistynvä kehitysvammainen. Projekti on osa makropilotin "VEKO-Verkostoituneet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut osana kotihoidon kehittämistä" -hanketta. Sen muita osaprojekteja ovat Vanhusten kotihoidon kehittäminen ja Diabetespotilaan palveluketjun kehittäminen.

6.2. Omaneuvoja, saumaton palveluketju, sosiaaliturvakortti ja viitetietokanta

Makropilottilainsäädännössä omaneuvojan tehtävänä on edistää asiakkaan palveluketjun saumattomuutta. Asiakas päättää itse, käyttääkö hän omaneuvojanpalveluita ja kenet hän valitsee omaneuvojakseen. Omaneuvojana toimii kunnan tai kuntayhtymän tai näiden kanssa ostopalvelusopimuksen tehneen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun tuottajan palveluksessa oleva sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä suorittava työntekijä tai viranhaltija, käytännössä yleensä sosiaalityöntekijä, perusterveydenhuollon lääkäri tai kotipalvelun tai kotisairaanhoidon henkilöstöön kuuluva.

Palvelujen saumattomuutta tukee myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjusuunnitelma, joka laaditaan yhteistyössä asiakkaan kanssa hänen palvelujensa ja etuksiensa saumattoman toteutumisen varmistamiseksi, jos asiakkaan hoidon ja huollon toteuttaminen sitä edellyttää. Saumattomien palveluketjujen kehittäminen on tullut mahdolliseksi sähköisten tietoverkkojen ja tietoteknologian nopean kehittymisen myötä. Se mahdollistaa sosiaalitoimen, terveyskeskusten, erikoissairaanhoidon ja muun sosiaaliturvan keskinäisen yhteistyön joustavan järjestämisen.

Esimerkiksi Satakunnan makropilottihankkeessa saumattomien hoito- ja palveluketjujen osakokonaisuudessa tavoitteena on ollut parantaa palveluja ja säästää kustannuksia kehittämällä muun muassa aluetietojärjestelmiä, joilla asiakkaan tiedot liikkuvat sujuvasti organisaatiosta toiseen asiakkaan itsensä sijasta. Saumattomaan hoito- ja palveluketjuun on pyritty Satakunnassa muun muassa kehittämällä sähköistä konsultaatiota, jonka avulla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat neuvotella keskenään. Tavoitteeseen on pyritty myös kehittämällä työterveydenhuollon palveluja siten, että työkyvyn ongelmiin voidaan puuttua mahdollisimman varhain. Ensihoidon kehittämisessä on ollut tavoitteena luoda langaton tietojärjestelmä, jonka avulla esimerkiksi jo ambulanssista saataisiin yhteys sairaalaan. Myös lääkitystietojen liittäminen järjestelmään vähentäisi kustannuksia ja lisäisi potilasturvallisuutta esimerkiksi siten, että hoitava lääkäri saisi järjestelmästä tiedot potilaan mahdollisista lääkeallergioista ja tämän käyttämistä lääkkeistä.

Sosiaaliturvakortti, jonka myöntää kansaneläkelaitos, on uusi väline sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomuuden toteuttamisessa. Sosiaaliturvakorttia voidaan käyttää henkilön todentamiseen sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan sähköisissä sovelluksissa ja sähköisessä asioinnissa.

Viitetietokanta, joka sisältää tietoja siitä, missä sähköisissä sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereissä on asiakasta koskevaa tietoa, nopeuttaa asiakkaan kokonaistilanteen hahmottamista hoito- ja huoltotilanteissa. Viitetietokantaa, viitetietojen luovuttamista ja asiakkaan suostumusta koskevat säännökset ovat tarpeen järjestelmän toteuttamiseksi.

6.3. Kokeilun lähtökohtana asiakkaan tarpeet

Makropilottikokeilussa ei puututa kenenkään oikeuksiin saada sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tai muuta sosiaaliturvaa. Kokeilun tavoitteena on löytää entistä parempi ja joustavampi toimintamalli toteuttaa kansalaisten tarvitsemia palveluita ja muita etuuksia silloinkin, kun on tarvetta saada palveluita ja etuuksia eri toimintayksiköistä ja organisaatioista. Kansalaisen kannalta lain vaikutukset ilmenevät entistä asiakaslähtöisemmän toiminnan kehittämisenä. Myös asiakkaan tosiasiallisia mahdollisuuksia vaikuttaa omien arkaluonteisten henkilötietojensa käsittelyyn parannetaan. Alkuvaiheessa alueellisen kokeilun piiri kattoi runsaat 20 000 kokeilukuntien asukasta. Kehittämispäntöksen avulla tehostetaan sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista palvelujen tuotantoa siten, että nykyisillä henkilöstö- ja taloudellisilla resursseilla voidaan vastata muun muassa väestön ikääntymisestä johtuvaan hoiva- ja palvelutarpeen lisääntymiseen. Hanke kehittää myös asiakkaan saaman palvelun laatua ja antaa uusia mahdollisuuksia kansalaisten ja asiakkaiden omatoimisuuteen ja itsenäiseen suoriutumiseen.

7. ASUNTOJEN PERUSPARANNUSTOIMET SEKÄ APUVÄLINEET

7.1. Vammaispalvelujärjestelmä

Kunnat järjestävät vammaisille erilaisia palveluja ja tukitoimia tarpeen mukaan vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain (380/1987) (myöhemmin vammaispalvelulaki) ja asetuksen (759/1987) perusteella.

Kunnan on järjestettävä vaikeavammaiselle henkilölle kohtuulliset kuljetuspalvelut niihin liittyvine saattajapalveluineen, tulkkipalvelut sekä palveluasuminen, jos henkilö vammansa tai sairautensa johdosta välttämättä tarvitsee palvelua suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista. Erityistä velvollisuutta palveluasumisen järjestämiseen ei kunnalla ole, jos henkilö on jatkuvan laitoshoidon tarpeessa.

Vammaispalvelulain 9 §:n mukaan vammaiselle henkilölle korvataan hänen vammansa tai sairautensa edellyttämän tarpeen mukaisesti kokonaan tai osittain kustannukset, jotka hänelle aiheutuvat henkilökohtaisen avustajan palkkaamisesta ja lain toteuttamiseksi tarpeellisista tukitoimista. Vastaavasti korvataan ylimääräiset kustannukset, jotka aiheutuvat vamman tai sairauden edellyttämän tarpeellisen vaatetuksen ja erityisravinnon hankkimisesta.

Kunnan on korvattava vaikeavammaiselle henkilölle asunnon muutostöistä sekä asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden hankkimisesta aiheutuvat kohtuulliset kustannukset, jos henkilö vammansa tai sairautensa johdosta välttämättä tarvitsee toimenpiteitä suoriutuakseen tavanomaisen elämän toiminnoista eikä henkilö ole jatkuvan laitoshuollon tarpeessa. Korvattavia asunnon muutostöitä ovat välttämättömät rakennustyöt, kuten esimerkiksi ovien leventäminen, luiskien rakentaminen, kiinteiden kalusteiden ja rakennus- ja sisustusmateriaalien muuttaminen sekä vastaavat muut henkilön vakituudessa asunnossa suoritettavat rakennustyöt. Asunnon muutostöiksi katsotaan myös muutostöiden suunnittelu sekä esteiden poistaminen asunnon välittömästä lähiympäristöstä.

Korvausta muiden kuin lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin kuuluvien välineiden, koneiden tai laitteiden hankkimisesta aiheutuviin kustannuksiin suoritetaan sellaiselle vam-

maiselle henkilölle, joka tarvitsee niitä vammansa tai sairautensa johdosta liikkumisessa, viestinnässä tai henkilökohtaisessa suoriutumisessa kotona tai vapaa-ajan toiminnoissa. Korvauksen määrä on puolet todellisista kustannuksista. Vakiomalliseen välineeseen, koneeseen ja laitteeseen kuuluvat vamman vaatimat välttämättömät muutostyöt korvataan kokonaan.

Vammaispalvelulain 8 §:n mukaan vammaiselle henkilölle annetaan kuntoutusohjausta ja sopeutumisvalmennusta sekä muita vammaispalvelulain tarkoituksen toteuttamiseksi tarpeellisia palveluja. Näitä palveluja voidaan antaa myös vammaisen henkilön lähiomaiselle tai hänestä huolehtivalle taikka muutoin läheiselle henkilölle.

7.2. Ympäristöministeriön hallinonalan asuntojen perusparannustoimet ja valtion asuntorahaston avustukset

Valtion korjausavustuksia myönnetään muun muassa vanhusten ja vammaisten asuntojen korjaamiseen, hissien rakentamiseen, liikuntaesteiden poistamiseen, terveyshaittojen poistamiseen sekä kuntoarvion ja kuntotutkimuksen tekemiseen.

Vanhusten ja vammaisten asuntojen korjaamiseen voi saada korjausavustusta, jos vähintään yksi asukkaista on täyttänyt 65 vuotta tai on vammainen. Avustusta myönnetään ympärivuotisessa asuinkäytössä olevan asuinrakennuksen omistajalle enintään 40 % hyväksytyistä korjauskustannuksista. Jos korjaamisella voidaan siirtää pitkäaikaista laitoshoidtoa, avustus voi olla jopa 70 %. Rintamaveteraaniperheille voidaan tarvittaessa myöntää 40 %:n avustuksen lisäksi enintään 30 %:n veteraanilisä. Kunta myöntää avustuksen. Korjausavustusta haetaan pääsääntöisesti siltä kunnalta, jonka alueella korjattava rakennus sijaitsee. Korjausavustusvaltuudet ovat olleet sen verran niukkoja, että hakijoiden tasapuolinen kohtelu on vaatinut hakuajoja. Haku aika on valtakunnallinen ja haku tapahtuu kerran vuodessa (kevätkaudella). Kunnissa on myös omia kunnallisia täydentäviä avustuksia.

Hissiavustusten tavoitteena on lisätä hissien rakentamista vanhoihin kerrostaloihin. Avustus on enintään 40 % hyväksytyistä rakentamis- ja asentamiskustannuksista. Aravavuokrataloissa avustus voi olla enintään 50 %. Yhtä paljon avustusta voi saada erilaisten liikuntaesteiden poistamiseen, mikä on vanhusten kohdalla usein tarpeellista. Valtion asuntorahasto myöntää avustuksen.

Lisäksi avustusta voidaan myöntää terveyshaittojen tai kosteusvaurioiden poistamiseen. Avustusta voidaan myöntää myös laitosrakennuksen käyttötarkoituksen muuttamiseen tai asuinrakennuksen tilan käyttötarkoituksen muuttamiseen, jos tapauksissa avustuksen enimmäissuuruus on enintään 20 % hyväksytyistä kustannuksista. Valtion asuntorahasto myöntää avustuksen.

Valtio tukee omakotitalojen perusparannustöitä maksamalla korkotukea. Korkotuki myönnetään yksityishenkilölle sosiaalisen tarveharkinnan perusteella. Korkotuen avulla korjattua asuntoa pitää käyttää omana asuntona. Korkotukea on haettava kunnan ilmoittamana aikana. Hakemukseen on laadittava omakotitalon perusparannussuunnitelma kustannuksineen.

Lisäksi vuonna 2000 voimaantullut uusi maankäyttö- ja rakennuslaki edellyttää esteettömyyttä. Lakia täydentää asetus, jonka mukaan asuinrakennuksen ja asumiseen liittyvien tilojen tulee täyttää liikkumiseesteettömälle rakentamiselle asetetut vaatimukset.

7.3. Tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmä

Työtapaturmassa vahingoittunut tai ammattitautiin sairastunut henkilö saa työ- ja toimintakykynsä parantamiseksi kuntoutuksena tapaturmavakuutusjärjestelmän mukaista ammatillista tai lääkinnällistä kuntoutusta. Tapaturmavakuutuksen korvaama kuntoutus on ensisijainen verrattuna esimerkiksi työtekijäin eläkelain ja vammaispalvelulain mukaiseen kuntoutukseen tai kansaneläkelaitoksen järjestämään kuntoutukseen. Pakollisen tapaturmavakuutusjärjestelmän mukaisena lääkinnällisenä kuntoutuksena korvataan muun muassa apuvälineet ja laitteet sekä asunnon muutostyöt vaikeasti vammaiselle henkilölle. Asunnon muutostyöt korvataan enintään kerran viidessä vuodessa, jollei erityisen painavia syitä ole aikaisemmin tehtäville muutostöille. Kuntoutuksena voidaan myös korvata vaikeasti vammaiselle palveluasumisesta aiheutuvat lisäkustannukset.

Liikennevakuutusjärjestelmän kuntoutus on ensisijaista muuhun kuin tapaturmavakuutuksen kuntoutukseen nähden. Kuntoutusmuodot ovat samat kuin tapaturmavakuutuksessa.

7.4. Sotilasvammalain mukainen järjestelmä

Sotainvalidien ja muiden ennen 1.1.1991 vammautuneiden tai sairastuneiden sotilastapaturmakorvaukset maksetaan sotilasvammalain (404/1948) perusteella. Sotilastapaturmalain (1211/1990) mukaan korvataan aikaisintaan 1.1.1991 ilmennyt sotilastapaturma tai palvelussairaus.

Sotilasvammalain mukaiset korvaukset ovat ensisijaisia muihin paitsi tapaturma- ja liikennevakuutuskorvauksiin nähden. Sotilasvammalain mukaan korvataan muun muassa sairaanhoitokuluja sekä maksetaan elinkorkoa ja täydennyskorkoa. Elinkoron saajalle maksetaan korvausta myös muun muassa kuntouttamisesta, laitoshuollosta, kotipalveluista, asumispalveluista ja omaishoidon tuesta. Sairaanhoitokuluina korvataan muun muassa tarvittavat apuvälineet ja apuneuvot sekä niiden uusiminen ja käytön opettaminen tarvittaessa. Asuntoon kuuluvia laitteita ja välineitä sekä asunnon muutostöitä voidaan korvata vahingoittuneelle tai sairastuneelle, jonka työkyvyttömyysaste on vähintään 10 prosenttia.

7.5. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusjärjestelmä

Kansaneläkelaitos järjestää vaikeavammaisen lääkinnällistä ja vajaakuntoisen ammatillista kuntoutusta pääsääntöisesti alle 65-vuotiaille. Kansaneläkelaitoksen järjestämä kuntoutus on toissijaista, jos henkilöllä on oikeus kuntoutukseen tapaturmavakuutuslain, liikennevakuutuslain, sotilasvammalain tai sotilastapaturmalain nojalla.

Kansaneläkelaitos kustantaa apuvälineitä ammatillisena kuntoutuksena. Ammatillisena kuntoutuksena korvataan vaikeavammaiselle sellaiset kalliit ja vaativat apuvälineet, jotka ovat tarpeen vajaakuntoisen työkyvyn ja ansiomahdollisuuksien parantamiseksi ja

säilyttämiseksi. Järjestämiseen ja korvaamiseen kuuluvat työssä ja opiskelussa välttämättömien apuvälineiden tarpeen määrittäminen, kokeileminen ja antaminen omiksi tai käytettäväksi sekä apuvälineiden käytön opetus, seuranta sekä huolto. Asumuksen muutostöitä ei korvata kansaneläkelaitoksen kuntoutusjärjestelmän kautta.

7.6. Kehitysvammaisten erityishuolto

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977) määrittää erityishuollon palvelut henkilölle, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi. Erityishuoltoon kuuluu muun muassa tutkimus, terveydenhuolto, tarpeellinen ohjaus, kuntoutus ja toiminnallinen valmennus, työtoiminnan ja asumisen järjestäminen, yksilöllinen hoito ja huolenpito. Kehitysvammaisten laitoshoidon määrätietoisesti vähennetty viime vuosikymmeninä. Vuonna 1990 laitospaikkoja oli yli 4 600 ja vuonna 2000 noin 2 700. Vuodelle 2000 asetettu tavoite 0,5 laitospaikkaa/1000 asukasta ylittyi hieman yli 100 paikalla. Vastaavasti asumispalveluiden määrä on lisääntynyt maassa noin 1 500 paikasta lähes 7 000 paikkaan.

Autetun asumisen (henkilökuntaa paikalla yöllä) paikkoja erityishuoltopiirit ovat lisänneet viime vuosina 40:llä vuosittain. Ohjattuja asumisen paikkoja erityishuoltopiirit eivät enää ole lisänneet, vaan nämä palvelut näyttävät siirtyvän kuntien hoidettaviksi. Kuntien ja yksityisten tuottamien asumispalvelujen määrä lisääntyy noin 250 paikalla vuodessa. Tilastojen perusteella ei voida arvioida, millaisia asumispalvelut ovat sisälöltään, koska tilastoihin tehdyt luokitukset ovat keinotekoisia.

Erityishuolto on asiakkaalle maksutonta lukuun ottamatta ylläpidosta perittäviä maksuja. Lisäksi perhehoidosta ja laitoshoidosta peritään maksut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain ja asetuksen mukaisesti.

8. RAY:N AVUSTUSTOIMINTA

Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) pelitoiminnan tuotto jaetaan vuosittain avustuksina sosiaali- ja terveysalan järjestöille. Avustuksilla tuetaan terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä. Avustukset ovat harkinnanvaraisia ja niitä voidaan myöntää yleishyödyllisille, oikeuskelpoisille yhdistyksille ja säätiöille, jotka on rekisteröity yhdistys- tai säätiörekisterissä.

Avustustoiminnan painoalueina korostetaan entistä voimakkaammin avun ja tuen turvaamista niille väestöryhmille ja perheille, joiden osalle taloudelliset ja sosiaaliset ongelmat, pitkäaikaisesta työttömyydestä, ylivelkaantumisesta, vammaisuudesta, sairastavuudesta sekä yleisestä turvattomuudesta johtuvat ongelmat kasaantuvat. Vuonna 2001 avustuksia myönnettiin 1 075 järjestölle yhteensä 1 513 miljoonaa markkaa. Avustuksen piiriin hyväksytyjä hankkeita, projekteja ja toimintoja on 2 238 kappaletta. Tämän lisäksi sotainvalidien sairaskotien käyttömeneihin ja rintamaveteraanien kuntoutukseen käytetään 546 miljoonaa markkaa.

Raha-automaattiasetuksen (676/1967) ja valtioneuvoston päätöksellä (929/1998) säädettyjen avustusehtojen lisäksi avustusten myöntämistä ohjaavat RAY:n hallituksen asettamat suuntaviiva- ja painoaluelinjaukset. Ehdotuksen avustusten jakamiseksi val-

mistelee saapuneitten hakemusten perusteella RAY:n hallitukselle avustusosasto. Avustusosasto huolehtii myös avustusten maksamisesta ja valvonnasta sekä rakennushankkeiden tarkastamisesta. RAY:n hallituksen jakoehdotuksen pohjalta avustusten jaosta päättää sosiaali- ja terveysministeriön esittelystä valtioneuvosto.

Avustuksia ei voida myöntää valtiolle, kunnille eikä seurakunnille. Avustuksia ei myöskään voida myöntää liiketaloudellisesti toimiville osakeyhtiöille, kommandiittiyhtiöille, avoimille yhtiöille, osuuskunnille eikä yksityishenkilöille.

Avustusta voivat saada järjestöt, joiden toimialana on jokin seuraavista;

- kansanterveyden edistäminen
- lastensuojelun tukeminen
- aistivammaishuollon tukeminen
- vanhustenhuollon tukeminen
- invalidihuollon tukeminen
- nuorisokasvatuksen kehittäminen
- pelastuspalvelutoiminta
- lomaviettomahdollisuuksien edistäminen
- raittiustyö tai päihdehuollon edistäminen

Avustusta voidaan myöntää;

- yleisavustuksena sosiaali- ja terveysjärjestöjen, pelastusalan järjestöjen ja nuorisokasvatusjärjestöjen toiminnasta aiheutuviin menoihin
- kohdennettuna toiminta-avustuksena jonkin erillisen toimintalohkon tai toiminnon toteuttamisesta syntyviin menoihin
- investointiavustuksena käyttöomaisuuden, kuten kalusto- ja laitehankintoihin, toimintatilojen hankintaan, peruskorjaushankkeisiin sekä uudisrakentamishankkeisiin
- projektiavustuksena erityisestä kokeilu-, kehittämis- tai tutkimushankkeesta syntyviin menoihin.

Raha-automaattiavustukset jaetaan vuosittain hakemusten perusteella.

RAY:n ohjeiden mukaan uudisrakentamisesta on kyse silloin, kun rakennetaan kokonaan uusi rakennus tai tehdään olemassa olevaan laajennus (=uusia ulkoseiniä) taikka oleellisia rakenteellisia muutoksia. Suurehkosta peruskorjauksesta on kyse, kun peruskorjauksen kokonaiskustannukset ovat vähintään miljoona markkaa.

Investointiavustusta voidaan myöntää irtaimen käyttöomaisuuden, toimintatilojen tai erityisryhmien tuki- ja palveluasuntojen hankintoihin sekä peruskorjaus- ja uudisrakentamishankkeisiin. Käyttöomaisuushankintoja voivat olla esimerkiksi atk-laitteet ja järjestelmät, kalusteet sekä erilaiset laitteet. Toimintatiloja ovat järjestöjen toimistotilat ja muut toimintaa palvelevat tilat, palvelukeskukset ja palvelujen tuottamiseen liittyvät muut tilat. Investointiavustukset ovat aina hankekohtaisia erityisavustuksia ja ne kattavat vain osan syntyvistä kokonaiskuluista. Avustuksen saajalta edellytetään myös omarahoitusta. Avustusosuus vaihtelee hankkeiden luonteen mukaan, ja on tavallisimmin 30 – 70 %:n välillä ja siihen vaikuttavat myös järjestön varallisuus ja hankkeen muut rahoitusmahdollisuudet.

9. KANSAINVÄLINEN VERTAILU

Tässä luvussa kuvataan vanhustenhuollon rakenteita niissä EU-maissa, joissa tapahtui merkittäviä muutoksia 1990-luvulla ja joissa uudistuksesta on saatu jo kokemuksia joidenkin vuosien ajalta.

9.1. Tanskan vanhustenhuollon rakenne

9.1.1. Yleistä

Tanskassa kuten Suomessakin lakisääteinen eläketurva muodostuu kansaneläkkeestä ja työeläkkeestä kuitenkin siten, että Tanskassa kansaneläkkeen taso on korkeampi kuin Suomessa ja työeläkkeen taso taas matalampi. Pohjoismaiden hyvinvointimallin mukaisesti molemmissa maissa sosiaali- ja terveystalvet rahoitetaan pääasiassa verovaroin ja päävastuu palvelujen järjestämisestä on kunnilla.

Tanskassa ei ole terveyskeskuksia, vaan perhelääkärit ovat itsenäisiä yrittäjiä, joiden palkka maksetaan verovaroista ja joilla on sopimus maakäräjäkuntien kanssa. Sairaanhoido on maksutonta, mutta potilaan on maksettava omavastuuosuus esimerkiksi lääkeistä ja hammashoidosta.

Tanskassa lähes kaikki vanhuspalvelut ovat olleet kuntien tarjoamia sairaalahoitoa lukuun ottamatta. Järjestelmä perustuu siihen, että vanhus voi asua kotona niin kauan kuin mahdollista ja selviytyä ilman perheensä apua. Tähän pyritään omatoimisuutta tuke- malla, toimintakyvyn säilyttämisellä mahdollisimman pitkään sekä aktiivisuuden ja viihtyvyyden vaikuttavilla seikoilla. Vanhusten yksilölliset tarpeet ja toiveet korostuvat järjestelmässä. Avohoidon voimavarat ovat Tanskassa suuremmat kuin muissa Pohjoismaissa.

9.1.2. Kotipalvelu ja kotisairaanhoito

Kunnat järjestävät kotisairaanhoitoa ja –palvelua kuntalaisille. Yhdistetty hoito tarkoittaa kotisairaanhoitoa ja kotipalvelua vanhusten omilla asunnoissa ja hoitokodeissa. Kaikki vanhukset saavat saman palvelun riippumatta asumismuodosta. Asiakas saa yksilöllistä tarpeittensa mukaista palvelua. Jos vanhus ei selviydy enää kotonaan, hänen on helpompi muuttaa hoitokotiin, kun asuinympäristö, naapurit ja hoitajat pysyvät samoina. Hoidon jatkuvuus on parempi. Vanhuksella on mahdollisuus valita koti- ja laitoshoidon välillä. Hallinto ja henkilökunta on yhdistetty, jolloin henkilöstöä voidaan joustavasti siirtää aina tarpeen mukaan. Laitos- ja kotihoidon väliset rajat on häivytetty ja työtä tehdään yli sektorirajojen.

Kotisairaanhoito sekä jatkuva ja säännöllinen kotipalvelu on asiakkaalle maksutonta. Tilapäisestä kotipalvelusta asiakas maksaa palvelujen määrän ja tulojensa mukaisen maksun. Kotipalvelu perustuu palvelusopimukseen, jonka asiakas tai omaiset ja palvelun järjestäjä allekirjoittavat. Vanhusten saamia kotipalveluja on karsittu siten, että siivouspalvelun osuutta on vähennetty ja ensisijaiseksi on määritelty vanhuksen perushoito. Tukipalveluina vanhus saa kunnalta maksullisen ateriapalvelun kotiin tai palvelutaloon. Turvaphelin on ilmainen kotona, samoin ranneke.

9.1.3. Hoitokoti

Periaatteessa ainoa laitoshoitomuoto Tanskassa on hoitokoti. Hoitokodit ovat pääosin kunnallisia, mutta myös yksityisiä, yleishyödyllisiä hoitokoteja on jonkin verran. Uusien hoitokotien rakentaminen kiellettiin vuonna 1987. Sen jälkeen lisättiin vanhusten asuntojen rakentamista. Tarvittavien asuntojen järjestäminen on kuntien vastuulla. Hoitokodin asukas saa koko eläkkeen itselleen ja maksaa yksilöllisesti hoitopaketistaan sen mukaan kuin hän valitsee hoitokodin palveluja. Hoitopaketin osia ovat muun muassa vuokra, sähkö, ruokailut, vaatteiden pesu, hammashoito ja siivous. Kotisairaanhoidon maksutonta hoitokodissa, koska se rinnastetaan kodiksi. Käytännössä useimmiten valitaan koko hoitopaketti. Hoitokodin vuokraan vaikuttavat hoitokodin kokonaiskustannukset ja asukkaan tulot. Jos tuloja on alle 144 600 Tanskan kruunua (1998) vuodessa, asukas maksaa vuokraa 10 % tuloistaan ja jos tuloja on enemmän, vuokran osuus on 20 % tuloista.

Tanskalainen standardi hoitokodeissa ja vanhusten asunnoissa on korkeampi kuin muissa pohjoismaissa. Asunto katsotaan vanhuksen persoonalliseksi kodiksi; ovella on postilaatikko ja soittokello. Dementoituneiden vanhusten hoitoon on kiinnitetty erityistä huomiota.

9.1.4. Ehkäisevät kotikäynnit

Vanhusten luokse tehdään kotikäyntejä, joka ovat ennalta ehkäiseviä. Kotikäyntejä on tehty lakisääteisesti 1.7.1996 lukien kaikissa kunnissa yli 80-vuotiaille vanhuksille kaksi kertaa vuodessa. 1.7.1998 lukien järjestelmä laajeni koskemaan myös 75 vuotta täyttäneitä. Kotikäyntien tavoitteena on muun muassa ennakoita vanhuksen avun tarve, arvioida asunnon muutostöiden tarve sekä informoida vanhusta kunnan tarjoamista palveluista. Niiden tarkoitus on myös tukea kunnan vanhuspalvelujen suunnitelmaa. Vanhus voi hyväksyä kunnan tekemän kotikäynnin tai kieltäytyä siitä. Kotikäynnit tähtäävät siihen, että vanhuksen toimintakyky säilyisi hyvänä mahdollisimman pitkään ja että vanhus voisi käyttää omia voimavarojaan paremmin. Kotikäynnin suorittaa lääkäri, sairaanhoitaja, sosiaaliohjaaja tai fysio- tai toimintaterapeutti riippuen palvelun tarjoavasta kunnasta.

9.2. Saksa

9.2.1. Yleistä

Saksassa sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuu on kunnilla vasta viimesijainen. Kunta ei voi järjestää palveluja silloin, kun järjestöt ja yksityiset yritykset tuottavat niitä. Täten järjestelmä poikkeaa Suomen ja Tanskan järjestelmistä, joissa päävastuu palvelujen järjestämisestä on kunnilla. Saksassa on vakuutusperustainen sosiaaliturvajärjestelmä, joka rahoitetaan pääasiassa työnantajien ja työntekijöiden vakuutusmaksuilla. Sosiaalivakuutuksen muodot ovat Saksassa sairaus-, eläke-, työttömyys-, työtapaturma- ja hoitovakuutus. Saksassa ei ole Suomen kansaneläkejärjestelmää vastaavaa järjestelmää. Lakisääteinen, pakollinen eläketurva perustuu työntekoon ja se kattaa myös perheenjäsenet. Henkilöt, jotka eivät ole pakollisesti vakuutettuja, voivat liittyä vapaaehtoiseen lakisääteiseen vakuutukseen, joka ei kuitenkaan ole yhtä kattava kuin pakollinen eläkevakuutus. Saksassa on perhelääkärijärjestelmä, jonka kustannukset sairausvakuutuksessa maksaa.

Lisäksi Saksan järjestelmä poikkeaa Suomen ja Tanskan järjestelmistä siten, että Saksassa on edelleen voimassa lasten elatusvelvollisuus vanhemmistaan. Täten aikuiset lapset voivat joutua vastaamaan vanhempiansa avo- ja laitoshoidon maksuista.

Lisäksi Saksassa jokaisella kansalaisella on oikeus viimesijaisena tukimuotona toimeentulotukeen, jos hänellä ei muuten ole riittävää toimeentuloa eli jos henkilöllä ei ole muita sosiaaliturvan etuuksia eikä elatusvelvollisilla ole mahdollisuutta avustaa. Toimeentulotuesta säädetään sosiaaliapulaissa. Toimeentulotukea voidaan antaa jatkuvasti tai määräaikaisena esimerkiksi kriisitilanteissa. Vuonna 1996 toimeentulotukea sai 3,3 % väestöstä eli 2 689 000 henkilöä. Yli 65-vuotiaista 3,9 % sai toimeentulotukea.

9.2.2. Hoitovakuutus

Saksassa on ollut lakisääteinen hoitovakuutus voimassa vuodesta 1995 lukien. Hoitovakuutus on osa saksalaista vakuutusperusteista sosiaalijärjestelmää. Hoitovakuutuksen tarkoituksena on turvata pitkäaikaissairaiden avun- ja hoidontarpeen rahoitusta. Hoitovakuutus ei kata kaikkia hoidosta aiheutuvia kustannuksia, vaan kohdistuu pitkäaikaishoidon kustannuksiin, jotka se kattaa tiettyyn enimmäismäärään asti. Hoitovakuutusmaksu on yhteensä 1,7 % bruttopalkasta tai -eläkkeestä. Vakuutetut maksavat hoitovakuutusmaksuja 0,85 % palkasta tai eläkkeestä ja työnantajat maksavat hoitovakuutusmaksuja 0,85 % työntekijän palkasta ja eläkevakuutusmaksut vastaavasti eläkkeistä. Hoitovakuutusmaksuille on säädetty katto. Hoitovakuutuksen piiriin pääsemiseksi henkilön tulee olla tietty aika vakuutettuna. Laitoshoidossa korvataan hoidosta aiheutuneet kustannukset hoitoisuusluokan mukaan. Avopalveluissa vakuutettu voi valita hoitorahan tai palvelut tai näiden yhdistelmän. Hoitoisuusluokkia on kolme avo- ja laitoshoidossa. Saksassa sairaus- ja hoitovakuutus kattavat avo- ja laitoshoidosta aiheutuneet hoitokustannukset joko kokonaan tai osittain. Hoitorahalle ja korvattavalle palvelulle on säädetty yläraja, joka vaihtelee hoitoisuusluokan mukaan. Hoitovakuutus ei kata kaikkia hoidosta aiheutuvia kustannuksia, vaan se on osarahoitus yli kuusi kuukautta kestävä hoidon kustannuksiin. Asiakas vastaa itse korvaamatta jäävistä kustannuksista tai saa niihin toimeentulotukea.

9.2.3. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido

Kotisairaanhoidoa ja kotipalvelua tarjoavat vapaaehtoisjärjestöjen palvelukeskukset sekä nykyään myös yksityiset yrittäjät, koska hoitovakuutus on lisännyt yksityisten hoitoalan yrityksiä korvaamalla niille suoraan annetun hoidon kustannuksia. Sairausvakuutus maksaa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun enintään neljän viikon ajalta, jos hoidolla voidaan ehkäistä sairaalahoito tai varmistaa muutoin lääkärin antama hoito kotona. Hoitettava ja palvelun antaja laativat hoitosopimuksen ja hoidettavalle laaditaan hoitosuunnitelma. Tukipalveluja on mahdollisuus saada tarpeiden mukaan ja ateria- ja kuljetuspalvelut täydentävät palvelukeskusten palvelutarjontaa.

9.2.4. Asuminen ja vapaaehtoisjärjestelmä

Suurin osa yli 65-vuotiaista asuu tavallisissa asunnoissa. Asuntojen muutostöihin kiinnitetään erityistä huomiota. Palveluasuminen on laajentunut ja se nähdään Saksassa vanhusten tulevaisuuden asumismuotona. Sairausvakuutus korvaa sairaalahoitoa ja toimenpidehoidon kustannukset, kun taas hoitovakuutus korvaa hoidon tarpeesta johtuvat kustannukset hoitoisuusluokan mukaan. Asumismuotoina on vanhusten asuntolat,

vanhainkodit ja hoitokodit. Vapaaehtoisjärjestöt tuottavat yli puolet vanhusten hoitopaikoista ja niiden ylläpitämät hoitokodit ovat suuria. Yksityisten ylläpitämät hoitokodit ovat pienempiä. Hoitokodit ovat monentasoisia ja nykyvaatimusten mukaan asukkailla tulisi olla oma huone, mahdollisuus kalustaa huoneensa itse sekä osallistua ohjattuun päivätoimintaan.

Saksassa vapaaehtoisjärjestöjen osuus palveluntuottajina on suuri. Järjestelmä toimii siten, vapaaehtoisjärjestöt ovat yhteydessä poliittisiin tahoihin ja valtio tiedustelee ensin vapaaehtoisjärjestöiltä, voivatko ne ottaa tietyn tehtävän hoitaakseen, joten valtion rooli on toissijainen, mutta valtio luo järjestöjen toiminnalle edellytykset. Joihinkin järjestöjen avohoidon palvelujen rahoitukseen valtio osallistuu ja joihinkin valtio osallistuu vain, jos kunnat osallistuvat rahoitukseen. Joidenkin yksiköiden toiminta rahoitetaan hoitovakuutuksesta saaduilla korvauksilla.

9.3. Itävallan hoitorahajärjestelmä

Itävallan sosiaalivakuutusjärjestelmä on perustunut sairaus-, eläke-, työttömyys- ja tapaturmavakuutukseen. Vuonna 1993 myös pitkäaikaishoidon tarve tunnustettiin näiden rinnalle sosiaalisesti riskiksi. Itävallan liittovaltion hoitorahalaki tuli voimaan vuonna 1993, jonka lisäksi kaikilla yhdeksällä osavaltioilla on omat hoitorahalakinsa. Hoitorahajärjestelmällä haluttiin parantaa pitkäaikaishoitoa tarvitsevien, heidän omaistensa ja omaishoitajien asemaa. Lisäksi pyrittiin parantamaan hoitopalvelujen saatavuutta. Järjestelmän tarkoituksena on tukea erityisesti kotona asumista ja lisätä valinnanvapautta ostaa palveluja haluamaltaan palveluntuottajalta. Pääosa tuesta kohdistuu henkilöille, joita omaiset hoitavat, mutta myös tuen käyttö ulkopuolisten palvelujen ostamiseen on kasvussa. Omaishoito on hoitorahan turvin pystynyt säilyttänyt asemaansa Itävallassa.

Itävallan hoitorahan rahoitus poikkeaa muun lakisääteisen sosiaaliturvan rahoituksesta; se rahoitetaan yleisillä verovaroilla (ei vakuutusmaksuilla). Pääasiallinen rahoittaja on liittovaltio, osavaltioiden osuus on huomattavasti pienempi. Hoitorahaa maksetaan kaikille pitkäaikaishoitoa tarvitseville hoidon tarpeen mukaan. Edellytyksenä on fyysinen, henkinen tai psyykinen vamma tai aistivamma. Lisäksi hoidon tarpeen on kestettävä vähintään kuuden kuukauden ajan ja oltava vähintään 50 tuntia kuukaudessa. Henkilön tulot ja varallisuus eivät vaikuta hoitorahan määrään.

Hoitoraha on määrältään tasasuuruinen tuki, jota maksetaan tarvittaessa heti syntymästä lukien. Hoitoraha on määrältään 860 – 9 060 Suomen markkaa kuukaudessa. Hoitoraha on jaettu seitsemään luokkaan tarvittavan avun (henkilökohtainen avuntarve ja muu avuntarve) määrän ja laadun perusteella. Lääkäri määrittelee hoitoa tarvitsevan hoitoisuuden. Hoitorahan tarkoituksena on korvata osa hoidon aiheuttamista lisäkustannuksista.

Hoitorahaa haetaan siltä laitokselta, joka on myöntänyt henkilön pääasiallisen sosiaaliturvaetuuden. Myös hoitokodissa oleva henkilö voi saada hoitorahan, jolloin hoitorahasta, eläkkeestä ja muista nettotuloista maksetaan 80 % asiakasmaksuna hoitokodin ylläpitäjälle. Hoitorahaa maksetaan nykyisin noin 4 %:lle väestöstä.

10. TYÖRYHMÄN TYÖHÖN LIITTYVÄT SELVITYKSET JA HANKKEET

10.1. Valtioneuvoston päätös: sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan vuosille 2000-2003 on kirjattu sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet, tarvittavat toimenpidesuosituksset ja niiden toteuttajat. Avo- ja laitoshoidon osalta on kirjattu, että sosiaali- ja terveysministeriö selvittää, miten voidaan poistaa ne ongelmat, jotka liittyvät avo- ja laitoshoidon määrittelyyn sekä perusteettomat kustannusten jakautumisen erot. Lisäksi samalla selvitetään vaikutukset maksulainsäädäntöön ja palvelujen rahoitukseen. Tarpeelliset lainsäädäntömuutokset tulisi saattaa voimaan mahdollisimman pian.

Ohjelmassa korostetaan avohoidon palveluja toteamalla, että asiakkaalle tulisi antaa mahdollisuus saada palveluja kotiin laitoshoidon sijasta silloin, kun se on hoidollisesti perusteltua. Lisäksi muun muassa omaishoidon edellytyksiä tulisi parantaa. Asiakasmaksujen osalta on toimenpidesuosituksiksi on kirjattu, että sosiaali- ja terveysministeriö muuttaa asiakasmaksulainsäädäntöä siten, että maksujärjestelmä suosii avopalveluja.

Ohjelmaan on myös kirjattu tavoite itsenäisen suoriutumisen tukemisesta, jolloin keskeistä vanhusväestön toimintakyvyn ylläpitämisessä on ohjelman mukaan ehkäisevä, omatoimisuutta edistävä ja kuntouttava ote kaikissa palveluissa ja hoidossa. Vanhusten ja vammaisten kotona asumisen edellytyksiä parannetaan muun muassa rakentamalla hissejä, kunnostamalla asuntoja ja tarjoamalla apuvälinepalveluja. Toimenpidesuosituksiksi on myös kirjattu, että kunnat lisäävät kotipalveluja ja tarjoavat yli 80-vuotiaille ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä, joiden yhteydessä arvioidaan henkilön toimintakykyä, asunto-olosuhteita ja palvelutarpeita.

Ikäihmisten palveluja koskevia kokeiluhankkeita, jotka liittyvät ohjelmaan, on vireillä useita: palvelusetelikokeilu Lahden seudulla, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) hyvän hoidon opas, netti-indikaattorihanke (Stakes), Ikälaatu -projekti (Itä-Suomen lääninhallitus ja Stakes), vanhusten laitoshoidon laatuhanke 2000-2002 (niin sanottu LASSO 2-hanke, Suomen Kuntaliitto ja yhteistyökumppaneina muutama vanhainkoti ja vuodeosasto) sekä dementiahoidon laadun arviointihanke (Stakes). ESR-rahoilla toteutettava hanke on muun muassa vanhustenhuollon palvelujen kehittämishanke VAHUKI (Promania Ltd, Jyväskylä). Lisäksi on vireillä teknologiahankkeita, joita sosiaali- ja terveysministeriö rahoittaa. Myös järjestöillä on vireillä omia kehittämishankkeita. Vireillä on myös erillinen EU-hanke (Stakes) liittyen mielen terveyteen. Hanke kohdistuu myös ikäihmisten ahdistuneisuuteen ja depression.

10.2. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton toukokuussa 2001 julkaisema ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuositus (sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4) on osa valtioneuvoston vuosia 2000-2003 koskevan tavoite- ja toimintaohjelman mukaista laatusuositusten laadintaa. Suositus koskee kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, mutta painottuu iäkkäiden ihmisten kotihoitoon, palveluasumiseen ja laitoshoidon. Laatusuositus on suunnattu kuntien päättäjille ja johdolle. Laatusuositus korostaa kuntien päättäjien vastuuta ja antaa suuntaviivat, miten kuntalai-

set voivat arvioida oman kuntansa palvelutasoa. Suositus ei sido kuntia, vaan kunnat voivat kehittää palvelujaan suosituksen pohjalta. Seuraavaksi valmistellaan sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja henkilöstölle tarkoitettu Ikääntyvien hyvän hoidon ja palvelun opas.

Suosituksen tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään. Suosituksen mukaan kotona asumista tuetaan nopeasti saatavilla, ammattitaitoisilla sosiaali- ja terveyspalveluilla ja hoidon tulee olla asianmukaista ja asiakasta kunnioittavaa. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi tulee jokaisessa kunnassa olla ajantasainen vanhuspoliittinen strategia, joka turvaa ikääntyneiden sosiaaliset oikeudet ja joka on kunnan poliittisen johdon virallisesti vahvistama. Strategiaan tulee sisältyä palvelurakenteen kehittämissuunnitelma. Suosituksen mukaan kunta seuraa tavoitteiden toteutumista järjestelmällisesti. Mikäli palvelutasossa ja henkilöstömitoituksissa poiketaan asetetuista tavoitteista, tämä perustellaan. Kunnan palvelutasosta ja sen tavoitteista, palvelujen saannin ehdoista sekä seurannan tuloksista tiedotetaan vuosittain kuntalaisille. Lisäksi suosituksen mukaan kuntaan nimetään yhteyshenkilö tai -henkilöt, joihin asukas voi ottaa yhteyttä palveluja koskevissa kysymyksissä. Yhteydenotot on tarkoitus kirjata ja raportoida palvelukatsauksessa.

10.3. Stakesin ja Suomen Kuntaliiton hoito- ja palvelusuunnitelmasuositus vanhustenhuoltoon

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaa koskevan toimenpidesuosituksen numero 50 mukaisesti Stakes ja Suomen Kuntaliitto ovat laatimassa suositusta ikääntyneille asiakkaille tehtävästä hoito- ja palvelusuunnitelmasta. Suosituksen laatimisen taustana on laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä vanhustenhuollon laatusuositus.

10.4. Ennalta ehkäisevät kotikäynnit

Suomen Kuntaliitossa on kesällä 2001 käynnistynyt hanke, jonka tavoitteena on luoda toimintamalleja ehkäisevien kotikäyntien toteuttamiseksi sekä arvioida mallin toimivuutta. Hanke on käynnistynyt selvityksellä, jossa kartoitettiin ehkäisevien kotikäyntien yleisyyttä ja sisältöä kunnissa. Tulokset raportoidaan vuoden 2002 alussa ilmestyvässä julkaisussa.

Ehkäisevällä kotikäynnillä tarkoitetaan tietyn ikäiselle vanhukselle suunnattua sosiaali- ja/tai terveydenhuollon henkilöstön suorittamaa käyntiä vanhuksen kotona. Ehkäisevän kotikäynnin tavoitteena on ennakoida vanhusten palvelutarvetta ja näin turvata riittävät palvelut oikea-aikaisella interventtiolla ja suunnittelulla. Vanhus saa myös tietoa kunnassa olevasta palvelutarjonnasta ja vanhusta kiinnostavista asioista. Kotikäynnin aikana arvioidaan muun muassa vanhuksen toimintakykyä ja selviytymistä elinympäristössään, asunto-oloja ja palvelujen nykyistä sekä tulevaa tarvetta.

Suomen Kuntaliiton ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille -kehittämishankkeeseen on valittu kymmenen kuntaa: Hamina, Helsinki, Jaala, Lieksa, Nurmijärvi, Rautavaara, Siipoo, Vehkalahti, Virolahti ja Virrat. Kunnat suunnittelevat ehkäiseviä kotikäyntejä vanhuksille syksyn 2001 aikana ja toteuttavat ne kevään 2002 aikana. Tavoitteena on liittää myöhemmin hankkeeseen myös ehkäisevien kotikäyntien vaikutusten arviointi.

10.5. Itsenäisen selviytymisen tukemista koskeva hanke

Vanhusten ja vammaisten itsenäisen suoriutumisen edistäminen (ITSE) - hanke on osa valtioneuvoston tulevaisuuspakettia. ITSE - hanke on tarkoitettu kehittämään sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamista organisoimalla uusia toimintaverkostoja, joissa hyödynnetään uuden teknologian mahdollisuuksia kommunikaatiossa ja asumisessa. Tämä toteutetaan tasapuolisesti koko maassa, kuntarajoja laajemmilla alueilla. ITSE - hanke käynnistyi keväällä 2001 ja päättyy vuoden 2003 lopussa.

Hankkeen tavoitteena on edistää ikäihmisten ja vammaisten itsenäistä suoriutumista levittämällä tietoa ja osaamista uuden teknologian ja tietotekniikan hyvistä ratkaisuista vammaisten ja vanhusten arkielämässä. Tarkoitus on luoda käytännössä toimivia pysyviä alueellisia malleja ja järjestelmiä uusista teknisistä kommunikoinnin ja asumisen ratkaisuista. Hankkeen tulisi palvella sekä käyttäjiä että henkilöstöä, joka toimii käyttäjän välittömässä läheisyydessä. Hankkeen tarkoituksena on myös lisätä kuntien, järjestöjen ja palvelujen tuottajien tietoa teknisistä ratkaisuista, esimerkiksi palveluasuntojen rakentamisesta ja suunnittelusta, asuntojen ja ympäristön suunnittelusta ja toteuttamisesta sekä tietoteknisistä ja telemaattisista ratkaisuista kuten esimerkiksi kommunikaatiolaitteista, kuvapuhelimista, turva- ja valvontajärjestelmistä ja älykäs koti- ratkaisuista.

ITSE - hanke toteutetaan alueellisina hankkeina, joihin sosiaali- ja terveysministeriö antaa rahoitusta. Hankkeet toimivat yhteistyössä muiden valtakunnallisten ja alueellisten hankkeiden kanssa. Hankkeen tuloksena synnytetään alueellisia osaamiskeskittymiä teknologian sovellutuksista. Alueen toimijat kokoavat omat verkostonsa, johon voivat kuulua esimerkiksi kuntien sosiaali- ja terveystoimi, sairaanhoitopiiri (kuntoutusyksiköt), vammaisten ja vanhusten toimintayksiköt, järjestöt, kuntoutuslaitokset, oppilaitokset ja apuvälineyritykset.

10.6. Omaishoitajien aseman parantaminen

Valtion talousarvioesitys vuodelle 2002 sisältää joitain omaishoitajien asemaan kohdistuvia parannuksia. Talousarvioesitys sisältää omaishoitajan lakisääteisen vapaan lisäämisen yhdestä vuorokaudesta kahteen vuorokauteen kalenterikuukautta kohti sekä lakisääteisen vapaan laajentamisen koskemaan myös niitä omaishoitajia, joiden hoidettavat ovat päivisin kodin ulkopuolisten palvelujen piirissä, mutta vaativat muuna aikana jatkuvaa huolenpitoa. Lisäksi omaishoitajat saatetaan lakisääteisen tapaturmavakuutuksen piiriin ja omaishoitajia koskevaan lainsäädäntöön lisätään valtuutus säätää asetuksella hoitopalkkion indeksisidonnaisuudesta. Eduskunta on hyväksynyt asiaa koskevan hallituksen esityksen laiksi sosiaalihuoltolain muuttamisesta. Laki tulee voimaan 1.1.2002. Tuolloin voimassa olevat sopimukset on tarkistettava siten, että lakisääteinen vapaa voidaan toteuttaa uusien säännösten mukaan viimeistään 1.5.2002.

10.7. Ympäristöministeriön asumisen tulosalueen strategia vanhusten osalta

Ympäristöministeriössä on valmisteilla asumisen tulosalueen strategia. Strategiaa koskevan luonnoksen mukaan toiminta-ajatuksena on vanhusten osalta, että vanhusväestön asumistarpeet täyttyviä asuntoja on riittävästi asuntomarkkinoilla ja koko uustuotannossa otetaan huomioon esteettömyyden asettamat vaatimukset. Strategian mukaan on tärkeää, että ikäihmiset voivat asua omissa kodeissaan mahdollisimman

pitkään ja asuntojen tulisi olla esteettömiä ja saavutettavia. Tarjolla tulisi myös olla riittävästi erimuotoista palveluasumista sitä tarvitseville.

Toimintapolitiikkana on, että vanhusten asunto-ongelmien poistamisen painopiste siirtyy asuntojen huonokuntoisuuden poistamisesta perusvarusteiltaan hyvissä asunnoissa asuvien vanhusten asumisedellytysten parantamiseen. Yhteiskunnan tukea tulisi strategian mukaan kohdentaa erityisesti esteettömyyttä ja saavutettavuutta parantaviin toimiin. Esteettömyyden toteuttamista tulisi edistää koko asuntotuotannossa niin vapaarahoitteissa kuin ARA-tuotannossakin. Koska vanhusten kotona asuminen lisää säästöjä sosiaali- ja terveystoimen menoissa, strategian mukaan myös kuntien tulisi lisääntyvässä määrin tukea kotona asumista. Ympäristöministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyönä on tarkoitus toteuttaa kehittämisohjelma, jolla edistetään ikääntyvien kotona asumista, itsenäistä asioiden hoitoa sekä lähipalveluja ja omatoimista liikkumista.

10.8. Rohto-hanke

Viranomaisten ja lääkärinkunnan yhteinen lääkehoidon kehittämishanke ROHTO on toiminut vuodesta 1998 lähtien ja vuoden 2002 alkupuolella päätettäneen projektivaiheen jälkeisistä toimista. Mukana ovat olleet sosiaali- ja terveysministeriö, Kansaneläkelaitos, Suomen Kuntaliitto, Suomen Lääkäriliitto, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, opetusministeriö ja Lääkelaitos.

Hankkeen päämääränä on ollut entistä järkevämpi lääkehoito osana muuta hoidon kokonaisuutta. Tarkoituksena on ollut myös rakentaa sellaisia toimintamuotoja, joita on mahdollista käyttää projektivaiheen jälkeen myös muuhun työn laadun kehittämistyöhön.

Valtakunnallisella tiedotuksella on haluttu tukea paikallista ja alueellista koulutusta, jota kymmenen eri paikkakunnalla toimivaa niin sanottua kouluttajalääkäreitä on järjestänyt. Pääasiassa lääkärin ammattilehdissä julkaistuja järkevää lääkehoitoa käsitteleviä artikkeleja on ilmestynyt noin 30. Näiden lisäksi on järjestetty vuosien 2000-2001 aikana yhteensä 15 työpajaa eri puolella maata. Hankkeen kokeiluvaiheen aikana on käynyt ilmi, että puolueettoman lääkeinformaation tuottaminen ja jakelu eivät yksin riitä pyrittäessä kohti järkevämpää lääkehoitoa, vaan tarvitaan myös toimenpiteitä, joiden avulla tieto saadaan muuttumaan toiminnaksi.

10.9. Lääkkeitä koskeva selvitys liittyen kustannusvastuuseen julkisessa terveydenhuollossa

Avohoidossa potilaalla on oikeus saada sairausvakuutuslain mukainen korvaus sairauden hoidosta aiheutuneesta tarpeellisen lääkehoidon kustannuksista. Sairausvakuutuksesta ei kuitenkaan korvata kunnallisessa terveydenhuollossa potilaalle hoidon yhteydessä annettuja lääkkeitä, koska lääkkeet ovat osa hoitoa ja niiden hankinnasta aiheutuvat kustannukset kuuluvat hoitoyksikölle. Käytännössä on esiintynyt tilanteita, joissa pääperiaatteesta on kuitenkin poikettu. Esimerkiksi laitoshoidossa oleva henkilö on saatettu velvoittaa itse hankkimaan apteekista lääkkeitä ja maksamaan ne. Myös avohoitopotilaiden osalta on ollut joissakin tapauksissa epäselvyyttä siitä, milloin lääkkeen hankinta ja sitä koskevat kustannukset kuuluvat julkiselle terveydenhuollolle ja milloin taas potilaalle, jolloin hän voi saada niihin sairausvakuutuskorvausta.

Tämän vuoksi sosiaali- ja terveysministeriö, Kansaneläkelaitos ja Suomen Kuntaliito valmistelevat ohjetta siitä, milloin lääkkeet kuuluvat kunnallisen terveydenhuollon kustannusvastuulle. Ohjeen tarkoituksena on selventää käytännössä esiin tulleita ongelmatilanteita erityisesti siten, että lääkettä käyttävä potilas ei joudu vastoin voimassa olevia säännöksiä itse maksamaan lääkettä, joka kuuluisi joko hoitopaikan kustannusvastuulle tai josta maksamaan hintaan hänellä olisi oikeus saada sairausvakuutuskorvaus.

10.10. Lääkekorvaustyöryhmä

Sosiaali- ja terveysministeriön 1.3.2000 asettama lääkekorvaustyöryhmä ehdotti 14.6.2001 julkaistussa loppuraportissa (sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:15), että nykyistä lääkekorvausjärjestelmää tulee uudistaa. Uudistus tapahtuisi joko nykyjärjestelmän pohjalta tai kustannuksiin perustuvan, lääkekohtaisen omavastuun sisältävän mallin pohjalta. Näistä kahdesta mallista nykyjärjestelmään perustuva malli sai työryhmässä enemmän kannatusta. Mallien keskeiset erot ovat muun muassa korvausluokkien määrässä ja siinä, minkälaisiin lääkehoitoihin ne pyrkivät kohdentamaan korvauksia. Loppuraportin mukaan mallien erilaisuuden vuoksi niiden vaikutukset lääkkeiden hinnanmuodostukseen, lääkkeenmääräämiskäytäntöön ja potilaiden ostokäyttäytymiseen voivat olla erisuuntaisia.

Nykyjärjestelmän kehittämiseen perustavassa mallissa korvausluokkia voitaisiin vähentää, mutta mallissa säilyisi edelleen sekä perus- että erityiskorvausluokka. Malli pyrkisi kohdentamaan korvauksia pitkäaikaisten ja vakavien sairauksien tehokkaisiin ja kokonaishyödyiltään hyviin lääkkeisiin. Toisessa, kustannuksiin perustavassa lääkekohtaisen omavastuun sisältävässä mallissa olisi vain yksi korvausluokka eli kaikki lääkkeet korvattaisiin samoin periaattein. Järjestelmään ei sisältyisi enää erityiskorvausluokkaa. Loppuraportin mukaan tässä mallissa nykyistä suuremman alkuomavastuun ylittävistä kustannuksista suoritettavan korvauksen prosenttitaso olisi kuitenkin selvästi korkeampi kuin nykyinen peruskorvaus. Kumpaankin malliin sisältyisi edelleen omavastuukatto ja lääkkeen korvattavuuden edellytyksenä olisi edelleen hintaviranomaisen hyväksymä tukkuhinta.

Työryhmä esitti, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistäisi pikaisesti selvitystyön, jonka tarkoituksena olisi luokitella sairaudet ja niiden hoitoon käytettävät lääkkeet siten, että korvausjärjestelmässä olisi peruskorvausluokka ja yksi nykyistä selvästi suppeampi erityiskorvausluokka. Selvitystyössä tulisi työryhmän mielestä tarkemmin arvioida muun muassa, tarvitaanko kaikissa erityiskorvattavissa sairauksissa B-todistusmenettelyä vai riittäisikö yksinkertaisempi menettely, onko edellytyksiä muuttaa erityiskorvattavia sairauksia ja lääkeaineita koskevat asetukset määräaikaisiksi sekä erityiskorvausluokan määräaikaisen arvioinnin menettelytapa. Työryhmän kehittämismalleihin liittyy myös korvausjärjestelmän ulkopuolelle jäävien lääkevalmisteiden luettelo ja harvinaislääkkeiden ja eritysluvallisten lääkevalmisteiden sekä merkittävien ja kalliiden lääkkeiden korvaaminen ja geneeristen lääkkeiden käytön lisääminen. Vasta tämän jälkeen olisi työryhmän mielestä mahdollista vertailla kehittämismallien todellisia eroja sekä arvioida uuden korvausjärjestelmän vaikutuksia potilaalle ja yhteiskunnalle. Työryhmän arvion mukaan lääkekorvausjärjestelmään tehtävät muutokset olisi teknisesti mahdollista saattaa voimaan muutosten laajuudesta riippuen 1,5-3 vuoden kuluessa siitä, kun hallituksen esitys on annettu. Työryhmän ehdotukset ovat jatkoselvittelyn kohteena.

10.11. Hoitovakuutustyöryhmä

Sosiaali- ja terveysministeriön 3.3.2000 asettaman ja 26.4.2001 muistionsa (sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:7) julkaisseen hoitovakuutuksen käyttöönottoa selvittäneen työryhmän mielestä Suomessa voitaisiin ottaa käyttöön vapaaehtoinen hoitovakuutus, joka korvaisi yksityiseltä sektorilta hankittuja palveluja. Työryhmä haki työssään vaihtoehtoisia malleja, joilla voitaisiin lisätä vanhuspalvelujen tarjontaa. Lähtökohtana oli, että hoitovakuutus voisi olla julkisia palveluja täydentävä ja niiden käyttöä tukeva tapa järjestää vanhuspalveluja sekä olla yksi vaihtoehto varauduttaessa tulevaisuuden kustannuksiin. Työryhmä on muistiossaan kuvannut lisäksi vanhusten palvelumuotoja, palvelujen järjestämistä, rahoitusta, käyttöä ja kustannuksia sekä palvelujen laatua ja saatavuutta. Samoin on esitetty väestön ikärakenteen kehityksen vaikutukset palvelutarpeeseen ja julkisten palvelujen kustannuksiin.

Työryhmä katsoi, että vapaaehtoinen yksityisiä palveluja korvaava hoitovakuutus lisäisi vaihtoehtoja oman turvan järjestämiseen pitkäaikaishoidon riskin varalta. Täten vanhuspalvelujen voimavarat lisääntyisivät tulevaisuudessa. Vapaaehtoinen hoitovakuutus voisi myös edistää uudenlaisten yksityisten palvelujen kehittymistä. Korvattavia palveluita olisivat tavallisessa ja palveluasunnossa asuville henkilöille annettavat yksityiset hoitopalvelut, kodinparannustyöt, apuvälineet sekä yksityinen pitkäaikainen laitoshoido. Korvausmuotoja olisivat palvelujen järjestäminen ja kulukorvaukset.

Työryhmän mielestä hoitovakuutus tulisi määritellä vahinkovakuutukseen rinnastettavaksi riskivakuutukseksi, josta maksettaisiin korvausta toimintakyvyn alentumisesta aiheutuvien, tavanomaisista elinkustannuksista poikkeavien lisämenojen perusteella. Itsenäisen toimintakyvyn voitaisiin katsoa alentuneen, kun vakuutettu tarvitsee kotona ja kodin ulkopuolella toisen henkilön säännöllistä apua vähintään kuuden kuukauden ajan. Vakuutustapahtuman toteutumisen arvioisi vakuutuslaitos. Työryhmä ehdotti lisäksi, että hoitovakuutuksen korvauksia ei katsottaisi tuloksi lakisääteisiä pitkäaikaishoidon korvauksia myönnettäessä eivätkä ne vaikuttaisi julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen saamiseen ja niistä perittäviin asiakasmaksuihin. Vapaaehtoisen hoitovakuutuksen vakuutusmaksut eivät olisi verotuksessa vähennyskelpoisia eivätkä vakuutuskorvaukset olisi verotettavaa tuloa. Työryhmän muistiosta on pyydetty lausunnot eri intressitahoilta ja lisäselvitystarpeita on kartoitettu.

10.12. Työtapaturma- ja ammattitautilainsäädännön kehittämistyöryhmä

Tapaturma- ja ammattitautilainsäädännön kehittämistä selvittänyt työryhmä (TAKE) ehdotti 8.11.2000 julkaistussa raportissaan (sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:17) muun muassa, että haittalisän luokitusta supistettaisiin siten, että luokitus muutettaisiin nykyisestä neliportaisesta järjestelmästä kolmiportaiseksi ja että sääntely siirrettäisiin lain tasolle. Tarkoituksena on korvauskäytännön yksinkertaistaminen ja yhtenäistäminen. Toisen henkilön avun tarve määriteltäisiin käsitteillä hoito, apu, valvonta ja ohjaus. Haittalisän suuruus määräytyisi näiden vaatiman ajankäytön perusteella. Mikäli avun tarve ei ilmenisi lääkärinlausunnosta, se olisi osoitettava erillisellä selvityksellä. Ylintä haittalisää maksettaisiin henkilölle, joka tarvitsee toisen henkilön lähes jatkuvaa jokapäiväistä, yhtämittaista ja aikaa vievää hoitoa, apua ja valvontaa. Muistion mukaan keskimmäistä haittalisää maksettaisiin vahingoittuneelle, joka on päivittäisissä toiminnoissaan jossain määrin riippuvainen toisen henkilön avusta ja alinta haittalisää vahingoittuneelle, joka tarvitsee säännöllistä tai lähes säännöllistä hoitoa,

apua, valvontaa tai ohjausta. Lisäksi työryhmä ehdotti haittarahan kertakorvauksen määrää korotettavaksi alimmissa haittaluokissa sekä myös vaate- ja opaskoiraalisän korvausperusteiden selkeyttämistä.

Lisäksi työryhmä ehdotti muun muassa, että tapaturmavakuutuksen ja julkisen terveydenhuollon välistä kustannusvastuuta selkeytettäisiin tarkentamalla tapaturmavakuutuksen sairaanhoidon määrittelyä sekä kirjaamalla lakiin selkeästi tapaturmavakuutuksessa noudatettu julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuun perustuva kustannusten korvausperiaate. Työryhmä ehdotti kuitenkin periaatteesta poikkeamista silloin, kun tapaturmasta johtuva työkyvyttömyys kohtuuttomasti pitkittyisi hoidon viivästymisen vuoksi. Näissä erityistapauksissa olisi mahdollista korvata myös yksityissektorilla annetun hoidon kustannukset, jos hoito mahdollistaa nopeamman työhön paluun.

10.13. RAVA-indeksi

RAVA-indeksi on vanhustenhuollon apuväline, joka antaa tietoa ikäihmisten toimintakyvystä ja hoivatarpeesta. RAVA-indeksi kehitettiin alun perin hoitopaikan valinnan apuvälineeksi. RAVA-indeksin ovat kehittäneet Turussa lääkärit Tapio Rajala ja Eero Vaissi vuosina 1989-1990. RAVA-indeksistä on tehty kaksi toisiinsa liittyvää suurten kaupunkien tutkimushanketta, jotka on tehty vuosina 1998 ja 2000. RAVA-indeksi on käytössä tällä hetkellä 160 kunnassa.

Hankkeen taustalla oli kuntien palvelutuotannon laajeneminen 1990-luvulla vanhainkodin laitospalveluista ja kotona annettavista palveluista eri tasoihin asumispalveluihin. Monimuotoisten palveluiden organisointi toimivaksi kokonaisuudeksi tarvitsi tuekseen mittarin, jonka avulla palvelun käyttäjän fyysistä ja psyykkistä selviytymistä kotona annettavissa palveluissa, asumispalveluissa ja laitoksessa asuvana voitaisiin arvioida yhtäläisin perustein.

RAVA-indeksi muodostetaan 12 eri toimintakykyä mittaavasta osiosta seuraavasti: näkö, kuulo, puhe, liike, virtsa, uloste, syöminen, lääke, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja psyyke/käyttö. RAVA-indeksi mittaa päivittäisen avun, erityisesti hoivan tarvetta ja palvelun käyttäjän toimintakykyä. Toimintakyvyn mittaaminen antaa tietoja päivittäisestä selviytymisestä ja sairastavuudesta eli toisin sanoen sairauksien aiheuttamasta toimintakyvyn vähentymisestä. RAVA-indeksin antamien tietojen nojalla voidaan palvelun käyttäjille järjestää tarvittavia ja tarpeenmukaisia palveluita kotona tai ohjata palvelun käyttäjä tuettuihin asumismuotoihin tai laitosasumiseen.

Indeksiä voidaan käyttää yhtenä apuvälineenä myös silloin, kun harkitaan uusien palveluiden järjestämistä ja hoitopaikan muutosta. RAVA-indeksistä saatuja tietoja voidaan käyttää myös uusien palvelustrategioiden ja palvelujen kehittämisen ja henkilöstön tarpeen arvioinnissa. Hoitoyksiköiden ja -alueiden sekä kuntien välisellä vertailulla on tarkoitus saada tietoja siitä, kuinka vanhustenhuollon palvelumuodot kohdistuvat eri avuntarpeen tasolla oleviin vanhuksiin.

RAVA-indeksi mittaa toimintakykyä ja sen alentuminen kuvaa avun ja hoivan tarvetta. Yksilötasolla avuntarpeeseen vaikuttavien sosiaalisen toimintakyvyn sekä ympäristötekijöiden, esimerkiksi kodin varustetason ja omaisten antaman avun vaikutukset eivät näy RAVA-indeksissä. Jossain tapauksissa myös sairaanhoidolliset tarpeet tai muisti ja

mieliala voivat aiheuttaa avun tarvetta enemmän kuin toimintakyvyn aleneminen RAVA-indeksillä mitattuna osoittaisi. Muun muassa näiden syiden takia ei voida ajatella RAVA-indeksin tai vastaavan toimintakykymittarin käyttöä kaavamaisesti ilman kunkin yksilön kohdalla tapahtuvaa muuta hoitajan, lääkärin tai muun vastaavan ammattihenkilön suorittamaa arviota.

10.14. Kansaneläkelaitoksen kokeilu RAVA-indeksin soveltuvuudesta eläkkeensaajien hoitotukeen

Lounais-Suomen alueella toteutettiin ylilääkäri Hanna Järvisen johdolla 15.3 - 15.6.2001 kahdessa kansaneläkelaitoksen vakuutuspiirissä (Etelä-Pirkanmaa ja Huittinen-Vammala) RAVA-indeksin käyttökelpoisuutta selvittävä pilottiluonteinen tutkimus. Tarkoituksena oli saada tietoa RAVA-indeksin ja eläkkeensaajien hoitotuen ratkaisussa käytettyjen tietojen mahdollisista yhteyksistä tai indeksin käyttökelpoisuudesta kansaneläkelaitoksen etuusratkaisuisissa. Normaalin käsittelyn lisäksi kansaneläkelaitoksen toimistot pisteyttivät Suomen Kuntaliitolta saadun RAVA-lomakkeen mukaisesti hakijan toimintakykyosiot. Samalla toimisto arvioi hoitotuen kokonaisratkaisun lisäksi myös hakijan avun tarpeen perusteella (ilman kustannuksia) hoitotukitason. Myöskin henkisen tason merkitys hoitotukiratkaisuun arvioitiin erikseen. Tutkimusaikana mukana olleisiin toimistoihin tulleita hoitotukihakemuksia oli 238.

Tehty pilottitutkimus antaa viitteellistä tietoa RAVA-indeksin käytöstä eläkkeensaajien hoitotukiratkaisujen apuvälineenä. Selvityksestä on kuitenkin pääteltävissä, että RAVA-indeksi ei ole suoraan käyttökelpoinen eläkkeensaajien hoitotukiratkaisun perustaksi. Kuten RAVA-indeksin kehittäjätkin ovat todenneet, viittaa myöskin käsillä oleva selvitys siihen, että henkisen tason mittaaminen jää indeksiä käytettäessä vajavaiseksi. Näin ollen myös hoitotukiratkaisussa tärkeässä osassa oleva ohjauksen ja valvonnan tarve tulee mittarissa puutteellisesti arvioiduksi. Koska eläkkeensaajien hoitotukiratkaisu pitää sisällään sekä avun, ohjauksen ja valvonnan että erityiskustannusten arvioinnin, ei RAVA-indeksin antama luku suoraan voi ratkaista hoitotukipäätöstä. RAVA-indeksin testaaminen laajemmalla materiaalilla ja henkisen tason mittarin kehittäminen on aiheellista.

10.15. Pakotetyöryhmä

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut keväällä 2001 hallitusneuvos Eija Koivurannalle ja taustaryhmälle tehtäviksi valmistella ehdotukset huolenpidon toimeenpanemiseksi välttämättömistä pakotteista ja rajoituksista sosiaali- ja terveydenhuollossa ja niihin liittyviksi uusiksi säännöksiksi. Pakotteilla ja rajoituksilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä ja avohuollossa asiakkaaseen tai potilaaseen kohdistuvia perusoikeuksia rajoittavia toimenpiteitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön tila ja muutostarpeet tulee asettamispäätöksen mukaan selvittää tehtäväksiantoon liittyvien olennaisten ihmis- ja perusoikeuksien näkökulmasta. Varsinaisiin terveyden- tai sairaanhoitotoimenpiteisiin liittyvät pakotteet ja rajoitukset on kuitenkin rajattu selvityksen ulkopuolelle.

Nykyisin pakotteita koskevat säännökset sisältyvät vain lastensuojelulakiin, päihdehuoltolakiin, mielenterveyslakiin ja kehitysvammaisten erityishuollosta annettuun lakiin. Säännökset eivät kata avohuoltoa –tai hoitoa. Säännökset kohdistuvat usein vain tahdosta riippumattoman hoidon tai huollon aikaisiin toimenpiteisiin. Toimenkuvaan

kuuluu myös käsitellä asiaa sekä avo- että laitoshuollon näkökulmasta sekä ottaa huomioon huolenpitoon ja terveyden- ja sairaudenhoitoon liittyvät rajanveto-ongelmat ja yhtymäpinnat sekä yhtymäkohdat myös muuhun kuin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön. Pakoteselvityksen määräaika päättyy 31.12.2001.

10.16. Sotainvalidien laitosten tuleva käyttö

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti keväällä 1999 työryhmän selvittämään sotainvalidien laitosten tulevaa käyttöä. Taustalla on ollut muun muassa sotainvalidien ja muiden veteraanien määrän väheneminen ja koko muun vanhusväestön määrän kasvaminen. Työryhmä on selvittänyt sairaus- ja veljeskotien toimintaa koskevat säännökset, laitosten toiminnallisen nykytilanteen sekä vaihtoehtoisia toimintamalleja tulevaisuutta varten. Laitosten käyttöaste ja rahoitus tulevat olemaan varsin hyvät vielä vuoteen 2005 saakka. Työryhmä katsoi muistiossaan (sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:23), että sairaus- ja veljeskodit ovat itsenäisiä juridisia yksiköitä, joiden tulevaisuuden suunnittelu ja ratkaisut on tehtävä niiden omista toimitelmissä. Laitosten tulisi riittävän ajoissa informoida sosiaali- ja terveysministeriötä ja Valtiokonttoria toiminnan oleellisista muutoksista, jotta muun muassa rahoitusratkaisut voitaisiin tehdä suunnitelmallisesti. Muistion mukaan laitosten tulisi hoitaa perustehtäviään mahdollisimman pitkään. Sotainvalidien laitoksissa oleva monipuolinen ikääntyneiden kuntoutuksen ja hoidon osaaminen tulisi hyödyntää työryhmän mielestä myös muussa vanhustyössä. Sotainvalidien ja veteraanien geriatrisen kuntoutuksen kehittämiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

Työryhmä on esittänyt pitkän aikavälin ja toisaalta välivaiheen etenemistapoja laitosten tulevaisuuden suunnittelussa. Pitkän aikavälin suosituksessa suuntautumisvaihtoehtoina voisi olla muistion mukaan esimerkiksi yhteistyö kuntien perusterveyden- ja vanhustenhuollon kanssa yhteistyömuotoina muun muassa geriatrinen kuntoutus, päiväkeskus- ja asumispalvelujen tuottaminen ja vanhusten laitoshoido. Lisäksi pitkän aikavälin suosituksena on listattu yhteistyö sairaanhoitopiirien, työterveyshuollon, kansaneläkelaitoksen, vakuutuslaitosten ja vammaisjärjestöjen kanssa. Myös laitosten kehittäminen vanhusneuvolaksi on katsottu potentiaaliseksi kehittämismuodoksi. Välivaiheen vaihtoehtoina on muistiossa esitetty laitoshoido-oikeuden laajentamista lievävammaisiin sotainvalideihin ja jatkossa mahdollisesti myös veteraaneihin, puolisoihin ja leskiin.

11. NYKYISESTÄ JÄRJESTELMÄSTÄ JOHTUVAT ONGELMAT VANHUSTENHUOLLOSSA JA SEN RAHOITUKSESSA

11.1. Yleistä

1990-luvulla alkaneen palvelurakennemuutoksen tarkoituksena oli siirtää laitoshoidon painotteinen hoitokäytäntö avohoidon suuntaan. Palvelurakenteen muuttamista varten asetettiin työryhmä, koska sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne oli muuttanut odotettua hitaammin. Työryhmä totesi muun muassa, että ihmisiä hoidetaan liikaa laitoksissa ja lisäksi vielä epätarkoituksenmukaisilla ja kalliilla hoitopaikoilla.¹ Työryhmän työn ja läänikohtaisten palvelurakenneselvitysten valmistuttua palvelurakennemuutos lähtikin käyntiin melko ripeästi. Vanhainkoodista ja kehitysvammalaitoksista

¹ STM:n tiedote 221/1992

muutti asukkaita avohoidon yksiköihin ja palvelutaloihin. Palvelutaloissa asuvien määrät lähtivät nopeaan kasvuun. Vanhainkotsijoitukset vähenivät. Monissa kunnissa ei ole enää lainkaan perinteisiä vanhainkoteja.

Pitkäaikaiseen laitoshoittoon siirrytään entistä iäkkäämpinä ja huonokuntoisempina. Laitoshoidosta on myös siirtynyt henkilöitä avohoitoon, lähinnä palveluasuntoihin. Siirtyminen laitoshoidosta avohoitoon on merkinnyt eräissä tapauksissa jopa kymmenien vuosien mittaisen laitossijoituksen päättymistä. Laitossijoitukseen on joissakin tapauksissa päädytty aikanaan erilaisten hoitokriteerien perusteella tai vain siitä syystä, että henkilöllä ei ole ollut asuntoa taikka henkilön asunto on ollut huonokuntoinen ja sijainnut kaukana muusta asutuksesta.

Palveluiden tarjonta on parantunut merkittävästi asumispalveluissa, mutta ei varsinaisessa avohoidossa. Ongelmana on nähtävä myös se, että asumispalveluyksiköissä palveluita ei ole aina riittävällä tavalla sovitettu henkilön tarvitsemiin tai haluamiin palveluihin. Tällöin asukas saattaa joutua maksamaan sellaisista palveluista, joita hän ei tarvitsisi. Kotiin annettavien palveluiden kattavuus on vähentynyt merkittävästi. Asumispalvelut, palvelukoti tai ryhmäasuminen ovat palvelumuotoja, joita tarvitaan, mutta suhteessa kotiin annettuihin avohoidon palveluihin niiden määrä saattaa jo olla ylimitoitettua. Yhteenvetona voidaan todeta, että palvelurakenteen muuttaminen avohoitoa suosivaan suuntaan ei vielääkään ole toteutunut riittävällä tavalla.

Ongelmia tuottaa myös se, että hoito sekä asumispalveluissa että laitoshoidossa ei riittävällä tavalla tue asukkaan omatoimisuutta. Edelleenkin vallitsee käsitys, että ikäihminen ei ole aina täysivaltainen henkilö päättämään omasta elämästään ja sen laadusta. Eri palveluissa on nähtävissä kuntouttavan työtteen vähäisyys ja joskus jopa puuttuminen kokonaan.

Vanhusten palvelurakenteen rahoitus on suosinut palveluasumista. 1990-luvun alun lama, jonka seurauksena koko sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus joutui erilaisten uudelleentarkistusten kohteeksi, merkitsi myös sitä, että supistuksia tehtiin nimenomaan kotiin annettavien palvelujen kattavuuteen.

Palveluasumisen sisältöä ei ole lainsäädännössä tarkoin määritelty, toisaalta sen järjestämistä ja maksujen perintää on säädelty. Palveluasuminen on määritelty kunnan sosiaalitoimen tehtäväksi sosiaalihuoltolain 17 §:n 1 momentin 4 kohdassa. Palveluasuminen määritellään sosiaalihuoltolain 22 §:ssä seuraavasti: asumispalveluilla tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä. Saman lain 23 §:n mukaan asumispalveluita annetaan henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä. Asumispalveluista on säännöksiä myös asiakasmaksulainsäädännössä ja vammaispalvelulaissa.

Vammaispalvelulain 8 §:n 2 momentissa säädetään vaikeavammaisen henkilön kuljetus-, tulkki- ja asumispalveluista. Asumispalveluita on järjestettävä, jos henkilö vammansa tai sairautensa johdosta välttämättä tarvitsee palvelua suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista. Vammaispalvelulain ja kehitysvammalain mukaiset asumispalvelut ovat asiakasmaksulain mukaan maksuttomia ellei henkilö saa niihin korvausta muun lain nojalla. Asiakasmaksulain 4 §:n 1 momentin 5 kohdan ja asiakasmaksuasetuksen 5 §:n nojalla voidaan asumispalveluihin liittyvistä erityispalveluista periä maksu silloin, kun vammaisen henkilö saa niihin korvausta muun lain kuin vammaisuuden

perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain nojalla. Maksu ei kuitenkaan saa ylittää palveluasumisen aiheuttamia kustannuksia.

Asumispalveluista voidaan periä maksuja ja korvauksia enintään niiden tuottamisesta aiheutunut hinta. Sosiaalihuoltolain mukaisesta palveluasumisen maksuista ei ole lainkaan erityissäännöksiä asiakasmaksuja koskevassa lainsäädännössä. Vanhusten asumispalvelut järjestetään aina sosiaalihuoltolain perusteella.

11.1.1. Avohoidon suunnitelmallisuus

Kun avohoidon palveluita ryhdytään järjestämään palvelunkäyttäjän kotiin, se vaatii ennakkoselvityksen palveluiden tarpeesta ja yhdessä asiakkaan kanssa sopimisen järjestettävistä palveluista (palvelu- ja hoitosuunnitelmassa) sekä asiakkaan maksukyvyyn selvittämistä silloin, kun kysymyksessä on pitkäaikainen palvelutarve. Palvelun järjestävällä kunnalla on vastuu siitä, että tehtyä palvelu- ja hoitosuunnitelmaa noudatetaan.

Kunnallisissa palveluissa ja kansaneläkelaitoksen etuusjärjestelmissä on useita kotona asumista tukevia elementtejä. Yhteistyöllä ja verkostoitumisella voidaan hyödyntää kotona tapahtuvaa hoitoa ja selkeyttää samalla taloudellisia rakenteita.

Palvelua järjestävän kunnan kustannukset ovat riippuvaisia siitä, minkälainen maksukyky palvelunkäyttäjällä on ja miten palvelut organisoidaan. Useat päivittäiset käynnit palvelunkäyttäjän kotona saattavat nostaa kustannuksia merkittävästi. Kun avohoidon palveluita järjestetään palvelun käyttäjän kotiin, kunta säästää investointikustannuksissa ja kiinteistöjen käyttökustannuksissa. Toisaalta investointikustannukset ja kiinteistöjen käyttökustannukset voidaan periä vuokrassa.

Palvelunkäyttäjän kannalta avohoito ylläpitää normaaleja arkipäivän toimintoja. Toisaalta avohoito voi jättää palvelunkäyttäjän liiaksi omatoimisuuden varaan, mikä voi aiheuttaa pelkoa, turvattomuutta ja sairauksien pahenemisen seurausta.

11.1.2. Laitoshoidon arviointia

Laitoshoitoa voidaan pitää turvallisena hoitomuotona. Kun kunta sijoittaa palvelunkäyttäjän laitokseen, se ottaa hänen hoidostaan ja huolenpidostaan kokonaisvastuun. Palvelunkäyttäjä maksaa saamastaan palvelusta käytettävistä olevista nettotuloistaan aina saman 80 % tai enintään hoidon ja huolenpidon todelliset kustannukset.

Laitoshoidossa työvoiman käyttö ei ole yhtä joustavaa kuin avohoidossa. Palvelua järjestävä kunta tarvitsee laitoksen ylläpitämistä varten tietyn henkilöstön. Henkilöstön määrän tarve on riippuvainen hoidossa olevien toimintakyvystä ja toisaalta myös laitoshoidon luonteesta johtuen laitoksen ympärivuorokautisesta miehityksestä. Uuden asiakkaan hoitoon ottaminen ei aina vaadi lisähenkilökuntaa. Vastaavasti kun laitoksesta lähtee hoidossa ollut asiakas, se ei merkitse välttämättä sitä, että henkilökuntaa voitaisiin vähentää. Laitosta on pidettävä miehittettynä 24 tuntia vuorokaudessa ja henkilökunta toimii kolmivuorotyössä. Laitoshoidon henkilömitoituksen alhaisuus on ongelmana monissa laitoksissa ja se heikentää hoidon laatua.

Joissain tilanteissa laitoshoidon saattaa olla asiakkaankin kannalta helpompi ratkaisu. Palvelunkäyttäjän kannalta laitoshoidon estää turvattomuuden tunteen syntymistä. Toisaalta

se voi passivoida ja edistää siten fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn huonontumista. Laitokseen tuleminen voidaan kokea sekä palvelunkäyttäjän, kunnan ja omaisten taholta velvollisuudeksi jäädä laitokseen loppuiksi. Laitosten toimintatapa on ollut liian sulkeutunut suhteessa avohoitoon. Toisaalta päiväkeskusten perustaminen laitosten yhteyteen on avannut laitospalveluiden käyttöä avohoidossa oleville ja merkinnyt laitosten avautumista avohoidon suuntaan.

Laitoshoidosta puuttuu usein kuntouttava ote. Tavoitteena olisi kuitenkin henkilön toimintakyvyn säilyminen mahdollisimman pitkään. Laitoshoitoon joutuminen saattaa todellisuudessa kadottaa sen edun, joka henkilöllä on hänen asuessaan omassa kodissa. Asuminen oma kodissa antaa tutun ympäristön suojaa toimintakyvyn ylläpidossa.

11.1.3. Laitokseen ottaminen terveydenhuollossa

Päätöksen pitkäaikaisen laitoshoidon alkamisesta tekee hoitava lääkäri terveyskeskuksessa kansanterveyslain 17 §:n nojalla ja erikoissairaanhoidossa erikoissairaanhoidolain 33 §:n nojalla. Hoitavan lääkärin arvio laitoshoidon tarpeesta ja jatkumisesta laitoksessa toistaiseksi määrää myös perittävän asiakasmaksun muuttamisen lyhytaikaisen laitoshoidon maksusta (hoitopäivämaksu) maksukyvyn mukaiseksi maksuksi.

Voimassaolevan asiakasmaksuasetuksen mukaan hoitava lääkäri voi tehdä arvion laitoshoidon jatkuvuudesta välittömästi, kun palvelun käyttäjä on otettu laitokseen tai myöhemmin, kun todetaan laitossijoitus oikeaksi ratkaisuksi. Asiakasmaksuasetuksen mukaan asiakkaan tilannetta on tarkasteltava viimeistään kolmen kuukauden kuluttua ja tehtävä uusi arvio hoidon tarpeen jatkuvuudesta. Jos tässä vaiheessa hoitava lääkäri toteaa, että hoito jatkuu toistaiseksi laitoksessa eikä palvelun käyttäjä kuntoudu kotihoitoon eikä häntä oteta kotihoitoon, on tehtävä päätös maksukyvyn mukaisen maksun määräämisestä toistaiseksi. Jos maksukyvyn mukainen maksupäätös tehdään kaavamaisesti viimeistään kolmen kuukauden jälkeen, saattaa palvelun käyttäjä menettää kotinsa tai joutua taloudellisiin vaikeuksiin, jos kuntoutuminen kotihoitoon siirtyy esimerkiksi kuntouttavan hoidon viivästymisen tai pitkän keston vuoksi.

11.1.4. Laitokseen ottaminen sosiaalitoimessa

Sosiaalihuoltolainsäädännössä ei ole säännöksiä laitokseen ottamisesta, pysyvän laitoshoidon alkamisesta eikä laitoksesta poistamisesta. Sosiaalitoimeen on kuitenkin vakiintunut toimintatapoja siitä, miten henkilön asema palveluiden käyttäjänä määräytyy tai laitokseen ottamisen periaatteista on tehty päätöksiä taikka päätösten teko on saatettu delegoida johtavalle viranhaltijalle. Maksujen osalta toimitaan samalla tavalla kuin terveydenhuollossa eli asiakasmaksulainsäädännössä säädetyllä tavalla.

11.2. Rahoitus

11.2.1. Avohoito

Avohoidossa palvelunkäyttäjä maksaa vain käyttämistään palveluista maksuja, jotka ovat asiakasmaksuasetuksessa säädetty markkamääräisesti tai maksuja, jotka on sidottu hänen bruttotuloihinsa. Tämän lisäksi kunta voi periä järjestettävistä tukipalveluista todellisen kustannuksen (muun muassa ruokapalvelut). Kansaneläkelaitos maksaa hänelle kansaneläkettä, jos hän on siihen oikeutettu, avohoitoa tukevaa hoitotukea sekä

eläkkeensaajien asumistukea, jos hän on siihen oikeutettu muiden tulojensa tai varallisuutensa perusteella. Tämän lisäksi voidaan maksaa rintamamieslisää ja ylimääräistä rintamamieslisää. Jos henkilöllä ei ole oikeutta kansaneläkkeeseen, hän saa toimeentuloturvan työeläkkeestä tai muista ansiotuloista tai sosiaaliturvasta.

Palveluja järjestävän kunnan kustannukset muodostuvat henkilökunnan palkkauksesta ja vähäisessä määrin tarvike- ja lääkekustannuksista. Tämän lisäksi toimintaan kohdistuu hallinnollisia kustannuksia ja toimitilakustannuksia. Yleisesti ottaen sosiaali- ja terveystoimen avohoidon kustannuksista noin 80 - 90 % muodostuu henkilöstömenoista.

Palvelunkäyttäjä voi asua omassa asunnossaan tai kunnan järjestämässä asumispalveluissa joko kunnan omissa yksiköissä tai yksiköissä, joita RAY tai muut järjestöt ovat rahoittaneet. Tämän lisäksi kunta voi sijoittaa palvelunkäyttäjän yksityiseltä yritykseltä ostettuun asumispalveluyksikköön. Kunnan välittömät kustannukset voivat muodostua erilaisiksi riippuen siitä, omistaako kunta asumispalveluyksiköt vai hankitaanko asumispalvelut ostopalveluna. Asiakas voi myös hakeutua asumispalveluihin yksityisesti ilman kunnan myötävaikutusta, jolloin hän itse on vastuussa kokonaan palvelun rahoittamisesta.

11.2.2. Laitoshoido

Laitoshoidossa palvelunkäyttäjä maksaa pääsääntöisesti jatkuvista nettotuloistaan enintään 80 % hoitomaksua, siten että hänen omaan käyttöönsä jää vähintään 450 markkaa kuukaudessa (vuonna 2001). Tähän maksuun kuuluu hoito ja huolenpito sekä ylläpito laitoksessa. Kansaneläkelaitos maksaa laitoshoidon ajalta kansaneläkettä vähennettynä. Tämän lisäksi hoitotuen ja asumistuen maksaminen keskeytyy. Sen sijaan rintamamieslisä ja ylimääräinen rintamamieslisä maksetaan täysimääräisesti.

Laitoshoitopalveluita järjestävän kunnan kustannukset muodostuvat lähes 70 %:sti henkilöstömenoista. Loppuosa on kiinteistön hoidosta, ylläpidosta ja kunnossapidosta aiheutuvia kustannuksia, lääkkeitä ja hoitotarvikkeista aiheutuvia kustannuksia sekä hallintokustannuksia. Hallintokustannusten osuus on 1 - 2 %. Hoitopäivän nettohinta vanhainkodissa on noin 400 - 600 markkaa.

Kun pyritään suuntaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita avohoitoon, tulonsiirtojen ja asiakasmaksujenkin tulisi tukea tätä avohoidon järjestämisen ensisijaisuutta. Käytännössä yhdeksi ongelmaksi on kuitenkin muodostunut se, että avo- ja laitoshoidossa olevalle henkilölle maksettavissa etuuksissa ja perittävässä asiakasmaksuissa on eroja.

Laitoshoidossa eräät kansaneläkelaitoksen maksamat etuudet ovat pienemmät kuin avohoidossa tai etuuksia ei makseta lainkaan laitoshoidossa olevalle. Kansaneläkelaitoksen maksamissa etuuksissa on korostettu avohoidon ensisijaisuutta. Toisaalta kansaneläkelaitoksen maksamilla etuuksilla, jotka on rahoitettu julkisin varoin, ei ole katsottu taroituksenmukaiseksi tukea laitoshoidoa.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut määräytyvät aivan eri tavoin laitoshoidossa ja avohoidossa Lyhytaikaisessa hoidossa niin avohoidossa kuin laitoshoidossakin peritään tuloista riippumattomia tasamaksuja, kun taas säännöllisestä ja jatkuvasta palvelusta avohoidossa peritään bruttotuloihin ja pysyvässä laitoshoidossa

nettotuloihin sidottu maksu. Maksujen erilaisuus avohoidon ja laitoshoidon palveluissa perustuu muun muassa siihen, että laitoshoidon lisäksi ylläpitoon liittyvät palvelut kuten asumisen ja ruuan.

11.2.3. Kama-työryhmän kannanotot

Kotona annettavien palvelujen maksuja on käsitelty Kama-työryhmän vuonna 1997 julkaistussa muistiossa (STM työryhmämuistioita 1997:27). Muistion mukaan sosiaaliturvajärjestelmän tulisi kokonaisuudessaan olla sellainen, että se tukisi hoidon järjestämistä asiakkaan kannalta tarkoituksenmukaisimmassa paikassa ilman, että tulonsiirrot ja maksut määräisivät palvelujen sisällön ja hoitopaikan. Palvelujen kehittyessä avohoidon ja laitoshoidon rajanvedon tekeminen on lisäksi tullut koko ajan vaikeammaksi. Sen määrittäminen, onko kysymyksessä avohoito vai laitoshoidon, aiheuttaa usein runsaasti hallinnollista työtä.

11.2.4. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksen kannanotot

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksen (6/2000) mukaan vanhustenhuollon rahoitusjärjestelmä koostuu kuntien tulorahoituksesta, valtionosuuksista, kansaneläkelaitoksen etuuksista, raha-automaattivastuksista ja asiakasmaksuista. Tarkastuksessa havaittiin, että kokonaisuutena rahoitusjärjestelmä on nykymuodossaan kordinoimaton. Järjestelmä mahdollistaa kustannusten siirtämisen yhdeltä osapuolelta toiselle ilman, että merkittävää kokonaistaloudellista etua tai säästöä syntyy. Valtiolla on lisäksi ainoastaan epäsuora vaikutusmahdollisuus järjestelmän sisältämiin kannustimiin. Tarkastuksen keskeinen johtopäätös on, että nykyisellä vanhustenhuollon rahoitusjärjestelmällä ei ole mahdollista täysipainoisesti tukea vanhustenhuollon palvelutavoitteiden saavuttamista.

11.3. Asiakasmaksuihin liittyviä erityiskysymyksiä

11.3.1. Maksujen ja omavastuuosuuksien taso ja kasautuminen avohoidossa

Säännöllisen ja jatkuvan kodinhoitoavun ja kotisairaanhoidon kuukausimaksuille on säädetty asetuksessa enimmäisrajat. Tukipalvelujen maksuista ei ole erityissäännöksiä. Jotkut palvelut (esimerkiksi siivous) voidaan käytännössä määritellä asiakaskohtaisesti joko tukipalveluiksi tai osaksi kodinhoitoapua. Myöskään vanhusten palveluasumiseen liittyvistä maksuista ja omaishoidon tuen maksuista ei ole erikseen säännöksiä.

Asiakkaalle annettavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja pyritään usein yhteensovittamaan. Sen sijaan asiakasmaksu voidaan määrätä kustakin palvelusta erikseen. Säännöksiä maksujen yhteisvaikutuksen arvioinnista ei ole. Käyttäjän ja muidenkin osapuolten näkökulmasta olisi tärkeää tarkastella yksittäisten maksujen lisäksi maksuista syntyvää kokonaisrasitusta.

Paljon palveluja tarvitsevilla kotitalouksilla avohoidon osin tulosidonnaiset maksut saattavat kohota jo melko matalilla tulotasolla huomattaviksi. Myös kasautuvista tasamaksuista saattaa muodostua merkittävä menoerä. Vaikka yksittäiset palvelut saattavat olla kohtuuhintaisia, yhteenlaskettuna maksuista syntyvä rasitus voi olla niin suuri, että kotitalouden toimeentulo heikentyy kohtuuttomasti. Tällöin asiakasmaksut eivät kannusta avohoitoon.

Kunnat voivat käyttää yhteensovituksessa asiakasmaksulain 11 §:ssä säädettyä mahdollisuutta tarvittaessa alentaa maksuja normaaliperusteiden mukaisista. Toimeentulotuki on viimesijainen keino maksuista selviytymiseen.

Avohoidossa ei ole säännelty maksujen jälkeen kotitaloudelle jääviä vähimmäiskäyttövaroja. Ääritapauksissa etenkin keski- ja hyvätuloiselle henkilölle voi jäädä avohoidossa vähemmän käyttövaroja (vapaasti käytettävissä olevia tuloja palvelumaksujen ja asumismenojen jälkeen) kuin laitoshoidossa. Tuloverotuksen, tulonsiirtojen ja tulositonnainten maksujen yhteisvaikutuksena saattaa myös syntyä vinoutumia, kuten tuloloukkuja (lisätulot eivät lisää käytettävissä olevia tuloja, koska tulositonnaiset asiakasmaksut nousevat). Jos avohoidon asiakasmaksut ehkäisevät tarpeellista palvelujen käyttöä, ne saattavat pitemmällä aikavälillä lisätä kuntien laitoshoidon kustannuksia.

Maksuja määriteltäessä pitäisi ottaa aina huomioon, että kotona asuvien elämä on todennäköisesti taloudellisesti yllätyksellisempää kuin pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien. Lisäksi avohoidossa olevien ihmisten suuremman taloudellisen liikkumavaran turvaaminen on perusteltua omatoimisuuden ja aktiivisuuden näkökulmasta.

11.3.2. Avo- ja laitoshoidon maksujen erot

Palvelurakenne vaikuttaa maksutuloihin ja tulonsiirtoihin, koska avo- ja laitoshoidon maksut ja tulonsiirrot ovat erilaisia. Asiakkaan maksamat maksut ja saamat tulonsiirrot voivat vaikuttaa hoidon sisältöön ja hoitopaikkaan. Avo- ja laitoshoidon maksuperusteet ovat olleet erilaiset, koska laitoshoidon sisältää hoidon lisäksi myös täysihoidon.

Maksutoimikunta (sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunnan mietintö, komiteamietintö 1993:17) tarkasteli yhtenä vaihtoehtoisena maksurakenteena palvelun sisällöstä lähtevää maksua. Mallissa asiakkaan omavastuu olisi sekä avo- että laitoshoidossa erilainen hoidossa, ylläpidossa ja asumisessa. Palvelujen laatu ja hinta voisivat vaihdella muussa kuin varsinaisessa hoidossa kuitenkin niin, että vähimmäislaatu turvattaisiin kaikille myös asumisessa ja ylläpidossa.

11.3.3. Asumispalvelujen maksut

Asumispalveluilla tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumista. Vammaisten asumispalveluja voidaan järjestää sosiaalihuoltolain, vammaispalvelulain ja kehitysvammalain nojalla. Asiakasmaksut eroavat sen mukaan, minkä lain perusteella asiakas saa palvelut. Asiakasmaksulain mukaan kehitysvammalain mukaiset, erityishuoltona järjestetyt asumispalvelut ja vammaispalvelulain mukainen palveluasuminen ovat maksuttomia ellei henkilö saa niihin korvausta muun lain nojalla. Asumisestaan palveluasumista tarvitseva henkilö maksaa vuokran normaaliin tapaan eli maksuttomuus koskee vain asumiseen liittyviä palveluja.

Sosiaalihuoltolaki on sosiaalihuollon yleislaki. Normaalisuusperiaatteen mukaan se on ensisijainen palveluja järjestettäessä. Vanhusten palvelut järjestetään yleensä sosiaalihuoltolain mukaan. Sen mukaisista asumispalveluista ei ole erityissäännöksiä asiakasmaksulainsäädännössä. Palveluasunnossa asuvan vanhuksen maksut voivat koostua eritavoin ja erilaista maksuista. Niihin voi sisältyä esimerkiksi asiakasmaksuasetuksen säätelemä kotipalvelun maksu.

11.3.4. Maksukyvyn mukaisen maksun määräämisen vaikutukset

Maksukyvyn mukaisen maksun määräämisellä on palvelun käyttäjän asemaan ratkaiseva merkitys. Jos henkilön palvelutarve on suuri, hänen omaan käyttöön palvelumaksujen, asumismenojen ja sairauskulujen jälkeen jäävät varansa voivat jäädä niin vähäisiksi, että hänen on vaikea selviytyä taloudellisesti avohoidossa.

Laitoshoidon jatkuessa yli kolme kuukautta kansaneläke pienenee eli siitä vähennetään niin sanottu laitososuus. Kun laitoshoido jatkuu yli yhdeksän kuukautta, palvelun käyttäjälle ei enää makseta eläkkeensaajien asumistukea, vaikka asunnosta aiheutuvat kustannukset vielä jatkuisivatkin. Joissakin tilanteissa tämä saattaa johtaa siihen, että asunto menetetään ja laitoshoitosta tulee pysyvä ratkaisu. Jos henkilö omistaa asunnon ja vuokraa sen, vuokratulo (netto) otetaan huomioon asiakasmaksu määriteltäessä.

12. TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET

12.1. Yleiset näkemykset

Kansaneläkejärjestelmän mukaisten etuuksien ja kuntien järjestämistä palveluista perittävien asiakasmaksujen suuruus riippuu siitä, määritelläänkö henkilön saama hoito avohoidoksi vai laitoshoidoksi. Eräät kansaneläkelaitoksen maksamat etuudet ovat suuremmat avohoidossa kuin julkisessa laitoshoidossa. Avohoidossa suoritettavien etuuksien tarkoituksena on tukea avohoidossa selviytymistä. Osaa kansaneläkelaitoksen maksamista etuuksista sekä kansaneläkelaitoksen kustantamista palveluista ei myönnetä lainkaan julkisessa laitoshoidossa oleville henkilöille.

Väestön parantunut terveydentila ja toimintakyky edistävät iäkkäiden, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden henkilöiden selviytymistä avohoidossa. Entistä tehokkaampien lääkkeiden käyttöönotto, kuntoutus, kehittyneet apuvälineet ja kotona suoriutumista tukevat palvelut ovat parantaneet avohoidon edellytyksiä. Myös asuntokannan kohentunut varustustaso ja iäkkäiden ihmisten parantunut toimeentulo mahdollistavat sen, että he voivat asua entistä pidempään kodissaan tai tuetuissa asumismuodoissa.

Sosiaali- ja terveystalvelujen monipuolistaminen ja porrastaminen ovat käytännössä kaventaneet avohoidon ja laitoshoidon välistä eroa. Avohoidossa voidaan antaa yhä vaativampaa hoitoa ja huolenpitoa. Lisäksi avohoidon ja laitoshoidon välimaastoon on kehitetty uudentyypisiä välimuotoisia palveluja: erityyppinen palvelu- ja tukiasuminen laajeni voimakkaasti 1990-luvulla. Laitoshoitajaksojen keskimääräinen pituus on lyhentynyt, toisaalta avohoidossa olevien henkilöiden intervallihoito- ja kuntoutusjaksot sairaalassa tai muussa laitoksessa ovat yleistyneet. Pitkäaikaiseen laitoshoidon siirytään keskimäärin iäkkäämpänä kuin aikaisemmin. Uusissa vanhus- ja vammaispoliittisissa strategioissa korostetaan palvelutarpeen ennaltaehkäisyä, avopalvelujen lisäämistä ja saumattomien palveluketjujen luomista yksilöllisten tarpeiden mukaan. Palvelujen kehittyessä avohoidon ja laitoshoidon rajanvedon tekeminen tulee siten koko ajan vaikeammaksi ja epätarkoituksenmukaisemmaksi. Sen määrittäminen, onko kysymyksessä avohoito vai laitoshoido, aiheuttaa myös usein runsaasti hallinnollista työtä.

12.2. Kansaneläkettä koskevat ehdotukset

Kun palvelurakennetta halutaan kehittää avohoitopainotteiseksi ja saumattomaksi, myös toimeentuloturvan tulisi tukea tätä linjausta. Avohoidon ja laitoshoidon välinen rajanveto on osoittautunut monesti keinotekoiseksi ja ongelmalliseksi myös siinä mielessä, että asiakkaan tarvitseman hoidon sisältö on saattanut jäädä painoarvoltaan toissijaiseksi, kun merkitystä on saanut se seikka, järjestetäänkö hoito avo- vai laitoshoitona. Hoidon määrittely avo- tai laitoshoidoksi on merkinnyt erilaisia etuuksia hoidettavalle ja on vaikuttanut palvelujen rahoitusvastuun jakautumiseen asiakkaan, kunnan, kansaneläkelaitoksen ja valtion kesken. Laitoshoitörajoituksen poistaminen asettaisi eri hoitomuodot yhdenvertaisemmiksi (neutraalimmiksi) rahoituksen suhteen. Työryhmä katsookin, että kansaneläkejärjestelmässä olevat säännökset kansaneläkkeen alentamisesta ja eläkkeensaajien hoitotuen keskeyttämisestä laitoshoidon ajaksi ovat vanhentuneet.

Eläkkeensaajat ovat erilaisessa asemassa laitoshoidon ajalta määräytyvien maksujen suhteen sen mukaan, koostuuko heidän eläketurvansa pelkästään työeläkkeestä vai sekä työeläkkeestä että kansaneläkkeestä. Tämä korostui, kun kansaneläke muuttui kokonaan työeläkevähenteiseksi 1.1.1996 alkaen ja kaikille ei enää maksettu kansaneläkkeen pohjaosaa. Koska eläketurvan tarkoituksena on turvata henkilön toimeentulo vanhuuden, työkyvyttömyyden tai perhehuoltajan kuoleman varalta, perusteita työeläkkeen ja kansaneläkkeen maksamiselle eri perusteilla laitoshoidon ajalta ei ole.

Työryhmä ehdottaa, että kansaneläke ei alenisi laitoshoidon aikana. Laitoshoidon koskeva rajoitus tulisi poistaa sekä uusilta laitoshoittoon siirtyviltä henkilöiltä että niiltä henkilöiltä, jotka jo ovat pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Laitoshoidossa jo oleville henkilöille tehtäisiin laitoshoitörajoituksen poistamisen johdosta uusi päätös eläkkeestä ja asiakasmaksusta.

12.3. Eläkkeensaajien hoitotukea koskevat ehdotukset

Kansaneläkejärjestelmään on jo melko varhaisesta vaiheesta asti kuulunut tukijärjestelmä, jossa erityisellä verovapaalla rahallisella tuella korvataan avuttomuudesta aiheutuva raskaus ja kustannuksia. Nykyisen eläkkeensaajien hoitotuen saamisedot perustuvat kokonaisselvitykseen asiakkaan yksilöllisistä selviytymismahdollisuuksista. Lisäksi hoitotukea maksetaan tavanomaista suurempien kustannusten korvaamiseksi. Nykyisen käytännön mukaan myös hoitotuki lakkaa henkilön joutuessa pitkäaikaiseen julkiseen laitoshoittoon. Kun henkilö joutuu alun perin lyhytaikaiseksi arvioituun sairaala- tai muuhun laitoshoittoon (esimerkiksi lonkkaleikkaukset tai ohimenevät halvaukset), joka kuitenkin syystä tai toisesta pitkittyy, saattaa nykyinen hoitotuen maksun keskeytys kolmen kuukauden jälkeen johtaa osaltaan siihen, että laitoshoidosta tulee pysyvä ratkaisu. Olisi kuitenkin tärkeää, että tällaista vältettävissä olevaa, rahoitukseen liittyvää liukumista ei tapahtuisi.

Etuus- ja maksujärjestelmän tulisi tukea tehostettua kuntouttavaa otetta myös laitoshoittoon joutuvien henkilöiden kohdalla. Hoitotuen maksaminen laitoshoidon ajalta riippumatta laitoshoitajakson kestosta tarjoaisi tähän nykyistä paremman mahdollisuuden. Samalla voitaisiin keskittyä asiakkaan kodin kunnostamiseen. Kotona asumista on kaikin keinoin tuettava, jos siihen on mahdollisuus asiakkaan elinympäristö, asunnon varustetaso, omaiset ja muut vastaavat seikat huomioon ottaen. Myös laitoshoidon pitempinäkin intervallityyppisenä hoitotukijaksona helpottuisi nykyisestä ja tämän muutoksen

jälkeen se antaisi mahdollisuuden kuntouttavan otteen säilyttämiseen laitoshoidon aikana.

Jos käytännössä lähes kaikki pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat henkilöt saisivat avuntarpeensa perusteella hoitotukea, antaisi tämä myös kunnille mahdollisuuden tukea eläkkeensaajien hoitotuella kuntouttavaa otetta laitoshoidossa.

Työryhmä ehdottaa, että eläkkeensaajien hoituen keskeyttäminen laitoshoidon ajalta kumottaisiin. Kunnan ei kuitenkaan tulisi tehdä päätöstä pitkäaikaishoidosta ennen kuin henkilön mahdollisuudet selviytyä avohuollossa on selvitetty ja arvioitu sen taloudelliset ja muut edellytykset sekä asiakkaan että kunnan kannalta. Viimeistään tässä vaiheessa tulisi tarkistaa hoitotuen saamisen edellytykset, hoitotuen taso ja muut vaihtoehtoiset avohoidon edellyttämät palvelut ja muut toimenpiteet asiakkaan kotona sekä niiden kustannukset asiakkaalle ja kunnalle.

Työryhmän ehdotus merkitsee sitä, että tosiasiallisesti hoito- ja palvelusuunnitelma olisi laadittava myös henkilön ollessa laitoksessa. Tilanteen kokonaisarkkitehtoisuus tukisi myös asiakkaan kannalta kuntouttavan otteen käyttöönottoa niissä tapauksissa, joissa mahdollisuudet avohoitoon palaamiseen ovat olemassa.

Työryhmä ehdottaa, että hoitotukea voidaan maksaa myös niille henkilöille, jotka ovat jo laitoshoidossa ja joille ei ole koskaan tehty kansaneläkejärjestelmästä maksettavaa hoitotukea koskevaa hakemusta. Näin laitoshoidossa olevat henkilöt olisivat myös uuden hoito- ja palvelusuunnitelman kannalta tasa-arvoisessa asemassa muihin nähden. Ratkaisu aiheuttaa lisätöitä kunnissa ja kansaneläkelaitoksessa uudistuksen alkuvaiheessa. Ratkaisu palvelisi kuitenkin asiakkaan ja kunnan etua ja lisäsi kuntouttavan työotteen käyttöä myös laitoshoidon aikana.

12.4. RAVA-indeksiä koskeva ehdotus

Kansaneläkejärjestelmän eläkkeensaajien hoitotuen kriteereitä voidaan pitää hyvänä mittarina henkilön tosiasiallisesta toimintakyvystä ja avuntarpeesta. Useissa kunnissa on käytössä RAVA-indeksi, joka tähtää samaan tarkoitukseen. Kunnissa myös laaditaan kansaneläkelaitoksen päätöstä varten arvioita ja selvityksiä hakijan tuen tarpeesta. Onkin tarkoituksenmukaista, että kansaneläkelaitos hyödyntää ratkaisuisaan muun muassa RAVA-indeksin arviointimenettelyn tuloksia silloin, kun arviointimenettelyn antamaa tietoa on käytettävissä. Tämä yhdenmukaistaisi menettelyä toimintakyvyn arvioinnissa niin etuuskien kuin palveluiden osalta sekä lisäsi järjestelmien välistä yhteistyötä.

Työryhmä ehdottaa, että kansaneläkejärjestelmän nykyiset, henkilön toimintakykyyn liittyvät eläkkeensaajien hoitotuen saamisedellytykset säilytetään ennallaan. Kansaneläkelaitoksen etuusratkaisuisissa tulisi kuitenkin hyödyntää myös etuuden hakijan kotikunnassa mahdollisesti käytössä olevan esimerkiksi RAVA-indeksin antamaa tietoa hakijan toimintakyvystä.

12.5. Avo- ja laitoshoidon käsitteen säilyttäminen muissa kansaneläkelaitoksen etuuksissa

Sairausvakuutuksen korvauksia ei makseta sairaanhoidon aiheuttamista kustannuksista ajalta, jonka henkilö on julkisessa laitoshoidossa. Laitoshoitoon sisältyvät muun ylläpi-

don ja sairauenhoidon lisäksi kaikki henkilön tarvitsemat lääkkeet ja matkakustannukset. Potilasta ei voida velvoittaa käyttämään omia lääkkeitään lyhyenkään laitoshoidon aikana. Kun henkilö joutuu julkiseen laitoshoittoon, ei ole tarkoituksenmukaista, että hän joutuisi käyttämään avohoidon mahdollisuuksia lääkityksensä tai muun hoidon, tutkimuksen taikka kuntoutuksen kustantamiseksi.

Eläkkeensaajien asumistukea maksetaan yhdeksän kuukauden ajan laitoshoittoon joutumisesta. Tämän tarkoituksena on tukea henkilön avohoidon aikana asumisesta aiheutuvia kustannuksia ja mahdollistaa henkilön paluu kotiin laitoshoidon päätyttyä.

Työryhmä katsoo, että laitoshoidon käsite tulee säilyttää kansaneläkelaitoksen sairausvakuutus- ja kuntoutusetuuksissa, lapsen hoitotuessa ja vammaistuessa sekä eläkkeensaajien asumistuessa silloin, kun henkilö on julkisessa laitoshoidossa. Jos henkilöllä on oma asunto, on perusteltua, että eläkkeensaajien asumistukea maksetaan niin kauan kunnes päätös pitkäaikaisesta laitoshoidosta on tehty. Tämä varmistaisi sen, että henkilöllä on olemassa koti, johon hän voi palata. Työryhmän arvion mukaan nykyinen yhdeksän kuukauden maksamisjakso riittää turvaamaan tämän eikä eläkkeensaajien asumistukijärjestelmään tarvitse tehdä muutoksia.

12.6. Kuntien asiakasmaksuja koskevat ehdotukset

Laitoshoitörajoituksen poistaminen kansaneläkkeestä ja eläkkeensaajien hoitotuesta lisäisi kansaneläkettä tai eläkkeensaajien hoitotukea saavien henkilöiden tuloja. Samalla se vaikuttaisi kuntien asiakasmaksutuloihin ja verotuloihin. Vastaavasti kansaneläkelaitoksen menot lisääntyisivät. Toisaalta maksettavat työeläkkeet kasvavat. Eläkkeensaajien hoitotuki on veroton etuus. Työryhmän mielestä eläkkeensaajien hoitotuki tulisi ottaa huomioon tulona pitkäaikaisen laitoshoidon maksua määriteltäessä. Eläkkeensaajan hoitotuen ja kansaneläkkeen ottaminen huomioon asiakasmaksussa takaisi osaltaan sen, että asiakasmaksun perusteena olevat tulot kuvaisivat hoidettavan henkilön taloudellista tilannetta. Eläkkeensaajien hoitotuen taso kuvaisi samalla hänen tarvitseman hoidon ja huolenpidon määrää ja kustannuksia.

Kansaneläkkeen ja eläkkeensaajien hoitotuen laitoshoitörajoituksen poistaminen merkitsisi sitä, että asiakkaan tulot kasvaisivat, jolloin häneltä voitaisiin nykyisten pitkäaikaisen laitoshoidon maksuja koskevien säännösten perusteella periä korkeampaa asiakasmaksua. Toisaalta myös asiakkaan henkilökohtaiseen käyttöön jäävän käyttövaran määrä kasvaisi, koska se määräytyy tietyinä prosentiosuutena tuloista. Pitkäaikaisen laitoshoidon maksu on nykysäännösten mukaan enintään 80 prosenttia hoidettavan nettokuukausituloista. Henkilökohtaiseen käyttöön jäävän käyttövaran määrä on saattanut kasvaa esimerkiksi työeläkkeensaajilla, koska myös käytössä olevat työeläketulot ovat pääsääntöisesti kasvaneet. Näillä henkilöillä 20 prosentin suuruinen osuus takaa käyttövaran, joka on suurempi kuin 450 markkaa kuukaudessa.

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevilla asiakkailla käyttövaran tarve voi kuitenkin olla hyvin erilainen. Esimerkiksi dementoituneilla henkilöillä voi nykyinenkin käyttövara jäädä käyttämättä, kun taas esimerkiksi nuorilla vammaisilla ja mielenterveyspotilailta käyttövara voi jäädä tulojen vähäisyyden vuoksi liian matalaksi, sillä myös laitoshoidossa olevalla henkilöllä voi olla henkilökohtaisia jokapäiväiseen elämään liittyviä tarpeita kuluineen. Käyttövarat vaikuttavat myös harrastus- ja virkistysmahdollisuuksiin. Nykyinen käyttövaran pienuus saattaa käytännössä estää näiden henkilöiden mah-

dollisuuksia pitää yhteyttä laitoksen ulkopuolelle esimerkiksi perheeseensä. Rahattomuus ja jatkuva huoli rahojen riittämättömyydestä eivät tue kuntoutumista. Käyttövaran pienuus saattaa aiheuttaa jopa liiallista riippuvuutta laitoshoidon liittyvästä taloudellisesta perusturvallisuudesta ja tehdä mahdottomaksi esimerkiksi oman rahankäytön ja itsenäisen päätöksenteon opettelun. Sen vuoksi kunnissa tulisi tehdä käyttövaran suuruuden harkintaa yksilökohtaisesti asiakkaan elämäntilanteen mukaan silloin, kun tehdään asiakasmaksua koskevaa päätöstä

Työryhmä korostaa, että pitkäaikaisen laitoshoidon maksun määräämisessä tulisi nykyistä useammin käyttää asiakasmaksulain 11 §:ssä määriteltyä harkinnanvaraista maksun alentamista. Yksilöllistä harkintaa voitaisiin käyttää esimerkiksi vammaisten tai mielenterveyspotilaiden kohdalla, jotka hoitajaksonsa aikana tarvitsevat varoja muun muassa asuntonsa ylläpitämiseen, harrastuksiin ja muuhun virkistystoimintaan sekä lomiensa kustantamiseen.

Työryhmän mielestä pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan henkilön henkilökohtaiseen käyttöön jäävä vähimmäismäärä tulisi säilyttää kustannustason muutos huomioon ottaen ennallaan (tällä hetkellä 450 mk/kk).

Toisaalta, kun työeläkkeensaajien osalta otetaan huomioon kohonnut eläketaso, saattaisi tämä edellyttää, että pitkäaikaisen laitoshoidon enimmäismaksua tarkistettaisiin esimerkiksi 85 prosenttiin henkilön nettokuukausituloista.

Paljon palveluja tarvitsevilla kotitalouksilla avohoidon osin tulosisidonnaiset maksut saattavat kohota jo melko matalilla tulotasolla huomattaviksi. Myös kasautuvista tasamaksuista saattaa muodostua merkittävä menoerä. Vaikka yksittäiset palvelut saattavat olla kohtuuhintaisia, yhteenlaskettuna maksuista ja omavastuista syntyvä rasitus voi olla niin suuri, että kotitalouden toimeentulo heikentyy merkittävästi. Tällöin asiakasmaksut eivät kannusta avohoitoon. Jos avohoidon asiakasmaksut ehkäisevät tarpeellista palvelujen käyttöä, ne saattavat pitämällä aikavälillä johtaa asiakkaan pitämiseen edelleen laitoshoidossa ja lisätä näin kuntien laitoshoidon kustannuksia.

Työryhmän mielestä hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä tulisi aina arvioida asiakkaan tarvitsemien palvelujen kokonaiskustannukset. Maksut tulee määrittellä siten, että asiakkaan taloudelliset mahdollisuudet asua kotonaan turvataan. Kunnan tulisi tarvittaessa käyttää aktiivisesti nykyisessä asiakasmaksulainsäädännössä säädetyt mahdollisuuksia kohtuullistaa asiakasmaksuja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksusäännöksiä kehittämällä voidaan osaltaan parantaa edellytyksiä asiakaslähtöisiin, asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioon ottaviin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Työryhmä on tietoinen siitä, että edellä mainittu ehdotus säilyttää avohoidon ja pitkäaikaisen laitoshoidon maksuperusteiden erilaisuuden. Mikäli avohoidon ja laitoshoidon pitkäaikaista hoitoa koskevat säännökset haluttaisiin yhdenmukaistaa, maksusäännöksiä olisi muutettava niin, että niiden perusteet olisivat yhdenmukaiset asiakkaan asumismuodosta riippumatta. Tällöin maksun määräytymisen perusteena olisivat aina (myös laitoshoidossa) erikseen asumisesta, lääkityksestä, ruoasta ja muusta ylläpidosta sekä asiakkaan käyttämisestä hoito- ja kuntoutuspalveluista aiheutuvat kustannukset sekä hoidettavan henkilökohtaiseen käyttöön jäävät käyttövarat. Työryhmä katsoo, että tätä mahdollisuutta tulisi pohtia osana laajempaa maksupoliittikkaa koskevaa selvitystä.

Työryhmä ehdottaa, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää sosiaali- ja terveyspalvelujen maksupolitiikan uudistamistarpeita koskevan selvityksen, jonka osana selvitetään avo- ja laitoshoidon maksujen yhdenmukaistamisen mahdollisuuksia.

12.7. Ehdotukset ennalta ehkäisevistä kotikäynneistä

Hyvin organisoitu ennalta ehkäisevä ja kuntouttava toiminta voi etenkin pitkällä aikavälillä vähentää vanhuksen kotihoidosta ja laitoshoidosta eri osapuolille aiheutuvia kustannuksia. Mitä paremmin ja pidempään ikääntyneen väestön toimintakyky onnistutaan säilyttämään ja vähentämään jatkuvaa ammattiavun tarvetta, sitä paremmin pystytään turvaamaan vanhustenhuollon rahoitusjärjestelmän kestävyys myös tulevaisuudessa. On myös tärkeää, että vanhusten toimintakykyyn vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuolto, asuntosektori ja muut toimijat pyrkisivät edelleen ennakkoluulottomasti tiivistämään yhteistyötään. Kunnissa on vireillä lukuisia hankkeita avohoidon kehittämiseksi, ja hankkeissa luotavat hyvät käytännöt pitäisi juurruttaa osaksi normaalia toimintaa. Iäkkään henkilön mahdollisuudet asua omassa kodissaan riippuvat olennaisesti myös siitä, millainen hänen kotinsa ja muu lähiympäristönsä on, onko hänellä omaisia, saako hän tarvittaessa kotipalvelua tai onko hänellä mahdollisuuksia omaishoitoon. Toisaalta omassa kodissa asuminen koetaan yhdeksi turvallisuutta lisääväksi tekijäksi tutun ympäristön takia.

Monet tutkimukset osoittavat, että toimintakyvyn heikkeneminen kiihtyy 75 ikävuoden jälkeen ja että esimerkiksi asunnon muutos- ja korjaustyöt on tärkeää tehdä riittävän ajoissa. Mahdollisuus asua tutussa ympäristössä pitää osaltaan yllä iäkkään ihmisen toimintakykyä. Kotona asumisen kokemiseen turvallisena toimintakyvyn heiketessäkin vaikuttaa myös tieto siitä, mistä voi tarvittaessa pyytää apua ja neuvoja.

Valtioneuvoston vuosille 2000 - 2003 hyväksymässä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa (TATO) suositellaan niin sanottuja ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä 80 vuotta täyttäneille kuntalaisille. Suomen Kuntaliiton selvityksen mukaan tällaista toimintaa on käynnistetty noin 50 kunnassa. Vaikka ennalta ehkäisevien kotikäyntien järjestäminen todennäköisesti lisää kunnan kustannuksia toiminnan alkuvaiheessa, pidemmällä aikavälillä ennalta ehkäisevät kotikäynnit voivat vähentää kuntien vanhuspalvelujen ja terveydenhuollon kustannuksia. Ennalta ehkäisevän toiminnan tarkoituksena ei ole järjestää sellaisia palveluja, joita henkilö ei terveydentilansa ja toimintakykynsä takia tarvitse. Palveluja suunniteltaessa tulee ottaa huomioon, että monesti normaalit jokapäiväiseen elämään liittyvät kodinhoitotoimet pitävät osaltaan yllä toimintakykyä ja vireyttä.

Työryhmä ehdottaa, että kunta järjestäisi asukkailleen mahdollisuuden ennalta ehkäisevään kotikäyntiin viimeistään silloin, kun he täyttävät 75 vuotta. Riittävän aikaisella interventiolla voidaan selvittää toimintakykyä ja selviytymismahdollisuuksia kotona, tarpeellisia asunnon muutostöitä ja apuvälineitä, omaishoidon edellytyksiä ja ulkopuolisten kotihoitopalveluiden tarpeellisuutta. Työryhmä ehdottaa, että ennalta ehkäisevän kotikäynnin yhteydessä arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa palvelujen ja tukien kokonaisuus sekä asiakkaan että kuntien talouden kannalta.

Työryhmän käsityksen mukaan nykyisin ei riittävästi tunneta tai hyödynnetä niitä eri mahdollisuuksia, joita voidaan käyttää ja jotka ovat ensisijaisia asiakkaan kodin varus-

tamiseksi henkilön tarpeita vastaavaksi. Tällaisia ensisijaisia järjestelmiä ovat tapaturmavakuutuslain ja liikennevakuutuslainsäädännön mukaiset järjestelmät sekä sotilasvamma- ja sotilastapaturmavakuutuslainsäädäntö. Apuvälineitä korvataan kansaneläkelaitoksen järjestämänä ammatillisena kuntoutuksena alle 65-vuotiaille henkilöille. Vanhusten apuvälineet ovat pääasiassa kuntien terveydenhuollon vastuulla. Lisäksi kuntien toteuttamisvastuulla olevissa vammaispalvelulaisissa ja -asetuksessa säädetään vaikeavammaisten henkilöiden asunnon muutostöistä ja asuntoon kuuluvista välineistä ja laitteista. Myös ympäristöministeriön hallinnonalan asuntojen perusparannustoimenpiteet ja valtion asuntorahaston myöntämät avustukset tähtäävät asuntojen kunnostamiseen. Työryhmässä on ollut esillä ympäristöministeriön hallinnonalan asunnon muutostoiimiin liittyvien hakuaikojen joustavoittaminen. Pitäisi harkita, voidaanko nykyistä kerran vuodessa tapahtuvaa hakumenettelyä muuttaa siten, että asiakkaan asunnon perusparannustarpeiden ilmaantuessa äkillisesti voitaisiin myös tätä avustusmuotoa käyttää joustavammin.

Työryhmä ehdottaa, että kunnissa kiinnitettäisiin huomiota järjestelmällisesti niihin mahdollisuuksiin, joita lainsäädäntö tarjoaa kodin korjaus- ja muutostöihin. Oikeus tukiin tulisi selvittää jo ensimmäisen ennalta ehkäisevän kotikäynnin yhteydessä.

Iäkkäällä ihmisellä saattavat erilaiset sairastumiset, terveydentilan heikkeneminen, omaisten menetykset tai kauppa- ja muiden lähialueiden heikkeneminen tuoda äkillisiä muutoksia kotona selviytymisen edellytyksiin. Jotta ehkäistäisiin vanhusten syrjäytymistä ja pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta, tarvitaan tavalla tai toisella toteutettavaa säännöllistä seuranta vanhusten selviytymisestä kotona.

Työryhmä ehdottaa, että ensimmäisen ennalta ehkäisevän kotikäynnin jälkeen seurataan tarkoituksenmukaisella, asiakkaan kanssa sovitulla tavalla tarpeellisiin väliajoin henkilön elämäntilanteen kehittymistä.

12.8. Omaishoitoa koskevat ehdotukset

Omaishoidon tuen edellytysten parantamista ja omaishoidon tukijärjestelmää koskevien säännösten uudistamista selvitetään parhaillaan erikseen sosiaali- ja terveysministeriössä. Tämän vuoksi työryhmä ei ole tehnyt yksilöityjä omaishoidon tuen kehittämistä koskevia ehdotuksia.

Työryhmä kiirehtii omaishoidosta tehtävää kokonais selvitystä. Olisi tarkoituksenmukaista, että omaishoitoa kehitettäisiin selkeämmin osana avohoitoa painottavaa palvelujärjestelmää. Omaishoidon tuki on jatkossakin syytä kohdentaa sellaisille omaisille, joiden antama apu, hoito ja huolenpito on selvästi vaativampaa ja sitovampaa kuin perhesuhteisiin yleensä liittyvä perheen jäsenistä huolehtiminen. Kunnan tulisi tukea omaishoitoa muilla palveluillaan, jotka edistävät omaishoitajan jaksamista. Omaishoitajien jaksamisen kannalta on tärkeää, että omaishoitajien vapaajärjestelmän toimivuus taataan asianmukaisesti.

12.9. Kustannukset ja rahoitus

12.9.1. Ehdotusten kustannus- ja maksutulovaikutukset

Eläkevähenteistä kansaneläkettä maksettiin 23 600:lle laitoshoidossa olevalle henkilölle 31.10.2001. Jos kansaneläkkeet maksettaisiin näille eläkkeensaajille vähentämättömänä, kustannukset lisääntyisivät 275 miljoonaa markkaa vuodessa (46,3 miljoonaa euroa) vuoden 2002 indeksitasossa. Vuonna 2005 laitoshoidossa olevia eläkevähenteistä kansaneläkettä saavia henkilöitä olisi arviolta 21 000. Tällöin kustannukset laitoshoitovähennyksen poistamisesta alenisivat 25 miljoonalla markalla eli kustannukset olisivat 250 miljoonaa markkaa vuodessa. Alenema johtuu pääosin työeläkkeiden kasvusta ja yleistymisestä. Kustannusvaikutus alenisi tästä syystä edelleen pidemmälläkin aikavälillä.

Eläkkeensaajien hoitotuen maksaminen on keskeytetty laitoshoidon vuoksi 22 700 henkilöltä. Hoitotukia jää maksamatta 215 miljoonaa markkaa vuodessa (vuoden 2002 indeksitasossa). Jos arvioidaan, että pitkäaikaisessa laitoshoidossa on 30 000 henkilöä, tulisi uusia hoitotukia laitoksessa oleville henkilöille myönnettäväksi 7 300. Jos puolelle uusista eläkkeensaajien hoitotuen saajista myönnettäisiin nykytason mukaisesti korotettu hoitotuki ja puolelle erityishoitotuki, eläkkeensaajien hoitotuen kustannukset lisääntyisivät 98 miljoonaa markkaa vuodessa. Kun otetaan huomioon eläkkeensaajien hoitotuen keskeytysten lakkauttaminen sekä uudet hoitotuen saajat, tulisi eläkkeensaajien hoitotukia kaiken kaikkiaan maksettavaksi ilman laitosrajoitusta 313 miljoonaa markkaa vuodessa (52,6 miljoonaa euroa) vuoden 2002 indeksitasossa.

Kansaneläkkeiden maksaminen vähentämättömänä ja hoitotukien maksaminen laitoksiin lisäisi kustannuksia vuoden 2002 indeksitasossa arviolta yhteensä 588 miljoonaa markkaa vuodessa (98,9 miljoonaa euroa). Kansaneläke-etuudet rahoitetaan työnantajan kansaneläkemaksulla, osuudella arvonlisäveron tuotosta, valtion lakisääteisillä osuuksilla ja takuusuorituksella sekä kansaneläkerahaston tuotoilla. Siten, jos työnantajien maksurasitusta ei lisittäisi, koko kustannus tulisi valtion maksettavaksi.

Seuraavien eläkkeensaajien ja kuntien tulojen muutoksia koskevien arvioiden lähtökohdina ovat tiedot pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien henkilöiden eläketulojen suuruusjakautumasta ja kansaneläkkeen laitoshoitovähennyksestä. Eläkkeensaajien nettotulot on laskettu vuoden 2002 kansaneläkettä ja verotusta koskevin perustein siten, että verotus vastaa koko maan keskiarvoa (kunnallisvero 17,68 %, kirkollisvero 1,3 % ja eläkeläisten sairausvakuutusmaksu 1,9 %). Laskelmat perustuvat oletukseen, että kansaneläke maksettaisiin laitoshoidossa oleville henkilöille alentamattomana ja että uudet 7 300 eläkkeensaajien hoitotuen saajaa saisivat nykytason mukaista hoitotukea siten, että heistä puolet saisi korotettua hoitotukea ja puolet erityishoitotukea. Kun otetaan huomioon laitoshoidossa oleville eläkkeensaajille jäävä käyttövara 20 % (vähintään 450 markkaa kuukaudessa), voidaan laskea laitoshoidossa olevan väestön käyttövarojen kasvu eri asiakasmaksuprosenttien mukaan. Kunnille aiempaa suuremmista laitoshoitomaksuista tuleva asiakasmaksukertymien kasvu saadaan, kun kokonaiskustannuksista (verot vähennettynä) vähennetään eläkkeensaajien hoitotuen ja kansaneläkkeen maksamisesta täysimääräisenä laitoksessa olevalle jäävä osuus.

Seuraavassa on arvioitu eläkkeensaajien ja kuntien tulojen muutos, jos asiakasmaksu on vaihtoehtoisesti 80 tai 85 prosenttia nettokuukausituloista. Eläkkeensaajan käyttövaran osuus on vastaavasti 20 prosenttia tai 15 prosenttia nettokuukausituloista, kuitenkin vähintään 450 markkaa kuukaudessa.

Asiakasmaksut 80 % nettokuukausituloista	Muutos, milj. markkaa
Eläkkeensaajat	100
Kunnat	
- asiakasmaksujen kasvu	448
- verotulojen kasvu	35
Kuntien tulojen kasvu yhteensä	483

Asiakasmaksut 85 % nettokuukausituloista

Eläkkeensaajat	40
Kunnat	
- asiakasmaksujen kasvu	508
- verotulojen kasvu	35
Kuntien tulojen kasvu yhteensä	543

12.9.2. Rahoitusta koskeva ehdotus

Väestön ikärakenteen vanheneminen ja erityisesti yli 80-vuotiaiden määrän kasvu aiheuttaa lisätarvetta vanhuspalvelujen määrälliseen ja laadulliseen kehittämiseen. Toisaalta vakuutettujen työeläketulojen kasvu mahdollistaa kuntien kasvavien vero- ja maksutulojen kohdentamisen vanhustenhuollon palvelujen kehittämiseen. Toisaalta kasvavaa varallisuutta ei voida nykysäännösten mukaan ottaa huomioon maksujen perusteissa. On muistettava, että maksut kohdistuvat yleensä vähävaraisimpiin ja paljon sairasteleviin henkilöihin enemmän kuin terveisiin henkilöihin. Maksujen korotukset eivät ole tällöin sosiaalipoliittisesti perusteltuja. Myöskään kuntien verotulot eivät kohdennu samalla tavoin kuin valtionosuudet palveluiden tarpeellisuutta arvioitaessa. Myös kuntien taloudellisessa asemassa tulee olemaan suuria eroja. Kun kunnat vastaavat vanhusten palvelurakenteen ylläpidosta, kansalaisten perusoikeuksiin kuuluvan hoidon ja huolenpidon sekä palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi on tarkoituksenmukaista, että kustannusrasitusta ei kohdenneta yksin kunnille, vaan osa vanhustenhuollon lisävoimavaroista kanavoitaisiin valtion talouden kautta. Koska kansaneläkelaitoksen eläkemenoihin osallistuvat työnantajat ja valtio, ei ole tarkoituksenmukaista, että uudistuksesta aiheutuvat lisäkustannukset tulisivat työnantajien rahoitettaviksi, vaan ne jäisivät valtion takuuosuuteen kansaneläkelain 59 §:n mukaisesti.

Työryhmä korostaa, että tarkoituksenmukaisilla, oikein ajoitetuilla ennalta ehkäisevillä ja toimintakyvyn säilymistä tukevilla toimenpiteillä, hyvällä hoidolla ja toimivalla hoidon porrastuksella voidaan lykätä toimintakyvyn heikkenemistä ja estää ennenaikaista laitoshoitoon joutumista. Ennalta ehkäisevillä toimenpiteillä voidaan vähentää vanhusväestön ikääntymisestä ja toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvia kansaneläkejärjestelmän ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeettomia lisäkustannuksia.

Kansaneläkkeiden maksaminen vähentämättömänä ja eläkkeensaajien hoitotuen maksaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleville henkilöille lisäisi valtion kustannuksia yhteensä 588 miljoonaa markkaa vuodessa (98,9 miljoonaa euroa). Koska kunnat vastaavat vanhusten palvelurakenteen ylläpidosta on tarkoituksenmukaista, ettei uudistuksen kustannusrasitusta kohdenneta yksin kunnille, vaan osa vanhustenhuollon lisävoimavaroista voitaisiin kanavoida valtion talouden kautta. Sen vuoksi työryhmä katsoo, että ehdotukset tulisi rahoittaa siten, että rahoitusvastuu jakautuisi puoliksi valtion ja kuntien kesken.

LIITTEET

LIITE 1

Avohoidon ja laitoshoidon merkitystä selvittävän työryhmän selvitykset

LIITE 1. Palvelun käyttäjiltä perittävät asiakasmaksut ja korvaukset

PALVELUN KÄYTTÄJILTÄ PERITTÄVÄT ASIAKASMAKSUT						
ETUUDEN NIMI	LAITOSHOITO			AVOHUOLTO		
	Maksettavan etuuden määrä	Asiakasmaksun määräytymisen perustana olevat tulot		Maksettavan etuuden määrä	Asiakasmaksun määräytyminen	
		Pysyvä laitoshoido 1), 2)	Lyhytaikainen Laitushoito		Kotona annettava palvelu	
					Jatkuva 1)	Lyhytaikainen
Kansaneläke	Maksetaan alennettuna pysyvässä laitoshoidossa	Otetaan nettotulona huomioon	Maksetaan täysimääräisenä ei vaikutusta asiakasmaksun määrään	Maksetaan täytenä	Otetaan bruttotulona huomioon maksuvyn mukaista maksua määrätessä	Ei vaikutusta asiakasmaksun määrään
Työeläke	Maksetaan täytenä	- ” -	- ” -	- ” -	- ” -	- ” -
Hoitotuet	Maksaminen päättyy 3 kuukauden laitoshoidon jälkeen	Otetaan nettotulona huomioon, paitsi lapsen hoitotuki	- ” -	- ” -	- ” -	- ” -
Asumistuet	Eläkkeensaajan asumistuki päättyy 9 kuukauden laitoshoidon jälkeen; Yleinen asumistuki päättyy yksinäisellä käytännössä 3 kuukauden, muilla n. vuoden laitoshoidon jälkeen.	Ei oteta huomioon	- ” -	- ” -	Ei oteta huomioon	- ” -

SVL – etuudet	Ei makseta laitoshoidossa, lukuun ottamatta päivärahoja	Päivärahat otetaan nettotulona huomioon	Päivärahat eivät vaikuta asiakasmaksun määrään	– ” –	Päivärahat otetaan bruttotulona huomioon	– ” –
Lapsilisä, rintamalisä, ylimääräinen rintamalisä, opintotuki, aikuisopintoraha, perhehoidon kustannusten korvaukset	Maksetaan laitoshoidossa	Otetaan tulona huomioon, lukuun ottamatta rintamalisää	Maksetaan täysimääräisenä ei vaikutusta asiakasmaksun määrään	– ” –	Ei oteta tulona huomioon, lukuun ottamatta rintamalisää	– ” –

- 1) Asiakasmaksun määrä voi olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen
- 2) Asiakkaan omaan käyttöön jää vähintään 20 % nettotuloista, tai vähintään 450 markkaa/kuukaudessa

LIITE 2. Palvelun käyttäjän mahdollisuus valita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita

2.10.

Asiakas	Asiakas haluaa asua kotona.	Asiakas haluaa asua kotona, mutta tarvitsee palveluja kotiin. Hänellä ei ole kuitenkaan tarpeeksi rahaa yksityisiin palveluihin.	Asiakas haluaa asua kotona, mutta tarvitsee paljon palveluja kotiin. Hänellä on rahaa yksityisiin palveluihin ***	Asiakas haluaa palvelutaloon, koska pelkää yksin asumista, tms. syy.	Asiakas ei todennäköisesti selviä kotona.	Asiakas ei selviä kotona: Asiakas suostuu asumispalveluihin/laitokseen	Asiakas ei selviä kotona: Asiakas ei suostu siirtymään asumispalveluihin/laitokseen	Asiakas haluaa laitokseen.
Kunta	Järjestää palvelut – maksukyvyn mukaisin maksuin	Ei järjestä palveluita – paikkakunnalla saatavilla yksityisiä palveluita. Kunnan palveluista peritään asiakasmaksulainsäädännön mukaiset maksut; jatkuvasta palvelun käytöstä peritään tulosidonnainen maksu.	Ei järjestä palveluita – paikkakunnalla saatavilla yksityisiä palveluita	Järjestää palveluasumisen	Kunta ohjaa asiakkaan asumispalveluihin ja intervehiohoitoon laitokseen	Kunta järjestää laitospalvelun – kunta osoittaa tarvittavat palvelut	Kunta varaa mahdollisuuden laitosasumiseen	Kunnalla ei ole "varalla" laitospaikkoja
Kunnan voimavarat *	Riittävät	Kunnalla ei voimavaroja – priorisointi – kunnan oikeus/mahdollisuus arvioida palvelutarvetta **)	Kunnalla ei voimavaroja priorisointi – kunnan oikeus/mahdollisuus arvioida palvelutarvetta	Riittävät	Riittävät	Riittävät	Riittävät	Riittävät todellisen tarpeen tyydyttämiseen
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista: Pääsy hoitoon ja oikeus hyvään terveyden ja sairaanhoitoon	Hoidon tarve täyttyy	Hoidon tarve on selvitetty	Hoidon tarve on selvitetty	ei koske sosiaalitoimen palveluita	Täyttyy, jos asiakas suostuu siirtymään kunnan osoittamiin palveluihin	Asiakkaan toive täyttyy	Henkilökohtaiseen koskemattomuuteen voidaan puuttua: 1. Mielenterveyslain 9 § 2. Tartuntatautilain 17 - 18 § 3. Päihdehuoltolain 10 § 4. Tämän lisäksi kunnan viranomaisten tulee ryhtyä toimenpiteisiin holhouslainsäädännön nojalla.	KTL 17 §, Eshl 33 §; hoidosta sairaansijalla päättää hoitava lääkäri; kysymyksessä hoitotratkaisu, potilas ei voi vaatia hoitoa laitoksessa
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista: Oikeus saada tietoja palveluvaihtoehdoista ja oikeus hyvään kohteluun	Saa tiedon palveluvaihtoehdoista ja mahdollisuudesta jäädä kotiin	Oikeus saada tietoja palveluvaihtoehdoista	Oikeus saada tietoja palveluvaihtoehdoista	Oikeus saada tietoja palveluvaihtoehdoista	Täyttyy, jos asiakas suostuu	Oikeus saada tietoja palveluvaihtoehdoista	Oikeus hyvään kohteluun	Sosiaalitoimessa ei säännöksiä laissa; kunta voi ratkaista laitos-sijoituksesta

Asiakkaan palvelutarpeen täytyminen	Täyttyy	Ei täyty	Ei täyty	Täyttyy	Ei täyty, jos asiakas ei voi jäädä kotiin, koska palveluita (valvontaa) ei voida antaa riittävästi, vaan joudutaan harkitsemaan pakkotoimia	Täyttyy	Ei täyty, jos asiakas joudutaan pakottamaan sellaiseen asumis- ja palvelumuotoon, jota hän ei pidä hyvänä	Asiakkaan palvelutarve ei täyty
Kunnan velvollisuus yhdenvertaiseen kohteluun	Täyttyy, jos kaikki samassa asemassa olevat saavat palvelun	Täyttyy, jos kaikki samassa asemassa olevat saavat saman kohtelun.	Täyttyy, jos kaikki asiakkaat ovat samassa asemassa palveluiden tarpeen suhteen ja saavat saman kohtelun. Asiakkaan varakkuus ei määrää sitä, mihin palveluihin asiakas ohjataan.	Täyttyy, jos myös asumispalvelujen tarpeessa olevat asiakkaat pääsevät asumispalveluiden piiriin.	Kunta ei voi jättää ”heitteille”; tilannetta arvioitava yksilöä koskevien oikeuksien ja velvollisuuksien ja suojelutarpeen perusteella: - holhouslaki - mielenterveyslaki - tartuntatautilaki	Täyttyy	Täyttyy, jos kunta vain laillisin keinoin puuttuu asiakkaan asumis- ja palvelumuodon järjestelyihin	Täyttyy, jos noudatetaan em. lakisäännöksiä ja yhdenvertaisesti tehtyjä muita päätöksiä
Valtion mahdollisuus puuttua kunnan toimintaan	Ei tarvetta puuttua	Arviointi STVOL:n nojalla 1. Onko kunnan palvelutuotanto riittävä 35 §: perusturvalautakunnan puuttuminen kunnan toimintaan asiassa. 2. Valtionosuuden menettämisen uhka 42 §, uhkasakko Riittävien voimavarojen osoittaminen toimintaan 3 §.	Arviointi STVOL:n nojalla 3. Onko kunnan palvelutuotanto riittävä 35 §: perusturvalautakunnan puuttuminen kunnan toimintaan asiassa. 4. Valtionosuuden menettämisen uhka 42 §, uhkasakko Riittävien voimavarojen osoittaminen toimintaan 3 §.	Ei tarvetta puuttua	Ei tarvetta puuttua	Ei tarvetta puuttua	Kunnan viranomaisten tehtävien laiminlyöntiin voidaan puuttua.	Ei tarvetta puuttua

Hoitoon pakottaminen on mahdollista mielenterveyslain ja tartuntatautilain nojalla

Oikeus huolenpitoon: Lastensuojelulaki ja kehitysvammaisten erityishuollosta annettu laki

* kunnalla mahdollisuus harkita palveluiden laajuutta ja määrää

** ei subjektiivista oikeutta, mutta palvelut on annettava yhdenmukaisin perustein; kuntalaisten tasa-arvoisen kohtelun vaatimus

*** sosiaalisen toimintakyvyn menettäminen johtaa usein myös fyysisen toimintakyvyn menettämiseen

Asiaan liittyviä näkökohtia:

1. Asuntovarallisuuden hyödyntäminen

2. Henkilökohtaisen avustajan käyttäminen tietyissä tilanteissa mahdolliseksi; subjektiivinen oikeus harkittavaksi.

LIITE 3. Vuoden 2001 alussa laitoshoidossa olevat

Eläkevähenteinen kansaneläke

Eläkevähenteistä kansaneläkettä maksettiin noin 24 500 henkilölle ja yhteensä 34 miljoonaa mk/kk. Keskimääräinen laitospöytäkirja 31.12.2000 oli 920 mk/kk ja eläkevähenteistä kansaneläkettä maksettiin keskimäärin 1 374 mk/kk.

Vanhuuseläkkeenä maksettiin eläkevähenteistä kansaneläkettä 20 100 henkilölle. Keskimääräinen laitospöytäkirja 31.12.2000 oli 863 mk/kk ja keskimääräinen vanhuuseläke oli 1 371 mk/kk. Vanhuuseläkkeitä jäi maksamatta yhteensä 17 miljoonaa mk/kk ja 208 miljoonaa markkaa vuodessa.

Työkyvyttömyyseläkkeenä maksettiin eläkevähenteistä kansaneläkettä 4 400 henkilölle. Keskimääräinen laitospöytäkirja 31.12.2000 oli 1 179 mk/kk ja keskimääräinen työkyvyttömyyseläke oli 1 390 mk/kk. Työkyvyttömyyseläkkeitä jäi maksamatta yhteensä 5 miljoonaa mk/kk ja 63 miljoonaa markkaa vuodessa.

Laitoshoidon vuoksi eläkevähenteistä kansaneläkettä jäi maksamatta 23 miljoonaa mk/kk ja 271 miljoonaa markkaa vuodessa (vuoden 2001 indeksitasossa). Kansaneläkkeen tasokorotus 1.6.2001 merkitsi, että laitoshoidon vuoksi maksamatta jäisi 271 miljoonan lisäksi vielä 13 miljoonaa eli yhteensä noin 284 miljoonaa

Eläkkeensaajan asumistuet

Laitoshoidon vuoksi 769 vanhuuseläkkeensaajan ja 120 työkyvyttömyyseläkkeensaajan asumistuki on laitoshoidon vuoksi keskeytetty. Keskeytyksiä on yhteensä noin 900 ja keskeytyksien vuoksi eläkkeensaajan asumistukia jäi maksamatta 6 miljoonaa markkaa vuonna 2000.

Eläkkeensaajien hoitotuet

Laitoshoidon vuoksi eläkkeensaajan hoitotuki oli keskeytetty noin 22 700 hoitotuen saajalta. Näistä hoitotukia sai 4 583 henkilöä, korotettua hoitotukea 10 590 henkilöä ja erityishoitotukea 4 756 henkilöä. Lisäksi osa sai suojattua apulisan tai hoitolisan suuruista hoitotukea.

Eläkkeensaajien hoitotukia jäi laitoshoidon vuoksi maksamatta 210 miljoonaa markkaa vuodessa (vuoden 2001 indeksitasossa)

Lapsen hoitotuet

Laitoshoidon vuoksi lapsen hoitotuki oli keskeytetty noin 1 000 lapselta ja hoitotukia jäi maksamatta alle 20 miljoonaa vuodessa (tarkkoja lukuja ei ole saatavissa).

ERIÄVÄ MIELIPIDE

Työryhmän ehdotusta kansaneläkkeen laitoshoidon rajoituksen poistamisesta ja hoitotuen maksamisesta myös pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleville henkilöille voidaan pitää nykyistä tilannetta selkeyttävänä ja tarpeellisenä kehittämissuunnitelmana.

Kustannukset ja rahoitus

Työryhmä arvioi, että kansaneläkkeiden maksaminen vähentämättömänä ja eläkkeen saajien hoitotuen maksaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleville henkilöille lisäisi yhteensä 588 miljoonalla markalla valtion menoja. Arvion perustana on vuoden 2002 kustannustaso ja tuolloin maksuun tulevat kansaneläkkeet.

Pitkäaikaisen laitoshoidon maksun määräytymisperusteesta riippuen kuntien asiakasmaksu- ja verotulojen on arvioitu vastaavasti lisääntyvän 483- 543 miljoonalla markalla.

Tulevina vuosina ehdotetun järjestelyn vaikutusta valtion menoihin ja toisaalta kuntien vero- ja maksutuloihin heikentää työeläkejärjestelmien laajeneminen ja tästä johtuva kansaneläkkeen saajien väheneminen. Kansaneläke sisältyy tällä hetkellä 40 prosenttiin eläkkeistä. Tulevaisuudessa arvioidaan kansaneläkkeen saajia olevan eläkeläisistä enää 15 – 20 prosenttia.

Työryhmä ehdottaa, että ehdotukset tulisi rahoittaa siten, että rahoitusvastuu jakautuisi puoliksi valtion ja kuntien kesken. Tältä osin en voi yhtyä työryhmän enemmistön kantaan, vaan katson, että valtion on vastattava Kansaneläkelaitoksen maksamien sosiaalietuuksien vaatimasta lisärahoituksesta kuntien valtionosuutta tai yhteisöveron tuotto-osuutta leikkaamalla.

Valtio-kunta kustannustenjaon tarkastelua

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuusleikkaukset deflatoituina vuoden 2002 kustannustasoon ovat yhteensä 9 467 miljoonaa markkaa.

Lisäksi valtion vetäytyminen kuntien lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalvelujen investointien rahoituksesta, merkitsee noin 1 miljardin markan suuruista valtionosuusleikkausta ja kustannusten siirtymää kunnille.

Valtio-kunta kustannustenjakoa on muutettu myös kunnan omarahoitusosuutta korottamalla ja valtionosuutta vähentämällä. Pääosa tästä kuntien valtionosuuden vähentämisestä on ohjautunut Kansaneläkelaitoksen maksaman asumistuen rahoitukseen. Kaikkiaan kuntien valtionosuutta vähennetään vuonna 2002 erilaisten valtion vastuiden rahoittamiseksi yhteensä 757 milj.markkaa. Myös Kansaneläkelaitoksen maksamien ensisijaisten etuuksien leikkausten jäljiltä kuntien toimeentulotukimenot ovat edelleen korkeat.

Kun arvioidaan tehtävien ja rahoitusvastuiden järjestämistä kuntien ja valtion välillä, on uusia ratkaisuja valmisteltaessa otettava huomioon tapahtuneet muutokset ja näi-

den vaikutukset kuntien taloudellisiin edellytyksiin vastata perusoikeuksiin kuuluvista palveluista.

Huomioon ottaen tapahtuneet valtionosuuden leikkaukset ja valtionosuuksien siirrot valtion tehtävien rahoittamiseksi, perusteita sellaisiin ratkaisuihin, joilla Kansaneläkelaitoksen etuuksien korotus edes osittain rahoitettaisiin kuntien valtionosuutta tai kuntien muuta tulopohjaa leikkaamalla ei ole, vaikka etuuksien korotus vaikuttaisikin kunnallisten palvelujen asiakasmaksuihin.

Ratkaisu heikentäisi vanhustenhuollon palvelujen järjestämisedellytyksiä niissä kunnissa, jotka ovat muuttaneet palvelurakennettaan avohoitopainotteiseksi, koska valtionosuuden leikkaus kohdistuisi kaikkiin kuntiin ja asiakasmaksujen lisäys tuntuisi ennen muuta laitosvaltaisen palvelurakenteen kunnissa.

Palvelujen kustannuksiin kohdistuu väestön vanhenemisen seurauksena huomattavia paineita. Sen sijaan kansaneläkemenot vähenevät työeläkejärjestelmien laajentuessa. Siten työryhmän arvioima asiakasmaksutulojen kasvu jää tulevana vuosina arvioitua vähäisemmäksi ja ehdotusten nettovaikutus on kunnille arvioitua heikompi.

Valtion tosiasiallinen rahoitusosuus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista on noin viidennes. Perusteita uusiin valtionosuusvähennyksiin ei kansalaisten perusoikeuksiin kuuluvissa sosiaali- ja terveystalouksissa voi olla.

Palvelujen säilyttäminen pääosin verorahoitteisina ja kaikille kansalaisille kuuluvina edellyttää palvelujen rahoituspohjan vahvistamista sekä valtionosuuksin että maksutuloin. Sosiaalisten oikeuksien toteutumisen kannalta ratkaisevaa on myös valtion vastuulla oleva perustoimeentulonturvan sellainen taso, että kansalaisten vanhuuden ja sairauden aikainen toimeentulo on turvattu. Työryhmä on muistiossaan arvioinut asiakasmaksujen vaikutuksia avohoidossa hoidettavien taloudelliseen tilanteeseen, mutta sivuuttanut vanhuuden ja sairauden aikaisen vähimmäisturvan tarkastelun. Siten työryhmän arvio tekijöistä, jotka vaikuttavat hoidettavien taloudellisiin edellytyksiin selviytyä avohoidossa, jää puutteelliseksi.

Helsingissä 18. joulukuuta 2001

Tuula Taskula

ERIÄVÄ MIELIPIDE

Työryhmä on katsonut, että kansaneläkejärjestelmässä olevat säännökset kansaneläkkeen alentamisesta ja eläkkeensaajien hoitotuen keskeyttämisestä laitoshoidon ajaksi ovat vanhentuneet. Työryhmä ehdottaa, että kansaneläke ei alenisi laitoshoidon aikana ja että eläkkeensaajien hoitotuen keskeyttäminen laitoshoidon ajalta kumottaisiin. En voi yhtyä näihin ehdotuksiin.

Ehdotusten toteuttaminen lisäisi kansaneläkejärjestelmän kustannuksia v. 2002 tasossa arviolta 588 milj. markkaa. Kuten työryhmän muistiosta käy ilmi, niin ehdotusten toteuttaminen merkitsisi laitoshoidosta perittävien asiakasmaksujen osuudesta riippuen eläkkeensaajille 40 – 100 milj. markan ja kunnille 483 – 543 milj. markan tulojen lisäystä. Konkreettiset laitoshoitovaikutukset jäävät sen sijaan epäselviksi.

Koska Kansaneläkelaitoksen maksutuotot eivät ilman valtion lisäsuorituksia riitä nykyistenkään etuuksien rahoittamiseen, tulisivat nämä lisäkustannukset voimassa olevin rahoitusperustein valtion maksettavaksi. Etuuksien saantiperusteiden muutosten lähtökohtana tulisi olla kustannusneutraalisuus siten, ettei valtiolle aiheutuisi kustannuksia. Työryhmä puolestaan esittää, että rahoitusvastuu jakautuisi puoliksi valtion ja kuntien kesken. Siitä, miten tämä toteutettaisiin, ei ole kuitenkaan tarkempaa esitystä.

18.12.2001

Pertti Tuhkanen

LÄHTEET:

Hilkamo, Pauliina (toim.). Toimeentuloturva 2001. Lakisääteinen sosiaaliturva ja vapaaehtoiset vakuutukset.

Häkkinen, Hannele. Itävallan ratkaisu pitkäaikaishoidon rahoitukseen: verorahoitteinen hoitoraha. Sosiaaliturva 9/2001.

Häkkinen, Hannele. Vanhusten sosiaaliturva Tanskassa ja Saksassa. Esimerkkeinä Kuopion, Mikkelin ja Vantaan ystävyyskunnat. (1. painos 1999).

Kansaneläkelaitos: Etuusohjeet, osa 2, luku III A, osa 10, eläkkeensaajien hoitotuki.

Lahtinen, Yrjö, Rajala, Tapio, Paunio, Pekka, Liukko, Matti. Suurten kaupunkien RAVA-tutkimus: vanhuksien toimintakyky ja avun tarve (1999)

Raassina, Anne. Itävalta yhtenäisti kirjavaa käytäntöä. Hoitorahalla tukea kotihoidolle. Socius 4/2001.

Raha-automaattiyhdistys. Avustustoiminta 2001.

Raha-automaattiyhdistys. Raha-automaattiavustusten hakuopas.

Rajala, Tapio, Lahtinen, Yrjö, Paunio, Pekka. Suurten kaupunkien 2. RAVA-tutkimus: vanhuksien toimintakyky ja avun tarve (2001)

Vatilo, Matti. Uusi maankäyttö- ja rakennuslaki edellyttää esteettömyyttä, artikkeli julkaisussa: Lähiöuutiset (marraskuu 2000).

Ympäristöministeriö. Valtio tukee asumista 3, korjausavustukset ja perusparannusten korkotuki 2001.