

LÄÄKKEITÄ VAI RUOKAA?

Pitkään sairastaneiden omakohtaisia kokemuksia perusturvan riittävydestä

ANNA KRUUNARI

Tampereen yliopisto

Sosiaalityön tutkimuksen laitos

Sosiaalityön pro gradu –tutkielma

Helmikuu 2009

KRUUNARI, ANNA: Lääkkeitä vai ruokaa – Pitkään sairastaneiden omakohtaisia kokemuksia perusturvan riittävydestä

Pro gradu –tutkielma, 85 s. + 4 liites.
Ohjaaja: Kyösti Raunio
Sosiaalityö
Helmikuu 2008

Tutkielman tavoitteen voi tiivistää kahteen pääkohtaan. Tarkoituksena on saada tietoa siitä, miten pitkään sairastaneet henkilöt, joilla on suuria terveydenhoitomenoja, selviytyvät taloudellisesti. Ovatko he joutuneet sairauden vuoksi taloudellisesti kestävämpään tilanteeseen ja tämän vuoksi tekemään valintoja sairauden hoidon ja perushyödykkeiden, esimerkiksi ruuan välillä? Tätä kautta on tarkoitus selvittää kirjoittajien mielipidettä perusturvan riittävydestä. Tutkielman voi luokitella narratiiviseksi, koska edellä mainitun lisäksi tarkoituksena on etsiä kirjoituksissa esiintyviä erilaisia juonityyppejä. Aineiston koosta johtuen erilaisia tyyppisiä ei voi odottaa löytyvän kovinkaan monia. Tarkoituksena ei kuitenkaan ole rakentaa varsinaista mallitarinaa kirjoitusten pohjalta.

Tutkielman aihepiiri on tällä hetkellä varsin ajankohtainen. Kahden viime vuoden aikana on laitettu liikkeelle perusturvan, lääkehuollon ja terveydenhuollon alueella useita uudistuksia. Vähäisimpiä eivät suinkaan ole perusturvan kokonaisuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain uudistus. Myös lääkkeiden viitehintajärjestelmään ollaan siirtymässä huhtikuusta 2009.

Tutkielman viitekehyksessä käydään läpi lääkkeisiin, perusturvaan ja terveydenhuoltomenoihin liittyviä kulukorvauksia. Sitä kautta rakennetaan taustaa niille asioille, jotka vaikuttavat pienituloisten ja paljon sairastavien henkilöiden käytettävissä olevaan varallisuuteen. Perusturva on keskeisessä asemassa, koska suurin osa kirjoittajista elää yhteiskunnan tarjoaman perusturvan varassa. Heidät voidaan luokitella myös pienituloisuusrajan tuntumassa tai alapuolella eläviksi. Näin ollen tutkielma liittyy läheisesti köyhyyteen ja huono-osaisuuteen. Huono-osaisuuteen liittyvä tutkimus on ja on ollut suurelta osalta köyhien määrän laskemista ja pienituloisuusrajan alle jäävien henkilöiden ja kotitalouksien tilastointia. Yksilöllisiä kokemuksiaan on harvoin tutkittu.

Tutkielman aineisto on kerätty otsikolla "Lääkkeitä vai ruokaa". EAPN-FIN verkoston (European Anti-Poverty Network) sisällä toimiva Terveys ja köyhyys -työryhmä on kerännyt aineiston, ja työryhmä haki tutkielman tekijää aineiston keräämisen jälkeen. Aineiston kautta haluttiin ihmisten omakohtaisia kokemuksia ja kertomuksia siitä, ovatko he joutuneet valitsemaan ruuan ja lääkkeiden tai terveydenhuollon palveluiden välillä. Samalla haluttiin selvittää, ovatko he joutuneet ottamaan velkaa selvittääkseen kaikista kustannuksista. Määräaikaan mennessä saapui 35 kirjoitusta, joista 30 on tutkielmassa mukana.

Tutkielmasta käy ilmi, että kirjoituksen lähettäneistä suurella osalla on vaikeuksia selviytyä sairauden aiheuttamista kustannuksista. Monilla on vaikeuksia saada riittävän ravitsevaa ruokaa ja he kertovat nälkäkokemuksistaan. Kirjoittajat eivät taloudellisista syistä pysty ostamaan kaikkia lääkärin heille määräämiä lääkkeitä, ja he myös joutuvat jättämään muita tarpeellisia lääkärissäkäyntejä sekä hoitoja väliin. Näin ollen perusturvan tasoa voidaan pitää liian alhaisena.

Tarkoituksenmukaista olisi, että ensisijaisten etuuksien ja korvausten taso olisi sellainen, ettei viimesijaiseen etuuteen (toimeentulotukeen) tarvitsisi turvautua kuin satunnaisesti.

Juonityypillisesti lähes kaikki kertomukset voidaan luokitella tragedioiksi, joskin joitakin vivahde-eroja löytyy. Vivahde-erojen analyysissä on käytetty apuna Inka Lindroosin pro gradu -tutkielmassaan muodostamaa nelikenttää, jossa ryhminä ovat itselliset sopeutajat, luovat selviytyjät, hiljaiset köyhät ja taistelijat. Aineisto on aluksi jaoteltu kolmeen ryhmään kirjoittajien iän ja sosiaalisen aseman mukaan: nuoret, perheelliset ja eläkeläiset. Perheellisten ryhmään on luettu myös lapsettomat parit. Eläkeläisten ryhmässään on luokiteltu virallisesti eläkkeellä olevat henkilöt. Perheellisten tarinat eroavat muista ryhmistä siinä, että niissä voi nähdä viitteitä sankaritarinoista, koska vanhemmat haluavat toimia lastensa parhaaksi omien tarpeidensa kustannuksella.

Avainsanat: perusturva, narratiivisuus, toimeentulo, köyhyys, lääkkeet, ruoka

UNIVERSITY OF TAMPERE
Department of Social Work Research

KRUUNARI, ANNA: Medicine or Food – The Sufficiency of Basic Social Security Based on the Experiences of the Long-Term Ill

Master's Thesis, 85 pages + 4 appendices
Supervisor: Kyösti Raunio
Social work
February 2008

The aim of this thesis can be summarized in two main points. The goal is to get information on how those with long-term illnesses and considerable health care expenses can manage financially: have they fallen into financial difficulties because of their condition and been therefore forced to make choices between treatment and basic necessities such as food? This also enables us to examine the respondents' opinions on the sufficiency of basic social security. It is possible to categorize the study as narrative of character, since the objective of the aforementioned research is to look for different plots to be found in the respondents' accounts. Due to the size of the research material, the number of different plots to be found cannot be expected to be very large. However, it is not the intention to construct an actual model narrative on the basis of the accounts.

The subject matter of the thesis is quite a topical issue at the moment. The last two years have seen several revisions to basic social security, medical treatment and the health care system. Some significant revisions are the overall reformation of basic social security and the patient fees act of social and health care services. A reference price system for medicinal products will also be introduced on April 2009.

The study reviews different reimbursements related to medicine, basic social security and health care expenses. This provides a background for the circumstances that determine how much money low-income groups and ill people can have on hand. Basic social security plays a crucial role here because the majority of the respondents live on basic social security benefits provided by the society. They can also be categorized as those living on the threshold for low income or below it. Thus the study looks into poverty and the situation of the underprivileged. Research on the underprivileged is and has largely been mere counting of poor people and compiling statistics on people and households below the threshold for low income. Personal experiences have rarely been studied.

The research material for this thesis is compiled under the title 'Medicine or Food'. The material was collected by the Health and Poverty team operating within EAPN-FIN (European Anti-Poverty Network), and the team was looking for someone to write a study on the basis of the data. The emphasis was on people's personal experiences and accounts on whether they have been forced to make choices between food and medicine or other health care services. At the same time, the goal was to find out if they have gotten into debt while trying to cope with all their expenses. Thirty-five replies arrived before the deadline, of which thirty are included in this study.

According to the results, the majority of the respondents have trouble coping with the expenses caused by their condition. Many find that they cannot afford satisfying food and their replies

contain experiences on starvation. For financial reasons, the respondents cannot buy all the medicine prescribed by their doctor, and they are not able to attend all the essential treatments and visits to the doctor. Thus it can be said that the level of basic social security is insufficient. It would be appropriate to have the primary benefits and compensations on such a level that there would not be a need to lean on the last resort benefit (social assistance) more than occasionally.

Plot-wise, almost all of the stories can be categorized as tragedies, although there are some subtle differences to be found. The nuance analysis conducted here is based on the master's thesis by Inka Lindroos, in which she models a four-field with the following groups: independent conformers, creative survivors, the quiet poor and strugglers. The material has been divided into three groups according to their age and social status: young persons, those with a family and pensioners. Childless couples have been included to the group of those with a family; the group of pensioners contains those officially retired with a pension. The responses of those with a family differ from other groups in their references to heroic stories, which suggests that parents want to act in the best interests of their children on the expense of their own needs.

Key words: basic social security, narratives, livelihood, poverty, medicine, food

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIELMAN HYVINVOINTIPOLIITTINEN AJANKOHTAISUUS.....	6
2.1 Ajankohtaiset uudistukset.....	6
2.2 Yksilön vastuun korostaminen.....	8
2.3 Terveyserot	9
3 PERUSTURVA	11
3.1 Perusturvan oikeudellinen tausta	11
3.2 Perusturvan eettinen tausta	14
3.3 Riittävä perustoimeentuloturva	16
3.4 Toimeentulotuki ja terveydenhuoltomenot.....	21
4 KANSANELÄKELAITOKSEN MAKSAMAT KULUKORVAUKSET	24
4.1 Lääkekorvaukset ja lääkevaihto	24
4.2 Lääkäripalkkiot ja matkakorvaus	27
4.3 Kansaneläkelaitoksen vammaisetuudet.....	28
5 LÄÄKKEIDEN HINNOITTELU, MYYNTI JA KÄYTTÖ	33
5.1 Lääkkeiden hinnoittelu ja pääsy korvausjärjestelmään	33
5.2 Lääkkeiden myynti ja käyttö.....	35
5.3 Viitehintajärjestelmä	37
6 TERVEYSPALVELUIDEN ASIAKASMAKSUT JA MAKSUKATOT.....	39
6.1 Kunnallisen terveydenhuollon maksukatto	39
6.2 Maksujen ja maksukattojen vaikutus terveyspalveluiden käyttöön ja kotitalouksien toimeentuloon	41
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	46
7.1 Tutkimusaineisto	46
7.2 Narratiivinen tutkimusote	47
7.3 Aineiston analyysi.....	48
8 KIRJOITUSTEN KERTOMAA.....	52
8.1 Perustietoa kirjoituksista	52
8.2 Minun elämäni, unelmani	55
8.3 Lapsille yrittää parasta laittaa	57
8.4 Onpa hyvä, että saan nyt kirjoittaa tästä köyhyydestä	60
8.5 Tyypillinen tarina, onko sitä?	65
9 POHDINTAA	71
LÄHTEET	77
LIITTEET.....	82

KUVIOT

Kuvio 1	Perusturvan taso yksinasuvalla sosiaalisissa riskitilanteissa vuonna 2008.....	19
Kuvio 2	Sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden jakautuminen lääkkeen käyttäjän työmarkkina-aseman mukaan.....	27
Kuvio 3	Uudet vammaistukipäätökset (%) 25-54-vuotiaiden tutkittujen vuoden 2001 verotettavien tulojen mukaan.....	32
Kuvio 4	Lääkkeiden myynti tukkuhinnoin vuonna 2007.....	36
Kuvio 5	Asiakasmaksujen osuudet kotitalouksien maksukyvyistä tuloluokittain ilman maksukattoja ja niiden kanssa vuonna 2001.....	43
Kuvio 6	Nelikenttä juonityyppien vivahde-eroista.....	51

1 JOHDANTO

Tämän tutkielman aineiston on kerännyt EANP-FIN (European Anti-Poverty Network) verkoston sisällä toimiva ”Terveys ja köyhyys” työryhmä. Työryhmä haki yliopiston sähköpostilistan kautta graduntekijää, jotta aineisto ei jäisi unohduksiin. Päätin tarttua tilaisuuteen, koska mielestäni aihe on ajankohtainen ja tärkeä monessa suhteessa. Yhtenä vaikuttimena oli myös aiheen yhteys todelliseen elämään, työkokemukseni kautta olen huomannut, että monille terveydenhuoltokustannukset ovat suuri ja vaikeasti katettava menoerä.

Kirjoituspyyntö ”Lääkkeitä vai ruokaa” (liite 1) julkaistiin jäsenjärjestöjen ja Kirkkohallituksen lehdissä ja internet-sivuilla. Kirjoituspyynnön tarkoituksena oli kerätä tietoa siitä jääkö lääkärin määräämiä lääkkeitä ostamatta taloudellisen tilanteen vuoksi ja miten käytettävissä olevat varat vaikuttavat muiden terveystalouden käyttöön. Tutkielman aineisto on laadullinen ja lähestymistapa aineistoon on narratiivinen.

Tutkielman aihepiiri on ajankohtainen, koska meneillään on useita perusturvaan ja terveydenhuoltoon liittyviä uudistuksia. Laajin meneillään oleva uudistus on sosiaaliturvan kokonaisuudistus. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan tärkeimpänä uudistuksen tavoitteena on työn kannustavuuden parantaminen, köyhyyden vähentäminen ja riittävän perusturvan tason turvaaminen. Työmarkkinoiden toimivuuden parantamiseksi sosiaaliturvauudistuksen yhteydessä arvioidaan verotuksen, perusturvan (mukaan lukien asumistuki) sekä työttömyysturvan uudistaminen. Uudistuksen avulla tukien saajan asemaa on tarkoitus parantaa yksinkertaistamalla ja selkeyttämällä järjestelmää. Uudistus toteutetaan siten, että sosiaaliturvan rahoitus on pitkällä tähtäimellä kestävällä pohjalla. Sosiaaliturvauudistuksen yhteydessä selvitetään myös sosiaalietuuksien verotus ja asiakasmaksut. Uudistuksen tavoitteena on myös kehittää ensisijainen perusturva sellaiselle tasolle, että tarvetta turvautua viimesijaiseen toimeentuloturvaan, toimeentulotukeen, ei syntyisi (STM tiedote, 196/2007). Tiedotteessa todetaan myös, että periaatteena on työn kannustavuus ja työnteon ensisijaisuus.

Syyskuussa 2007 lääkkeiden viitehintajärjestelmää pohtinut työryhmä on julkaissut muistion, jossa tarkastellaan viitehintajärjestelmän toimivuutta lääkekorvausmenojen hillitsijänä sekä selvitetään millainen viitehintajärjestelmä voisi soveltua Suomeen. Viitehintajärjestelmää koskeva lakiesitys

(HE 100/2008 vp) on annettu eduskunnalle ja viitehintajärjestelmä kaavaillaan otettavaksi käyttöön alkuvuonna 2009. Lisäksi huhtikuussa 2008 hallitus teki eduskunnalle esityksen laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain sekä sosiaalihuoltolain 29 b ja 29 d §:n muuttamisesta. (HE 37/2008 vp) Eduskunta hyväksyi esityksen 16. toukokuuta 2008 ensimmäisessä käsittelyssä. Lakiehdotuksen sisältö hyväksyttiin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen mietinnön (StVM 7/2008) mukaisena ja määritettiin 1.8.2008 käyttöön otettavat asiakasmaksujen korotetut enimmäismäärät.

Tutkielman tarpeellisuutta ja ajankohtaisuutta lisää myös se, että tehtyjä tutkimuksia aihepiiristä on varsin vähän. Hallituksen esityksen laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista yleisperusteluissa todetaan, että tutkimustietoa maksujen ja niiden muutosten vaikutuksista palveluja käyttävien henkilöiden käyttäytymiseen tai vaihtoehtoisten palvelujen käyttöön on niukasti. (HE 37/2008, 4.) Myöskään maksujen kohdentumisesta ja vaikutuksista yksittäisten henkilöiden tai tiettyjen ryhmien elämään ei ole tehty tutkimuksia. Tässäkin tutkielmassa kohderyhmä on rajattu, mutta antanee kuitenkin käsityksen tilanteesta, vaikka tulokset eivät olisikaan suoraan yleistettävissä.

Sosiaalityön näkökulmasta aihe on myös ajankohtainen. Riittämätön perustoimeentuloturva aiheuttaa toimeentulo-ongelmia, jotka näkyvät sosiaalityön alueella mm. heikkona asumisentasona, lääkkeiden ostamatta jättämisenä ja kykenemättömyytenä osallistua täysipainoisesti yhteiskunnan toimintaan.

Tutkielmassa käytettävä termi 'pitkään sairastaneet' ei ole tarkasti rajattava ryhmä. Terveyden ja sairauden käsitteet ovat moniulotteisia, joille ei ole yleisesti hyväksytyjä määritelmiä. Paljon käytetty ja myös kritisoitu määritelmä on WHO:n laatima: 'terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä pelkästään taudin tai raihnaisuuden poissaolo.' (Sintonen & Pekurinen 2006, 43). Tutkielmassa ei ole asetettu rajoja tai vaatimuksia sairauden 'laadulle' vaan henkilöt ovat itse kirjoituksessaan määritelleet itsensä nimenomaan pitkään sairastaneiksi. Kaikissa kirjoituksissa sairaus tai huono terveys on kuitenkin aiheuttanut haittaa ja vaikeuttanut henkilöiden osallistumista jokapäiväiseen normaaliin elämään ja yhteiskunnan toimintaan.

Tutkielman tarkoituksena on saada tietoa siitä, ovatko pitkään sairastaneet henkilöt, joilla on suuria terveydenhoitomenoja, joutuneet taloudellisesti kestävämpään tilanteeseen. Myös taloudellisen tilanteen seuraukset eli valinnat sairauden hoidon ja perushyödykkeiden, esimerkiksi ruuan, välillä ovat huomion kohteena. Tutkielmassa pyritään saamaan käsitys siitä miten tutkielman kohteena olevat henkilöt kokevat suomalaisen yhteiskunnan tarjoaman perusturvan ja perustoimeentuloturvan. Lähestymistapa on rakenteisiin keskittyvä. Aluksi rakennetta pohiessani lähdin kehittämään köyhyyden ja syrjäytymisen teemoja, mutta päätin kuitenkin palata rakenteiden tarkasteluun. Tämä oli osittain aineistosta tuleva muutos, koska aineisto oli kerätty otsikolla 'Lääkkeitä vai ruokaa' otin tarkasteluun mukaan enemmän niitä institutionaalisia tekijöitä, mitkä vaikuttavat terveydenhuollon kuluihin. Toinen tekijä tarkastelun näkökulman valinnassa on ollut oma työskentelemisen sosiaalityöntekijänä sosiaalitoimistossa. Siellä on törmännyt rakenteista lähteviin ristiriitatilanteisiin, jotka eri säädökset ja ohjeet luovat. Asiakkaiden kannalta nämä luovat toisinaan varsin kohtuuttomia tilanteita mm. eläkepäästösten ja päivärahapäätösten saaminen voi kestää kohtuuttoman pitkään.

Tutkielmassa käytettävän termin perusturva sisältöä käydään läpi luvussa 3. Yleisesti tässä tutkielmassa perusturva ja perusturvaan liittyviä sosiaalisia oikeuksia tarkastellaan lähinnä rahana maksettavan toimeentuloturvan ja kulukorvauksien kautta. Kulukorvausjärjestelmässä keskitytään eniten lääkekorvauksiin ja muihin yhteiskunnan tarjoamiin sairauden aiheuttamien kulujen korvauksiin. Myös korvausjärjestelmiin suunniteltavat muutokset ovat tutkielmassa esillä. Tutkielman ulkopuolella on jätetty yksityisistä vakuutuksista saatavat korvaukset sekä erityyppisistä vakuutus-kassoista maksettavat korvaukset.

Tutkielma rakentuu seuraavasti. Aluksi käsitellään tutkielman hyvinvointipoliittisia näkökohtia ja ajankohtaisia uudistuksia. Tämän jälkeen keskitytään perusturvan oikeudelliseen taustaan ja eettisiin näkökulmiin. Tässä luvussa käsitellään myös perusturvaan läheisesti liittyvät asiat, kuten riittävä perustoimeentuloturva sekä yhteiskunnan tarjoama viimesijainen toimeentuloturva eli toimeentulotuki ja sen suhde terveydenhuoltomenoihin. Neljännessä luvussa tarkastellaan yhteiskunnan sairaanhoitomenoihin tarkoittamia perustoimeentuloturvaan liittyviä etuuksia ja korvauksia. Tarkastelu painottuu Kansaneläkelaitoksen hallinnoimiin kulukorvauksiin. Tässä kohdassa käsitellään lähemmin lääkekorvausjärjestelmää, siihen suunniteltuja muutoksia sekä lääkkeiden myyntiä ja käyttäjäryhmiä. Kansaneläkelaitoksen maksamista sairausvakuutuskorvauksista lääkekorvaukset ovat suurin menoerä, vuonna 2006 ne olivat 37

prosenttia sairausvakuutusmenoista. Asiakasmaksut sekä kunnallisen terveydenhuollon maksukatto käsitellään luvussa kuusi. Tämän jälkeen tarkastellaan asiakasmaksujen ja maksukattojen vaikutusta palveluiden käyttöön sekä niiden vaikutusta kotitalouksien toimeentuloon. Luvussa seitsemän perehdytään tutkimusaineistoon sekä käytettäviin tutkimusmenetelmiin. Kirjoituspyynnön otsikoinnista (liite 1) johtuen tutkielman viitekehyksen käsittelyssä painottuvat lääkkeet ja niihin liittyvät korvausasiat. Näillä hallinnollisilta näyttävillä teemoilla on kuitenkin suora yhteys niiden henkilöiden elämään, joilla on runsaasti lääke- tai terveydenhuoltomenoja. Päätökset mm. lääkekorvauksissa ja asiakasmaksuissa vaikuttavat suoraan muuhun elämiseen käytettävissä olevaan rahamäärään. Tutkielman viimeisissä luvuissa keskitytään kerätyn laadullisen aineiston analysointiin. Luvussa kahdeksan tarkastellaan aineistoa narratiiviselta kannalta etsimällä kirjoituksista mahdollisesti löytyviä erilaisia tarinatyyppisiä.

Koska suoraan tutkielman aiheeseen liittyvää tuoretta tutkimusta on niukasti, erillistä lukua aikaisemmasta tutkimuksesta ei ole. Kuitenkin on syytä mainita tässä kolme samaan aihepiiriin liittyvää kirjoituskilpailua. Osaltaan kirjoitusten keräämiseen on innoittanut se, että julkisessa keskustelussa on kiistely köyhyyden ja nälän esiintymisestä Suomessa. Tämän kiistelyn taustalla on varmaankin ajatus siitä, että hyvinvointivaltiossa ei voi esiintyä nälkää ja/tai riittävän ravinnon puutetta. Viimeisin näistä on Arkipäivän kokemuksia köyhyydestä -kirjoituskilpailu syksyllä 2006. Kirjoituksia tuli 850 kappaletta. Näistä kirjoituksista VTM Reetta Ruokonen (2007) on tehnyt pro gradu tutkielman Helsingin yliopistossa "Perheiden kokemuksia köyhyydestä: Nälkää, häpeää ja selviytymistä". Tutkielma käsittelee köyhyyttä ja sen sosiaalipsykologisia ulottuvuuksia. Tarkastelun kohteena on köyhäksi itsensä kokevien oma kokemus köyhyydestä ja se, mitä moraalisia emootiota ja selviytymiskeinoja köyhyyteen liittyy (mt. 4.). Samaan aineistoon perustuvan pro gradu tutkielman ovat tehneet myös Inka Lindroos (2008) Yksinasuvien köyhien selviytyminen – merkityksellisyyttä ja tulevaisuudenodotuksia ja Pekka Taipale (2008) Kuvia miehen köyhyydestä – miesten tarinoita pula-ajan ja nykypäivän köyhyydestä. Kirjoituksista on myös koottu kirja, Arkipäivän kokemuksia köyhyydestä, jonka ovat toimittaneet Anna-Maria Isola, Meri Larivaara ja Juha Mikkonen. Vuonna 1993 kerätystä 200 kirjoituksen aineistosta on koottu kirja Kirjeitä nälästä (toim. Hänninen & Karjalainen, 1994). Samana vuonna Suomen kirjallisuuden seuran keräämä aineisto Työttömän tarina sisältää 1120 kirjoitusta. Kaikki nämä aineistot käsittelevät köyhyyttä ja toimeentulon ongelmia. Aineiston puutteella tutkimuksen vähyyttä ei voi ainakaan selittää.

Tämän tutkielman tavoitteena on osaltaan saada näkyväksi tutkittavana olevan ryhmän kokemuksia sairastamiseen liittyvän perusturvan riittävydestä ja toimivuudesta. Köyhyyteen ja huono-osaisuuteen liittyvä tutkimus on suurelta osalta ollut köyhien määrän laskemista ja pienituloisuusrajan alle jäävien henkilöiden ja kotitalouksien tilastointia. Heidän omia kokemuksiaan on harvoin tutkittu. Tämän vuoksi pitkällisen miettimisen jälkeen päädyin nykyisenlaiseen otsikkoon. Halusin tuoda tai ainakin yrittää tuoda tutkittavien omia kokemuksia esiin. Perusturva käsitteen otin otsikkoon mukaan, koska suurin osa tutkittavista elää perusturvan; kansaneläkkeen, kuntoutus- tai työmarkkinatuen tai toimeentulotuen tai näiden yhdistelmien varassa.

2 TUTKIELMAN HYVINVOINTIPOLIITTINEN AJANKOHTAISUUS

2.1 Ajankohtaiset uudistukset

Taustan yhteiskunnalliselle pohdinnalle antaa viimeisin hallitusohjelma ja kesällä 2007 alulle laitettu sosiaaliturvan kokonaisuudistus. Matti Vanhasen II hallituksen ohjelman (19.4.2007) hyvinvointipoliittisessa osiossa kirjoitetaan, että hallitus käynnistää sosiaaliturvauudistuksen, joka toteutetaan vaiheittain ja ensimmäiset esitykset tuodaan eduskuntaan viimeistään syysistuntokaudella 2008. Sosiaaliturvauudistuksen tavoitteena on työn kannustavuuden parantaminen, köyhyyden vähentäminen sekä riittävän perusturvan tason turvaaminen kaikissa elämäntilanteissa. (Mt. 51.)

Hallitusohjelmaan on kirjattu myös erillinen terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Tämä on tutkielman kannalta kiinnostavaa, koska siinä on kiinnitetty huomiota terveyseroihin väestöryhmien välillä. Päähuomio on kuitenkin kiinnitetty siihen, miten työelämässä mukana olevat jaksaisivat töissä pidempään.

Sosiaaliturvan kokonaisuudistus on jo tarpeen, koska sosiaaliturvaa on kehitetty aikojen saatossa kunkin ajankohdan politiikan ja näkemysten mukaan. Tämän seurauksena järjestelmä on hajanainen ja vaikeaselkoinen. Hyvinvointivaltion kasvukautena voidaan pitää 1980-lukua, jolloin hyvinvointiyhteiskunnasta puhuttiin positiivisin sanakääntein. Seuraavan vuosikymmenen taloudellinen lama ja sen seurauksena tulleet säästövaatimukset antoivat hyvinvointiyhteiskunnalle negatiivisen leiman lähinnä sen todellisen tai kuvitellun kalleuden vuoksi. Lamavuosien säästötavoitteet aiheuttivat perusturvan varassa elävien henkilöiden ostovoiman laskua, koska säästöjen nimissä eri etuuksien indeksikorotuksia jätettiin tekemät. Nämä vaikutukset ovat näkyneet lamavuosien jälkeenkin. Taloudellisesti vaikeiden aikojen myötä nousi keskusteluun korostetusti ihmisten oma vastuu hyvinvoinnistaan ja toimeentulostaan.

Sosiaaliturvan kokonaisuudistusta pohtiva SATA-komitea on julkaissut saamansa aikataulun tehtävistään. Komitean tehtäväksianto perustuu Vanhasen II hallituksen ohjelmaan. Ensimmäisten esitysten tulisi olla eduskunnalla syksyllä 2008 ja peruslinjaukset sosiaaliturvan kokonaisuudistuksesta tulisi suunnitelman mukaan tehdä vuoden 2008 loppuun mennessä. Täsmennykset kokonaisuudistukseen ja linjaukset työllisyys- ja talousvaikutuksista tulisi olla

valmiina helmikuun 2009 loppuun. Vuoden 2010 alusta voimaan tulevista muutoksista esitykset tulisi olla valmiina huhtikuun lopussa 2009 ja komitean esitys sosiaaliturvan uudistuksesta valmistuu 2009 loppuun mennessä. (Kohti mahdollisuuksien..., 7.)

Huoli perusturvan järjestämisen kustannuksista näkyy Sosiaali- ja terveysministeriön kertoessa sosiaaliturvauudistuksen taustasta ja tarkoituksesta. (ks. STM tiedote, 196/2007) Näyttää kuitenkin siltä, että eniten huolta kannetaan valtion ja kuntien taloudesta. Esityksen vaikutukset asiakkaiden taloudelliseen tilanteeseen on ohitettu varsin kevyesti toteamalla asiakkaiden maksukyvyyn kehittyneen suotuisasti, eikä yksittäisten maksujen suuruuden arvioida jatkossakaan muodostuvan esteeksi palvelujen käytölle. Joidenkin asiakkaiden osalta maksujen korotukset voivat lisätä terveydenhuoltomenoihin myönnettävän toimeentulotuen määrää. Kuitenkin aikaisemmin esityksen yleisperusteluissa todetaan, että tutkimustietoa maksujen ja niiden muutosten vaikutuksista palveluja käyttävien henkilöiden käyttäytymiseen tai vaihtoehtoisten palvelujen käyttöön on niukasti. Keskimääräinen korotus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen enimmäismäärissä on 1.8.2008 lukien 16,6 prosenttia (HE 37/2008, 4, 17–18.). Asiakasmaksujen korotuksista arvioidaan kunnille kertyvän lisätuloja noin 65 miljoonaa euroa vuositasolla. Tulojen nousu tietenkin vaikuttaa jatkossa kuntien saamiin valtionosuuksiin. Terveydenhuollon maksujen osuus kokonaissummasta on runsaat 61 miljoonaa euroa. Maksukertymän kasvun jälkeen asiakasmaksujen osuus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista nousisi 7,4 prosentista arviolta 7,8 prosenttiin. (Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö StVM 7/2008)

Syyskuussa 2007 lääkkeiden viitehintajärjestelmää pohtinut työryhmä on julkaissut muistion, jossa tarkastellaan viitehintajärjestelmän toimivuutta lääkekorvausmenojen hillitsijänä sekä selvitetään millainen, viitehintajärjestelmä voisi soveltua Suomeen. Viitehintajärjestelmää kaavavillaan syyskuussa 2008 annetun lakiesityksen mukaan otettavaksi käyttöön alkuvuonna 2009.

Voidaan olettaa, että viitehintajärjestelmä ja asiakasmaksujen korotukset vaikuttavat tutkielman kohderyhmän toimeentuloa heikentävästi, mikäli näitä korotuksia ei oteta huomioon sosiaaliturvan kokonaisuudistuksessa perustoimeentuloturva pohdittaessa.

2.2 Yksilön vastuun korostaminen

Matti Vanhasen II hallitusohjelman otsikoiden, Vastuullinen, välittävä ja kannustava Suomi, Kannustaen ja välittäen 2010-luvulle, Kannustava ja oikeuden mukainen sosiaaliturva, voidaan tulkita ottavan kantaa yhteiskunnan vastuuseen vähempiosaisista ja sosiaalisen tasa-arvon pyrkimykseen. Ohjelmissa ei kuitenkaan ole unohdettu painottaa työnteon ja yrittämisen tärkeyttä sekä ihmisten omaa vastuuta. Ditch (1999, 60) kirjoittaa kahdesta perusturvan ja sosiaalisen integraation politiikasta, positiivisesta ja negatiivisesta. Positiiviseen lähestymistapaan kuuluvat rohkaisevat ja yksilön kehitystä edesauttavat toimet. Keskustelussa käytettyjä termejä ovat tällöin solidaarisuus, sosiaalinen koheesio ja aktivointi. Negatiiviselle lähestymistavalle läheisiä termejä ovat yksilön ja perheen oma vastuu sekä palkkatyön kannustavuusnäkökohtien painottaminen. Kummallekin lähestymistavalle on huoli vähimmäisturvan ja sosiaalisen yhtenäisyyden säilyttämisen aiheuttamista kustannuksista. Huoli liittyy järjestelmien legitimeettiin. Tarveharkintaisen vähimmäisturvan kustannuksia halutaan säädellä tasolle, joka ei vaaranna yhteiskunnallista konsensusta.

Työllistymiseen liitetään aktivointipolitiikan lisäksi voimakkaasti ajatusta jokaisen omasta vastuusta ja aktiivisuudesta. Taustalta löytyy sosiaaliriippuvuusdiskurssi, samoin huoli sosiaalipolitiikan kustannuksista, työllisyydestä sekä työttömien ammatillisesta ja moraalisesta työvalmiuksista (Julkunen 2007, 206). Kirsi Juhila (2008, 49) kirjoittaa kirjassaan yksityisen vastuun diskurssista, joka perustuu uusliberalistiseen yhteiskuntaideologiaan. Taustalla on ajatus, jossa yhteiskuntaa jäsennetään kilpailukyvyyn ja kansalaisten kannustamisen kautta. Diskurssin ihannekansalainen on aktiivinen ja vastuullinen (mt. 49).

Terveyspolitiikassa oman vastuun ja yhteiskunnan vastuun rajat tulevat esiin vielä voimakkaammin. Terveysturvallisuuden kustannuksia kasvua tarkasteltaessa rangaistus-palkkio- malli näyttää yksinkertaiselta ratkaisulta. Omilla vastuuttomilla elämäntavoillaan sairauksia aiheuttavat voitaisiin jättää julkisen terveydenhuollon ulkopuolella ja ne jotka huolehtivat kunnostaan ja terveydestään saavat bonuksia. Ongelman tuottaa kuitenkin se, miten määritellään 'itse aiheutettu' sairaus. Monet terveyden kannalta olennaiset asiat, geneettinen ja sosiaalinen perimä, sikiöaikaiset ja lapsuuden olosuhteet, sosiaalinen ympäristö ja työolot ovat oman vaikuttamisen ulkopuolella. (Julkunen 2007, 185.) Keskustelun omasta vastuusta ja oman terveydestä vaalimisesta nosti esille Esko Aho vuonna 2005. Kirjoituksessa Aho jakaa sairaudet "itse aiheutettuihin" ja "kohtalon sanelemiin" myöntäen,

että luokittelu on hankalaa. Hänen mielestään yhteiskunnan varoilla hoidettavien sairauksien rajat ja hoitojen ehdot pitäisi yhdessä määritellä. Aho katsoo, että terveydenhuollossa pitää uskaltaa tehdä siirtoja, koska jonkinlaiset muutokset ovat hänen mukaansa väistämättömiä. (Promo 2005;3, 4-7)

Omaa vastuuta korostettaessa unohdetaan usein sosiaaliset rakenteet sekä sosioekonomiset erot yhteiskunnassa. Käytettävissä olevat varat voivat rajoittaa esimerkiksi terveellisen ja monipuolisen ravinnon hankintaa. Vaarana on myös runsas välinputoajien joukko, jos sairauksia luokitellaan mustavalkoisesti ”itse aiheutettuihin” ja ”kohtalon sanelempiin”.

2.3 Terveyserot

Vastuukeskustelu on nostanut esille myös keskustelun terveyseroista ikäryhmien, sukupuolten sekä sosioekonomisten luokkien välillä. Terveyseroilla tarkoitetaan suomalaisten sairastavuudessa ja kuolleisuudessa ilmeneviä eroja sosioekonomisten väestöryhmien välillä (Lahelma & Koskinen 2002, 22). Terveyspolitiikan ja hyvinvointivaltiollisen yhteiskuntapolitiikan tavoitteina ovat hyvä terveys, mahdollisimman pienet terveyserot eri väestöryhmien välillä ja tasa-arvoiset terveyspalveluiden käyttömahdollisuudet. Suomalaisten terveydentilan yleiskehitys on viime aikoina ollut myönteistä, koska aineellinen elintaso ja koulutustaso ovat kohonneet. Edelleen kuitenkin sosiaalisella asemalla ja terveydellä on johdonmukainen yhteys. Huonompi sosiaalinen asema merkitsee huonompaa terveyttä. Yhteys näyttää olevan riippumatta siitä, onko sosiaalisen aseman kuvaajana koulutus, ammatti, tulot vai jokin muu tekijä. Yhteys on olemassa myös riippumatta siitä mitataanko terveydentilaa koetulla terveydellä, pitkäaikaissairastavuudella vai kuolleisuudella. (Karisto & Lahdelma 2005, 50.) Terveyserojen karkeimpana mittana voitaneen pitää kuolleisuuseroja sosiaaliryhmien välillä. Nämä erot ovat Suomessa lähes kaikkiin Länsi-Euroopan maihin nähden poikkeuksellisen suuret. Vaikka elinajanodote on kasvanut kaikissa koulutus- ja sosiaaliryhmissä. Kasvu on ollut nopeampaa ylemmissä koulutusryhmissä kuin enintään perusasteen koulutuksen saaneilla ja toimihenkilöillä nopeampaa kuin muissa sosiaaliryhmissä. 1990-luvulla 35-vuotiaan ylemmän toimihenkilön elinajanodote oli miehillä 6,0 vuotta ja naisilla 3,2 vuotta pitempi kuin työntekijöillä. (Martelin & Koskinen & Lahelma 2005, 271.)

Terveyseroja voidaan pitää eriarvoisuuden lisääntymisenä erityisesti silloin, kun on perusteltua olettaa, että terveyseroja voitaisiin kaventaa. Terveyserojen taustalla voi olla monenlaisia tekijöitä kuten varhaiset elinolot, vallitsevat aineelliset ja psykososiaaliset olosuhteet, elintavat, kuten tupakointi ja alkoholinkäyttö, ravitsemus ja liikunta sekä terveystalveluiden käyttö. Terveyserot voivat syntyä myös vastakkaisen syy-yhteyden tuloksena. Onko mahdollista, että alempiin sosioekonomisiin ryhmiin valikoidutaan huonon terveyden perusteella? Vaikuttaako huono terveys myöhempään ammattiin ja ammattiasemaan heikentäen ansiomahdollisuuksia ja tulotasoa. Erojen kaventamistavoitteen kannalta terveyserojen syiden selvittäminen on tärkeätä. (Lahdelma & Koskinen 2002, 39.)

Terveyserot ovat tutkielman kannalta merkittäviä, koska käytävissä olevien tulojen merkitystä voidaan pitää huomattavana tarkasteltaessa mahdollisuuksia käyttää terveystalveluita. Hyvinvointipoliittinen tasa-arvo edellyttää, että saman terveysongelman kanssa olevien henkilöillä tulisi olla mahdollisuus saada samat terveystalvelut.

Vanhasen II hallituksen ohjelmaan liittyen kansallisten terveyserojen kaventamiseen on ryhdytty erillisen toimintaohjelman voimin. Toimintaohjelman tavoitteena on sosioekonomisten väestöryhmien välisten erojen väheneminen työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Terveyseroja pyritään vähentämään siten, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila lähentyy paremman terveyden saavuttaneiden ryhmien terveyden tasoa. Tavoitteeseen pyritään kolmen päälinjan kautta. Ensimmäisenä kohtana on vaikuttaminen yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen, työoloihin ja asumiseen. Toisena pyritään tukemaan terveellisiä elintapoja yleisesti ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä. Kolmanneksi parannetaan sosiaali- ja terveystalvelujen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä. (Kansallinen terveyserojen kaventamisen.... 2008, 17-18.).

Tutkimuksen kannalta mielenkiintoisin kohta on terveystalveluiden tasa-arvoinen ja tarpeenmukainen saatavuus ja käyttö. Edesauttaako sosiaali- ja terveydenhuoltomaksujen korotus tätä päämäärää?

3 PERUSTURVA

Perusturva voidaan määritellä monella tavalla eikä vakiintunutta määritelmään ole olemassa. Tässä luvussa perehdytään perusturva-käsitteeseen ja siihen miten käsite tässä tutkielmassa ymmärretään.

Laajasti perusturvaan tai paremminkin perusturvallisuuteen liittyy oletus maassa ja maailmassa vallitsevasta rauhasta ja siitä, että muun muassa ympäristönsuojelu on globaalisti kunnossa ja että ainakin äärimmäinen köyhyys on poistettu. Myös yleisten kehittymisten edellytysten tulisi olla voimassa. Tähän liittyy erityisesti se, että mahdollisuus koulutukseen koskee kaikkia. (Arajärvi 2003, 13.)

3.1 Perusturvan oikeudellinen tausta

Tutkielman kannalta perusturvan määrittelyssä tärkeän kokonaisuuden muodostavat perustuslakiin kirjatut taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet eli TSS-oikeudet. Näiden oikeuksien mukaan meillä tulee olla oikeus ja mahdollisuus työhön, lepoon ja virkistykseen. Asunnon ja toimeentulon tulee olla turvattu ja yhteiskunnan tulee tarjota riittävät koulutus-, sosiaali- ja terveyspalvelut. Mitään oikeutta ei kuitenkaan voida pitää absoluuttisena, koska oikeudet saattavat jo keskenään olla ristiriitaisia tai yhden henkilön oikeuksien toteuttaminen rajoittaa toisen oikeutta (Arajärvi 2003, 14.).

Oikeusvaltiolliseksi luonnehdittavan ajattelutavan mukaan perusoikeudet suojelevat kansalaista valtiolta. Hyvinvointivaltiollisen ajattelutavan mukaan perusoikeudet turvaavat sen, että valtio suojelee kansalaista. Tähän ajattelutapaan liittyy se, että sosiaalisten oikeuksien toteutumisen katsotaan edellyttävän aktiivisia toimia ja taloudellisia voimavaroja, kun taas kansalais- ja vapausoikeuksien toteuttaminen olisi vain julkisen vallan pysymistä passiivisena mikä ei edellyttäisi taloudellisia resursseja. (Sakslin 1999, 224.)

Perustuslain 2 luvun 19§ on kirjattu sosiaaliset oikeudet eli oikeus sosiaaliturvaan.

Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon.

Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella.

Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Julkisen vallan tehtävänä on edistää jokaisen oikeutta asuntoon ja tukea asumisen omatoimista järjestämistä.

Laissa mainituista asioista tutkielman keskiössä ovat perustoimeentuloturva sekä sen taso ja terveyteen ja terveyspalveluihin liittyvät korvausjärjestelmät.

Perustuslaki ei turvaa suoraan nykyistä sosiaaliturvajärjestelmää eikä ota kantaa siihen minkälainen sosiaalipoliittinen malli Suomessa tulisi olla. Sosiaaliset perusoikeudet eivät edellytä, että kaikilla henkilöillä olisi oikeus samanlaiseen sosiaaliturvaan saman riskin aikana. Lain tasolla tehty säädös kuitenkin luo kehykset sosiaalipoliittiselle päätöksenteolle ja luo pysyvyyttä. Mikäli sosiaaliturvajärjestelmää tai yksittäistä lakia muutetaan sosiaalipoliittisten näkemysten muuttuessa tai valtionaloudellisista syistä, muutosten tulee tapahtua perustuslain asettamien oikeuksien, velvollisuuksien ja tavoitteiden puitteissa. (Sakslin 1999, 230–231.) Myöhemmin tarkastellaan tarkemmin perusturvan tasoa erilaisissa sosiaalisissa riskitilanteissa.

Perusoikeussäännökset eivät myöskään ota kantaa siihen miten sosiaaliset oikeudet tulee toteuttaa tai kenen tehtäväksi perusoikeuksien toteuttaminen voidaan antaa. Viime kädessä vastuu kuitenkin on julkisella vallalla. Julkisella vallalla tarkoitetaan valtiota, kuntia ja julkisoikeudellisia tahoja kuten Kansaneläkelaitosta. Perusoikeussäännöksissä ei oteta kantaa vastuun jakautumisesta kuntien ja valtion välillä, sosiaalisten oikeuksien toteuttamista koskevan vastuun jakaminen edellyttää aina lainsäädäntöä. Kuntia velvoittaa ilman välittävää lainsäädäntöä ainoastaan perustuslain 19§:n 1 momentin mukainen viimesijainen toimeentuloturva eli toimeentulotuki, jonka turvaamiseen myös kunnilla on velvollisuus suoraan perustuslain nojalla. (Sakslin 1999, 231–232.) Esille on noussut myös käsite perusturvarikos, koska on haluttu kiinnittää huomiota mm. kuntien tarjoamien peruspalveluiden saatavuuteen. Lain mukana kunnilla on velvoite turvata oikeudenmukaiset palvelut ja varata riittävät määrärahat palveluiden toteuttamiseen. Kunnat eivät toimi aina lain mukaan ja laativat alimitoitettuja budjetteja, silti kunnat eivät joudu vastuuseen lainvastaisesta toiminnasta. (ks. Dialogi 2008:2, 40-41.) Myös eduskunnan oikeusasiamies on kiinnittänyt huomiota perusoikeuksien loukkauksiin. Ensisijaisesti huomio on kiinnittynyt oikeudenkäyntien

viipymiseen. Oikeusasiamies toteaa myös, että hallintomenettelyssä päätetään monista ihmisten elämän keskeisistä kysymyksistä mm. välttämättömästä toimeentulosta, perustoimeentuloa turvaavista etuuksista, yksityiselämän ja perhe-elämän suojasta. Kaikissa näissä ja monissa muissa asioissa asian viivytyksetön käsittely on ensisijaisen tärkeitä. Hänen mielestään kansalliset perusoikeusloukkaukset tulisi hyvittää. (Paunio 2006, 11-14.)

Sosiaalisiin perusoikeuksiin kuuluu monia rahana saatavia etuuksia sekä julkisen vallan tarjoamia palveluita, joista osa on maksuttomia. Näiden etuuksien ja palveluiden tuottaminen rahoitetaan pääosin verovaroilla. Verotuksen lisäksi velvollisuus osallistua etuuksien ja palvelujen rahoitukseen on saatettu järjestää erilaisten käyttäjämaksujen avulla. Perusoikeuksien suoja kuitenkin edellyttää, että maksuja tai omavastuuosuuksia ei saa määrätä niin suuriksi, että ne tosiasiallisesti estävät palveluiden käyttämisen. Maksujen arvioinnissa tulee ottaa huomioon se, onko olemassa järjestelyjä, joilla turvataan maksukyvyttömien tai vähävaraisten mahdollisuus saada apua sosiaalisiin perusoikeuksiin liittyvien maksujen suorittamiseksi tai vapautus maksuista tai omavastuuosuuksista. (Sakslin 1999, 237.)

Maksuvapautuksista päättäminen on jokaisen kunnan harkinnan varassa. Tosiasiallisesti vapautusten käyttö lienee vähäistä. Korkeimmassa hallinto-oikeudessa on ratkottu kuntien välisiä riitatilanteita koskien toisesta kunnan sijoittamia asumispalveluasukkaita oikeutta toimeentulotukeen. Nämä tapaukset liittyvät läheisesti maksuvapautuksiin, koska näissä tapauksissa asiakkailta on peritty ko. ajalta asiakasmaksuja. (KHO 11.7.2006 T 1766; KHO 11.7.2006 T 1767) Toimeentulotukilain mukaan vakinainen oleskelukunta on vastuussa tuen myöntämisestä. Mainituissa tapauksissa KHO katsoi, että henkilön vakituinen oleskelukunta on hänen sijoituskuntansa. KHO:n päätöksessä kotikunnalla ja kotikuntamerkinällä ei ole asian ratkaisussa merkitystä. Sijoittajakunta peri asiakasmaksulain tarkoittamia asiakasmaksuja palvelun saajalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 11 §:n mukaan sosiaalihuollon palveluista määrätty maksu ja terveydenhuollon palveluista henkilön maksukyvyn mukaan määrätty maksu on jätettävä perimättä tai sitä on alennettava siltä osin kuin maksun periminen vaarantaa henkilön tai perheen toimeentulon edellytyksiä tai henkilön lakisääteisen elatusvelvollisuuden toteuttamista. Näissä tilanteissa maksun alentaminen tai perimättä jättäminen on ensisijaista toimeentulotukeen nähden. Asiakasmaksulain perustelujen mukaan toimeentulotuen edellytyksiin vaikuttavat muun muassa elinkustannukset, erityiset asumismenot ja sairauden aiheuttamat kustannukset. Molemmista tapauksista sijoittajakunnan olisi tullut arvioida edellytykset

asiaksmaksun alentamiselle tai poistamiselle. Ongelmana on kuitenkin se, että asiakasmaksun alentamisen edellytykset arvioi sijoittajakunta, siis toinen kunta kuin se, joka on velvollinen myöntämään toimeentulotukea. (Räty 2006, 22–23.)

Taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien lisäksi perusturvaan ja perusoikeuksiin liittyy yhdenvertaisuuslaki. Tätä lakia tulee soveltaa julkisessa ja yksityisessä toiminnassa, erityisesti mainitaan sosiaali- ja terveyspalvelut sekä koulutuksen saaminen ja sosiaaliturvaetuuksista tai muista sosiaalisin perustein myönnettävistä tuista, alennuksista ja etuuksista päättäminen. Yhdenvertaisuuslain 6§ kieltää syrjinnän iän, etnisen tai kansallisen alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden, sukupuolisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. (Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21)

3.2 Perusturvan eettinen tausta

Perusturvan eettinen ja laillinenkin tausta nojaa voimakkaasti pohjoismaiseen hyvinvointietokseen, kaikille kuuluvaan hyvinvointiin. (Julkunen 2007, 39) Pohjoismaiseen hyvinvointimalliin sisältyy vahva universalismin ajatus. Jokainen, kuka tahansa ja kaikki ovat universalismin avainsanoja (Julkunen 2006, 43). Universalismi siis perustuu käsitykseen kansalaisuudesta ja kansalaisten oikeuksista, sosiaalisesta kansalaisuudesta. Universalistisen järjestelmän vastakohtassa selektiivisessä järjestelmässä sosiaalipolitiikan kohteena olevat näyttävät tarvitsevilta, huono-osaisilta ja omaan tilansa syyllisiltä – siis toisilta. (Mt.) Universalismin ja hyvinvointivaltion ajatuksiin liittyy läheisesti pyrkimys tasa-arvon lisäämiseen ja huono-osaisuuden vähentämiseen yhteiskunnassa. Tavoitteena on lopputuloksen tasa-arvo, jossa tarkoituksena on turvata heikommassa asemassa olevien hyvinvointi tarjoamalla heille tukea niin palvelujen kuin sosiaaliturvaetuuksienkin muodossa (Papro 2004, 19). Perustuslaista löytyy laillistakin taustaa ajatukselle 6§:n 1 momentin yhdenvertaisuussäännöstä täydentää 2 momentin syrjintäkielto. Syrjintäkieltoa on noudatettava myös sosiaalisten oikeuksien kohdalla lainsäädännössä ja hallintokäytännössä. Myös yhdenvertaisuuslaki painottaa syrjinnän kieltoa ja tasavertaisuutta. Se ei kuitenkaan estä positiivista erityiskohtelua, jolla pyritään tosiasialliseen yhdenvertaisuuteen parantamalla jonkin ryhmän asemaa. Erityisryhmille tarkoitettujen sosiaalisten etuuksien yhtenä

tavoitteena on yleensä juuri lisätä tosiasiallista yhdenvertaisuutta ja saavuttaa lopputuloksen tasa-arvo. Vammaispalvelulaissa (380/87) tämä tavoite on erikseen mainittu. (Tuori 2004, 199.)

Sosiaaliset oikeudet ja riskien varalle vakuuttamista on pidetty hyvinvointivaltiossa perusteltuna. Tätä kautta voidaan vähentää yksilöiden ja perheiden toimeentulon ja sosiaalisen suoriutumisen riippuvuutta markkinamekanismeista ja samalla pyrkiä korjaamaan markkinamekanismien synnyttämiä epäkohtia. Oikeudet myös jakavat sosiaalipolitiikan ja hyvinvointivaltion eettiset ja moraaliset perustelut, jotka liittyvät solidaarisuuteen, sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen ja tasa-arvoon. (Tuori 2004, 179.) Tasa-arvon lähes itsestään selvänä pitäminen selittyy osin myös moraalista hyväksynnästä. Hyvinvointivaltion laajan kannatuksen kautta voidaan olettaa, että useimmiten ihmiset yksinkertaisesti haluavat tehdä jotakin hyvää toisille tai että he ainakin haluavat jonkun muun tekevän näin. (Papro 2004, 20.)

Myös erilaisissa tutkimuksissa ja kyselyissä on tiedusteltu suomalaisten asenteita perusturvaa, sosiaalisia etuuksia ja hyvinvointipalveluja kohtaan. Vastauksissa näkyy julkisten hyvinvointipalveluiden kannatus ja vähempiosaisista huolehtimisen hyväksyntä. Mielipiteissä on kuitenkin havaittavissa eroja sosioekonomisten luokkien mukaan. Yrittäjätaustaiset henkilöt suhtautuvat nihkeimmin verojen korotuksiin hyvinvointipalvelujen turvaamiseksi. Verotus on keskeisessä asemassa perusturvan rahoittamisessa. Forma, Kallio, Pirttilä ja Uusitalo (2007) ovat tutkimuksessaan kysyneet mm. verotuksen tasosta ja sitä pitäisikö verotusta alentaa, jos se samalla merkitsee julkisten palvelujen karsimista. Tutkimukseen osallistuneista 32 prosenttia olisi ollut valmis verotuksen alentamiseen julkisten palveluiden kustannuksella. Eniten kannatusta oli suurituloisten ryhmässä. Vähiten verotuksen alentamista sosiaaliturvan ja -palvelujen kustannuksella kannattavat puolestaan työttömät. Perusturvan, julkisten palveluiden ja tulonsiirtojen suosiosta kertoo myös se, että vastaajista yli puolet hyväksyvät varsin laajasti pienet veronkorotukset, mikäli kerätyillä verorahoilla rahoitetaan sosiaali- ja terveystalv palveluja, koulutusta tai tulonsiirtoja. Verotukseen liittyvät kysymykset ovat herkkiä sille, miten kysymys esitetään. Suuri enemmistö (76 prosenttia) vastaajista oli sitä mieltä, että verotus on liian kireää, mutta kuitenkin veroja alentamalla ei haluta vaarantaa julkisia palveluita. (Mt., 19-22.)

Tässä tutkielmassa perusturvalla tarkoitetaan sellaisia viimesijaisia eli yleisen perusturvan piiriin kuuluvia etuuksia ja yhteiskunnan maksamia kustannusten korvauksia, jotka kuuluvat kaikille

suomalaisille pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin universalistisen ajatuksen mukaisesti. Tarkastelu on rajattu sairauden vuoksi haettaviin etuuksiin ja kustannusten korvauksiin.

3.3 Riittävä perustoimeentuloturva

Toimeentuloturvaan voidaan vielä määritellä sisältävän neljä osa-aluetta, jotka tavalla tai toisella turvaavat toimeentuloa. Toimeentuloturva koostuu riskitilanteissa annettavasta toimeentulosta ja muista rahana maksettavista toimeentuloa ja selviytymistä koskevista etuuksista, kustannusten korvauksista mm. lääkkeiden perus- ja erityiskorvaukset sekä palveluiden vaihtoehtona suoritetuista rahamääräisistä etuuksista mm. omaishoidontuki ja verotuksen kautta annetuista sosiaalipoliittisista tuista (Arajärvi 2002). Rahamääräiset etuudet voidaan vielä jakaa ansioetuuksiin, jotka korvaavat saamatta jäänyttä ansiota ja vähimmäisetuuksiin mm. kansaneläke ja peruspäiväraha.

Rahana suoritettava toimeentuloturva voidaan jakaa kolmeen kategoriaan myös seuraavasti: yleinen perusturva, lisäturva ja erityisturva. Yleinen perusturva on kattavuudeltaan laaja, sitä voidaan pitää eräänlaisena kansanvakuutuksena. Sen tavoitteena on taata jonkinlainen peruskulutus kaikissa tilanteissa. Lisäturvan lohkoon kuuluvat ansioeläkkeet ja ansiosidonnainen työttömyysturva. Erityisturvaan kuuluvat vakuutusperusteiset vahingonkorvaukset. (Särkelä & Eronen 2007, 11.) Tässä keskitytään yleiseen perustoimeentuloturvaan.

Yhteiskunta on vakuuttanut kansalaiset sosiaalisten riskien varalta yleisellä perustoimeentuloturvalla. Sosiaalisille riskeille on yhteistä, että ne vaikeuttavat yksilöiden ja perheiden toimeentulon jatkuvuutta supistamalla tuloja tai lisäämällä menoja. Ne ovat toteutuessaan yleensä odottamattomia ja ennalta arvaamattomia tapahtumia. (Tuori 2004, 8.) Laissa julkisen vallan, valtion ja kuntien edellytetään turvaavan riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Ilmaisuuksien 'riittävät' on ongelmallinen ja monitulkintainen. Riittävä sana on jo itsessään monitulkintainen ja ongelmallisuutta lisää se, että sanalle pitäisi saada jonkinlainen euromäärä. Sanakirjan mukaan riittävä tarkoittaa: kyllin, tarpeeksi oleva, tyydyttävä, hyväksyttävä (Nykysuomen sanakirja 1 1978). Toimeentulon osalta toimeentulotukilain 1§:ssä puhutaan 'ihmisarvoisen elämän kannalta vähintään välttämättömästä toimeentulosta'. Näin moninaisesti ymmärrettävien käsitteiden vuoksi, riittävästä ja välttämättömästä toimeentulontasosta ei tähän mennessä ole löydetty poliittista yhteisymmärrystä.

Riittävän vähimmäistoimeentulon tasosta on keskusteltu pitkään. On väitetty, että nykyisin sosiaaliturvajärjestelmämme ei takaa riittävää turvaa vähimmäisetuuksien osalta niiden varassa eläville, eikä etenkin tuen tarpeen pitkittyessä mahdollista välttämättömiä tai yhteiskunnassa tavanomaisiksi katsottavia kulutusmahdollisuuksia. Toisaalta taas työhön kannustavuuden nimissä sosiaalietuuksien tuoman taloudellisen turvan on väitetty olevan liian korkea, koska sosiaalietuuksien on joissakin tilanteissa osoitettu tuottavan paremman toimeentulon kuin palkkatulo. (Kosunen 1999, 25–26.)

Riittävän ja välttämättömän toimeentulon tasoa voidaan hakea kolmesta eri näkökulmasta lähtien. Voidaan lähteä tarpeista ja tarpeiden tyydyttämisestä. Tällöin taustalla on lähinnä absoluuttisen köyhyyden käsite ja tarpeen tyydyttäminen voidaan mitoitaa hengissä pysymisen tasolta alkaen ylöspäin kohti yhteiskunnallisesti hyväksytyä minimiä tai tavanomaiseksi kutsuttua elämäntapaa. Poliittishallinnollisessa määrittelyssä rajoina käytetyt minimieläke tai toimeentulotuen taso ovat perustuneet tarvelaskelmiin. Yhteiskunnallinen minimi johdetaan tällöin ruokakorilaskelmista. Tämä raja tarjoaa hyvän välineen arvioida sitä, kuinka hyvin hyvinvointivaltio onnistuu takaamaan ihmisille vähimmäistoimeentulon. (Forma, Heikkilä & Keskitalo 1999, 33.)

Vähimmäisturvan tasoa voidaan lähestyä myös suhteelliselta kannalta. Usein on käytetty suhteellista tulometodia eli köyhyysastetta. Köyhyysastetta laskettaessa köyhiksi katsotaan ne henkilöt tai kotitaloudet, joiden tulot, kotitalouksien koko huomioon otettuna, alittavat 50 tai 60 prosenttia väestön mediaanitulosta. Rajan määrittelyä voidaan pitää mielivaltaisena eikä tässä määrittelyssä oteta huomioon tulojen ostovoimaa. (Kangas & Ritakallio 2005, 38–39.)

Kolmas lähestymistapa on konsensusmenetelmä. Konsensusmenetelmän lähtökohtana ovat minimitulo-kysymykset. Kysymykset voidaan esittää asiantuntijoille ja väestölle. Tätä kautta saadaan esille väestön mielipide minimitulosta, jonka yhteiskunnan tulisi heidän mielestään taata. Tätä tulosta voidaan verrata asiantuntijoiden antamiin vastauksiin. Eräs minimitulo-kysymysten pulma on, että pienin mahdollinen toimeentulon takaava tulotaso vaihtelee eri yhteiskuntaryhmien välillä riippuen vastaajan tulotasosta, koulutuksesta, sukupuolesta, perheasemasta ja sosioekonomisesta statuksesta. Esimerkiksi vuoden 2000 suomalaisessa aineistossa tuloköyhiksi luokitellut ilmoittivat pienimmäksi tuloksi, jolla he voisivat tulla toimeen 2700 markkaa ja ei-köyhiksi luokiteltavat 3500 markkaa. (Kangas & Ritakallio 2005, 47.)

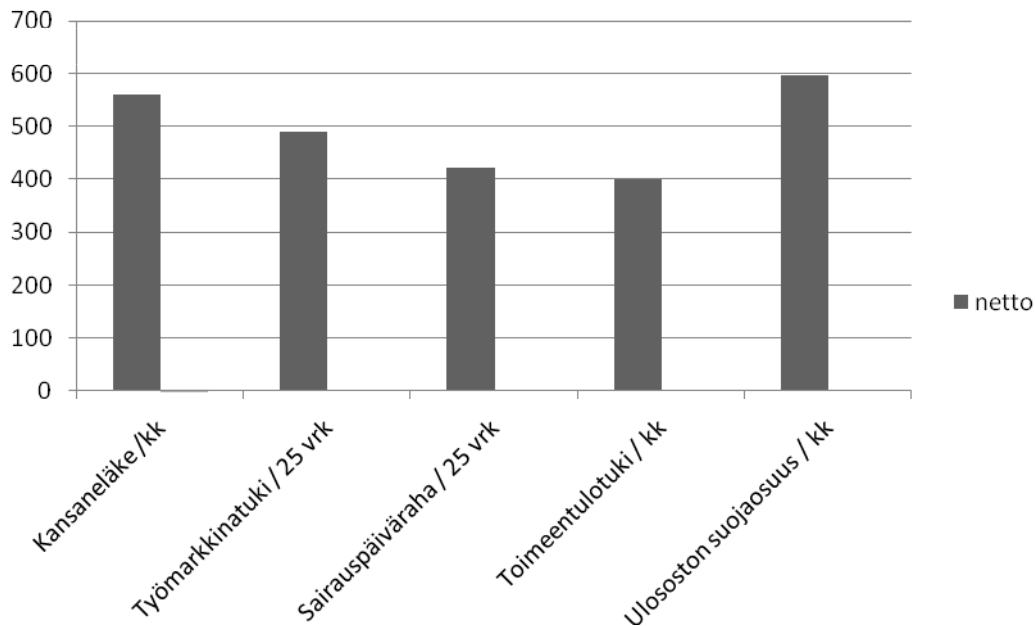
Konsensusmenetelmän tapaan Forma, Heikkilä ja Keskitalo (1999) ovat tutkineet, mitkä välttämättömyshyödykkeet ja palvelut takaavat tietyn elintason niukan, kohtuullisen tai ylellisen. He myös kysyivät mihin hyödykkeisiin ja millaiseen kulutukseen yhteiskunnan tuen varassa elävillä tulisi olla oikeus. Vastauksia analysoidessaan he jakoivat vastaajat seuraaviin neljään ryhmään: elinkeinoelämän, hallinnon ja politiikan edustajiin sekä kansalaisiin. Jäljempänä esitetyt prosenttiluvut ovat ryhmien korkein ja matalin. Lämmin ateria kerran päivässä sai kyselyssä lähes 100 prosenttisen kannatuksen. Suuri enemmistö on myös sitä mieltä, että hammaslääkärikäyntiin tulisi tarvittaessa olla mahdollisuus. Myös yksityislääkärikäynti kerran vuodessa tulisi olla mahdollinen. Kodinkoneiden kohdalla sosiaaliturvan varassa elävillä tulisi tutkimuksen mukaan olla pyykinpesukone sekä pölynimuri. Television kohdalla ei ollut aivan samanlaista yksimielisyyttä vastaajaryhmien välillä. Mielenkiintoista on, että televisiovastaanottimen kannalla oli 58–73 prosenttia ja TV-luvan kannalla 69–90 prosenttia vastaajista. Tutkimus on tehty 90-luvulla, joten kännykkä ei ollut välttämättömien hyödykkeiden kärjessä, mutta kiinteää puhelinta yli puolet pitää tarpeellisena. Tutkimuksen mukaan yhteiskunnan tuen varassa elävillä tulisi myös olla mahdollisuus käyttää julkisia kulkuneuvoja tai ainakin polkupyörää. (Mt. 52–62.)

Mikä sitten katsotaan yleisesti hyväksytyyn elintavan vaatimaksi minimielintasoksi, riippuu pitkälti yhteiskunnan keskimääräisestä elintasosta. Elintason ja hyvinvoinnin noustessa nousee myös käsitys säädylisen elämän ehdoista ja elintasosta, jonka jokaisen yhteiskunnan jäsenen tulisi saavuttaa. Minimielintaso ei seuraa keskimääräistä elintasoja vain moraalisyistä, vaan siihen vaikuttaa paljolti se, mitä ja kuinka paljon tarvitaan yhteiskunnassa toimimiseen. Moni nykyisin välttämättömyshyödykkeeksi katsottu tarvike oli vielä muutama vuosikymmen sitten ylellisyshyödyke. Niinpä suhteellinenkin köyhyys on tietysti mielessä absoluuttista. Taloudellisten resurssien ollessa suhteellisesti liian kaukana keskimääräisestä se aiheuttaa jossakin vaiheessa kyvyttömyyttä toimia yhteiskunnassa täysipainoisesti. (Moisio 2008, 256–257.)

Perusturvan taso on määritelty poliittis-hallinnollisesti erilaiseksi erilaisissa sosiaalisissa riskitilanteissa. Kuvioon 1 on kerätty joitakin esimerkkejä siitä miten nämä eroavat toisistaan yksinasuvan henkilön kohdalla. Vertailua vaikeuttaa etuuskien erilaiset maksatusjaksot. Kelan maksamista etuuksista työmarkkinatuki maksetaan 20 vuorokauden jaksoissa ja sairauspäiväraha 25 vuorokauden jaksoissa. Kuvioon on laskettu molemmista 25 vuorokauden jakson summa. Näistä etuuksista peritään yleisesti veroa 20 prosenttia, kuviossa on esitetty nettosummat. Toimeentulotuki

on verotonta, myös kansaneläke ainoana tulona on yleensä verotonta. Kansaneläke yksinasuvalle on 558,46 euroa, ulosoton suojaosuus 597,00 euroa, työmarkkinatuki verojen jälkeen 25 vuorokaudelle 490,20, sairauspäiväraha 25 vuorokaudelta verojen jälkeen 421,60 euroa ja toimeentulotuen perusosa yksinasuvalle kuukaudessa 399,10 euroa. Huomioitavaa on, että tässä kuviossa ei ole huomioitu asumistukea tulona.

Kuvio 1. Perusturvan taso yksinasuvalle (€/kk) sosiaalisissa riskitilanteissa vuonna 2008



Lähde: etuuskien tasot katsottu oikeusministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön ja Kansaneläkelaitoksen www-sivuilta.

Köyhyysrajaa tai pienituloisuuden rajaa käytetään yleensä mitattaessa puutteellisia resursseja. Suomessa ei ole kansallisesti sovittua virallista köyhyysrajaa. Eurostatin köyhyysraja on 60 prosenttia väestön mediaanitulosta. Tämä 60 prosentin raja tarkoitti vuonna 2004 Suomessa 825 euron tuloa kuukaudessa yksinasuvalle. (Dialogi 1/2007, 35.) Vuonna 2006 suhteellinen 60 prosentin pienituloisuusraja oli 12 464 euroa vuodessa. (Tilastokeskus). Kuukauden tuloksi tulee silloin 1038,66 euroa.

Onko nykyinen perusturvan taso riittävä kohtuulliseen elämiseen? Pohdinnan perustaksi alla on laskelma henkilölle, joka elää pelkällä kansaneläkkeellä, asuu vuokra-asunnossa Tampereella ja saa täten myös asumistukea. Esimerkki on keksitty, mutta varsin mahdollinen tilanne todellisessakin

elämässä. Henkilön kuukauden tuloina ovat kansaneläke 558,46 euroa sekä asumistuki 355,22 euroa. Asumistuki on laskettu Kansaneläkelaitoksen internet-sivujen laskurilla. Asumistuessa perusomavastuu on 45,18 euroa kuukaudessa ja asumistuki on 85 prosenttia huomioon otettavien asumismenojen määrästä. Asumiskustannuksiksi on arvioitu 468,00 euroa kuukaudessa, sisältäen vuokran ja vesimaksun (58m² asunto). Lämmitysmenoiksi Kansaneläkelaitoksen asumistukilaskelmassa on arvioitu 68,50 euroa kuukaudessa. Terveystuokuluja kyseiselle kuukaudelle on tullut seuraavasti: yksi terveyskeskusmaksu 22,00 euroa, lääkekuluja 68,00 euroa ja hammaslääkärilasku 84,00 euroa. Menot yhteensä ilman ravintomenoja ovat 642,00 euroa. Eli henkilölle jää käytettäväksi 189,96 euroa kuukauden muihin menoihin, kuten ravinto, televisio, lehdet, matkat ja mahdolliset harrastukset. Toimeentulotuen perusosa on 399,01 euroa, joten näillä tuloilla ja menoilla henkilöllä on oikeus toimeentulotukeen. Toimeentulotukioikeutta on 209,05 euroa.

Vertailun vuoksi tein laskelman tilanteessa, jossa tulot nousevat suhteellisen pienituloisuuden rajalle. Vuonna 2006 suhteellisen pienituloisuuden raja oli laskennallisesti 1040,00 euroa kuukaudessa. Asumismenojen ja muidenkin menojen pysyessä samoina asumistukea maksetaan 219,93 euroa. Kuukauden muihin menoihin jää käytettäväksi 549,43 euroa eikä oikeutta toimeentulotukeen ole.

Kansaneläkkeen varassa elävän kohdalla perusturvan tasoa ei voi pitää riittävänä. Taso voisi olla juuri ja juuri riittävä mikäli ainoana menoina olisivat asumis- ja ravintomenot. Ikääntyneen väestön kohdalla tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, koska ikä tuo mukanaan sairauksia ja lääkekuluja. Esimerkiksi silmälasien ja hammasproteesin hankinta kansaneläkkeellä näyttää mahdottomalta ilman toimeentulotukea. Näin ensisijaisen perusturvan ja viimesijaisen perusturvan raja on hämärtynyt, mikäli ensisijaisen turvan tavoitteena on mahdollistaa välttämättömään elämiseen tarvittavien hyödykkeiden hankinta. Vähimmäisturvan taso on reilusti alle pienituloisuusrajan, josta myös käytetään köyhyysrajan nimitystä.

3.4 Toimeentulotuki ja terveydenhuoltomenot

Toimeentulotuki on kunnan myöntämä viimesijainen toimeentuloetus, jossa terveydenhuoltomenot ovat hyväksyttäviä menoja tietyin ehdoin. Kuntia velvoittaa ilman välittävää lainsäädäntöä perustuslain 19§:n 1 momentin mukainen viimesijainen toimeentuloturvan takaaminen. Toimeentulotuesta on säädetty tarkempi laki, jossa määritellään tuen saamisen ehdot ja edellytykset (Laki toimeentulotuesta 30.12.1997/1412). Toimeentulotuen perusosa yksinasuvalle on vuonna 2008 399,01 euroa. Perusosa tarkistetaan kansaneläkeindeksistä annetun lain mukaan. Perusosaan sisältyvistä laskennallisista osista on sosiaali- ja terveysministeriön tekemä erittely. Liitteessä 2 on esitetty perusosat eri perheenjäsenille sekä erittely perusosan laskennallisesta jakaantumisesta. Erityylyssä on perusosasta laskettu prosentiosuudet mm. ravintomenoille (49 prosenttia), vaate- ja jalkinemenoille (9 prosenttia) sekä vähäisille terveydenhuoltomenoille (3 prosenttia). Vuoden 2008 perusosasta vähäisiin terveydenhuoltomenoihin on laskettu 11,97 euroa kuukautta kohden. Tällä osuudella tulisi kattaa mm. käsikauppalääkkeet.

Toimeentulotuessa vähäistä suuremmat terveydenhuoltomenot otetaan huomioon perustoimeentulotuessa muina perusmenoina. Näillä terveydenhuoltomenoilla tarkoitetaan muita kuin perusosaan sisältyviä, kalliita tai määrältään suuria terveydenhuoltomenoja, joita ei ole voitu korvata riittävästi muista järjestelmistä, esimerkiksi sairausvakuutuksesta tai vammaistuesta. Toimeentulotuki on tässäkin suhteessa viimesijainen toimeentulonturva. Hyväksyttävälle kustannuksille ei kuitenkaan ole laissa säädetty ylärajaa. Ilman lääkärin määräystä syntyneet terveydenhuoltomenot katsotaan yleensä perusosaan sisältyviksi vähäisiksi terveydenhuoltomenoiksi. Lääkärin määräykseen perustuvat menot, kuten esimerkiksi reseptilääkkeet, otetaan huomioon täysimääräisesti vähäistä suurempina terveydenhuoltomenoina. Pääsääntönä toimeentulotuessa on, että hyväksyttäviä terveydenhuoltomenoja ovat julkisen terveydenhuollon käytöstä aiheutuneet kustannukset ja hoito tai lääke on asiakkaalle tarpeellinen. (ks. esim. KHO 11.8.2006 taltio 1887 ja KHO 11.8.2006, taltio 1889). Toimeentulotukilaissa ei ole rajattu millään tavoin sitä, mistä johtuvaan terveydenhuoltomenuon tukea voidaan myöntää. (Opas toimeentulotukilain ... 2007, 69–72.)

Toimeentulotuen käyttöä ja hakijamääriä on tilastoitu pitkään. Vuoden 2006 toimeentulotukitilaston mukaan toimeentulotuen saajien määrä on edelliseen vuoteen verrattuna laskenut viisi prosenttia. Huomion arvoista on, että ainoana ryhmä toimeentulotuen saajien määrä on noussut ikäryhmässä

60–65 –vuotta. (Stakes, tiedote 5/2008). Tuen käytöstä terveydenhuoltomeneihin ei ole olemassa erillisiä selvityksiä eikä terveydenhoitoon myönnettyä toimeentulotukea tilastoida erikseen. Kuopion yliopiston sosiaalifarmasian laitoksella Niina Kalliola on tehnyt aiheeseen liittyvän opinnäytetyön vuonna 2002; Lääkkeet ja toimeentulotuki – korvaustavat, kustannukset ja toimivuus. Opinnäytetyössä tarkasteltiin lääkkeiden korvaamista toimeentulotuesta ja siihen liittyvää päätöksentekoa sekä lääkekustannuksia. Samalla selvitettiin toimeentulotukijärjestelmän toimivuutta lääkkeiden korvaamisen osalta. Lääkkeiden korvaamisessa on käytössä kaksi erilaista tapaa, maksusitoumus ja kuittia vastaan korvaaminen. Korvauskäytännöissä ei havaittu merkittäviä eroja muutoin kuin ilman reseptiä ostettujen lääkkeiden korvaamisessa. Valtaosa asiakkaista piti maksusitoumusta parempana korvauskäytäntönä ja pääsääntöisesti nykyistä korvaustapaa pidettiin toimivana. (Kalliola & Kivioja 2002, 175–183.)

Toimeentulotukeen liittyy edelleen paljon negatiivisia asenteita, koska se kantaa mukanaan perinteisen köyhäinavun tai huoltoavun leimaa ja epäilyksiä huijauksesta tukea haettaessa (Virjo 2000, 29). Tämän vuoksi kynnys toimeentulotuen hakemiseen voi olla korkea. Tuen hakemista pidetään myös vaikeana eikä riittävän selkeää tietoa tuen määräytymisestä ole saatavissa. Myös tieto tai oletus siitä, että saatava tuen määrä on pieni vähentää halukkuutta hakea toimeentulotukea. (Virjo 2000, Kuivalainen 2007) Vaikka lääkkeiden korvaamisessa maksusitoumusta yleisesti pidetään hyvänä tapana, osa toimeentulotuen hakijoista kokee sen leimaavaksi (Kalliola & Kivioja 2002, 179).

Virjo ja Kuivalainen ovat tutkineet toimeentulotuen käyttöä ja erityisesti sen alikäyttöä. Yleinen käsitys on pitkään ollut, että toimeentulotukea käyttävät lähes kaikki siihen oikeutetut ja myös monet, jotka eivät ole siihen oikeutettuja. Kuivalaisen tutkimuksen (2007) mukaan toimeentulotuen alikäyttö on Suomessa merkittävää vastaajien subjektiivisen arvioin perusteella. Tulosten mukaan viisi prosenttia vastaajista luulee olevansa oikeutettu toimeentulotukeen, mutta haluaa silti tulla toimeen omillaan. Toimeentulotuen alikäyttäjiksi olisi tällä tavoin tarkasteltuna lähes kaksi kertaa niin paljon kuin varsinaisia tuen saajia. (Mt. 50.) Kuivalainen on aineistostaan laskenut myös laskennallisesti toimeentulotukeen oikeutetut. Laskennallista oikeutta tukeen selvitettyä hän on poistanut aineistosta toimeentulotukea saaneet kotitaloudet, tulonsa ilmoittamatta jättäneet taloudet, opiskelijat sekä ryhmän muut – mikä? -statuksen omaavat. Näin laskettuna kaiken kaikkiaan 1,5 prosenttia kotitalouksista määrittyy toimeentulotuen alikäyttäjiksi sekä subjektiivisen arvion että tehdyn laskelman mukaan. Laskelmien mukaan 37 prosentilla niistä, jotka luulivat olevansa

oikeutettuja tukeen mutta halusivat tulla toimeen omillaan, olisi laskennallisesti oikeus toimeentulotukeen. Laskennallisesti tukeen oikeutetuista 71 prosenttia arvioi tehdyssä kyselyssä, ettei heillä ole oikeutta toimeentulotukeen. Tämän voisi katsoa heijastavan toimeentulotuen vaikeaselkoisia säädöksiä, valtaosa tukeen oikeutetuista ei tiedä oikeuksiaan. (Mt. 51.)

Sosiaalietuuksiin ja erityisesti toimeentulotukeen liittyvien negatiivisten aseteiden vuoksi tiedottamiseen ja tiedottamisen asiallisuuteen ja selkeyteen tulisi kiinnittää erityisesti huomiota. Nykyisin tietoa on runsaasti saatavilla kaupunkien ja kuntien www-sivuilla, kuitenkin ns. perinteistä tiedottamista ja neuvontaa ei saisi unohtaa. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (22.9.2000/812) sekä hallintolaki velvoittavat (6.6.2003/434) viranomaisia asiakkaiden neuvotaan ja opastukseen. Asiakaslain 5 §:n selvitysvelvollisuuden perusteella viranomaiselle syntyy kuitenkin sosiaalihuollossa tätä laajempi velvollisuus selvittää asiakkaalle myös sisällöllisiä, palvelun järjestämiseen vaikuttavia seikkoja. Hyvän hallinnon vaatimuksiin kuuluu myös asiakkaan oikeus saada asiansa käsitellyksi viivytyksettä sekä asiakkaan kuuleminen, päätöksentekovelvollisuus ja velvollisuus perustella päätökset. (Sosiaalihuollon asiakkaan..., 18.)

4 KANSANELÄKELAITOKSEN MAKSAMAT KULUKORVAUKSET

Sairausvakuutuslakia sovelletaan Suomessa asuvaan henkilöön, erityistapauksissa Suomessa asuminen ratkaistaan asumiseen perustuvan sosiaaliturvalainsäädännön soveltamisesta annetun lain (1573/1993) mukaan. Vakuutetulla on oikeus korvaukseen tarpeellisista sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista ja lyhytaikaisen työkyvyttömyyden sekä raskauden ja lapsen hoidon aiheuttamasta ansionmenetyksestä ja ne turvataan siten kuin tässä laissa säädetään. (Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224, 1§, 2§.) Kansaneläkelaitos huolehtii sairausvakuutuslain mukaisten etuuksien maksamisesta. Tässä tutkielmassa keskitytään lääkekorvauksiin, matkakorvauksiin, lääkärin palkkioista maksettaviin korvauksiin ja vammaisuuksiin. Myös kuntien hallinnoiman toimeentulotuen kautta on mahdollista saada korvausta terveydenhuollon menoihin, mikäli hakija täyttää toimeentulotukilaissa säädetty edellytykset. Lisäksi on käytössä kunnallinen terveydenhuollon maksukatto.

4.1 Lääkekorvaukset ja lääkevaihto

Sairausvakuutus korvaa lääkärin sairaanhoitona määräämiä reseptilääkkeitä, perusvoiteista ja kliinisistä ravintovalmisteista. Suomen lääkekorvausjärjestelmä koskee kaikkia kansalaisia, joilla on Kela-kortti eikä sen korvaustaso riipu potilaan iästä, varallisuudesta tai asuinpaikasta, vaan järjestelmä kohtelee tässä suhteessa kaikkia yhdenvertaisesti. (Ylitalo 2002, 18.)

Erityiskorvauksen saaminen edellyttää lääketieteellisesti perusteltua oikeutta eli lääkärin kirjoittamaa B-todistusta. Korvausta maksetaan, jos lääkkeiden hintalautakunta on vahvistanut lääkkeelle korvattavuuden ja kohtuullisen tukkuhinnan. Korvauksia maksetaan erilaisissa korvausryhmässä prosenttiosuutena lääkkeen hinnasta. Peruskorvaus on 42 prosenttia lääkkeen hinnasta. Lisäksi on kaksi erityiskorvaus luokkaa. Alempi erityiskorvaus on 72 prosenttia lääkkeen hinnasta ja ylempi erityiskorvaus on 100 prosenttia, missä jokaisesta samalla kertaa ostetusta lääkkeestä asiakas maksaa 3 euron omavastuun. Lisäksi on 0-korvausluokka lääkkeille, joista ei makseta korvauksia.

Valtioneuvoston asetuksella säädetään erityiskorvattavuuteen oikeuttavista sairauksista ja lääkkeistä. (Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224, 6§) Asetusta annettaessa otetaan huomioon sairauden laatu, lääkkeen tarpeellisuus ja taloudellisuus sekä käytössä ja tutkimuksissa osoitettu lääkkeen hoidollinen arvo. (Ylitalo 2002, 18.)

Asiakkaalla on oikeus lisäkorvaukseen, jos saman kalenterivuoden aikana korvatuista lääkkeistä, kliinisistä ravintovalmisteista ja perusvoiteista maksetut omavastuuosuudet ylittävät ns. lääkekaton, joka vuonna 2008 on 643,14 euroa. Omavastuuosuuden täytyttyä asiakas maksaa ostokerralla 1,50 euroa lääkettä kohden.

Apteekeilla on 1.4.2003 alkaen tietyin edellytyksin velvollisuus vaihtaa lääkärin tai hammaslääkärin määräämä lääkevalmiste halvimpaan tai siitä hinnaltaan vähän poikkeavaan vaihtokelpoiseen lääkevalmisteeseen, mikäli lääkäri tai potilas ei ole vaihtoa kieltänyt. Vaihtovelvollisuus on rajoitettu koskemaan sellaisia lääkevalmisteita, jotka Lääkelaitos on sisällyttänyt luetteloon vaihtokelpoisista lääkevalmisteista. Keskenään vaihtokelpoisten lääkevalmisteiden halvimaksi hinnaksi määritellään kunkin vuosineljänneksen ensimmäisen päivän perusteella tuolloin halvimman valmisteen arvonlisäverollinen vähittäismyyntihinta. Halvinta markkinoilla olevaa lääkevalmistetta ei välttämättä ole apteekkien tai edes tukkukauppojen varastossa riittävästi. Lääkkeiden saatavuuden varmistamiseksi lääkelakiin määriteltiin hintarajat, joiden puitteissa olevista valmisteista apteekki voi valita toimitettavan valmisteen. Hintarajoja kutsutaan hintaputkeksi. Läkettä pidetään hinnaltaan vähän poikkeavana, jos hintaero halvempaan alle 40 euroa maksavaan vaihtokelpoiseen valmisteeseen on pienempi kuin 2 euroa, tai 40 euroa tai sitä enemmän maksavaan vaihtokelpoiseen valmisteeseen on pienempi kuin 3 euroa. (Lääkkeiden viitehintajärjestelmää selvittäneen työryhmänmuistio 2007, 27–28.)

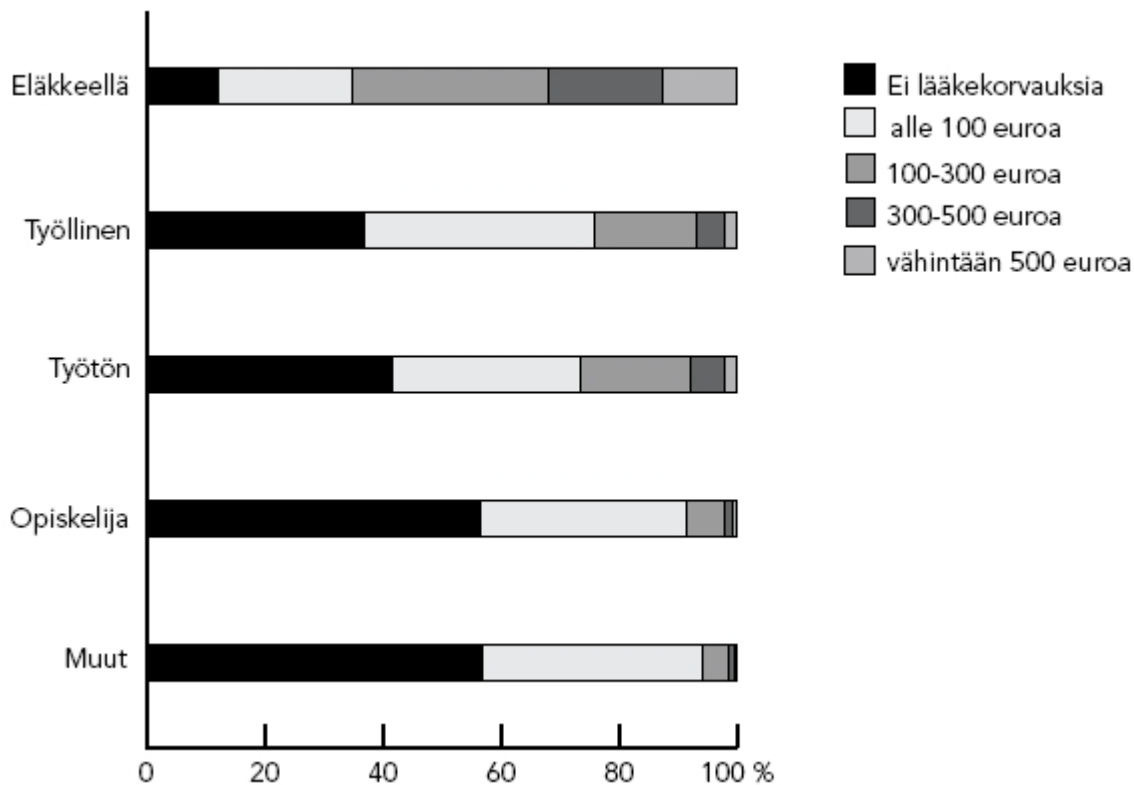
Lääkevaihdon käyttöönotto vuoden 2003 huhtikuussa on hieman hidastanut mm. verenpainelääkkeitä sisältävän alemman erityiskorvausluokan (75 %, nyt 72 %) korvausten kasvua. Ylempi erityiskorvausluokka (100 %) sen sijaan on jatkanut kasvuaan tasaisen varmasti. Vuoden 2006 alkupuoliskolla maksettiin alemmassa erityiskorvausluokassa korvauksia yli 3 % vähemmän kuin edellisvuoden alkupuolella. Ylemmässä erityiskorvausluokassa sen sijaan korvaukset olivat vuoden 2005 vastaavaan ajanjaksoon verrattuna 6,3 % suuremmat. Peruskorvausluokassa (50 %, nyt 42 %) korvaukset kasvoivat 1,6 %.

Lääkevaihdon alkaessa tavoitteena on ollut jonkinlainen lääkekorvausmenojen hillitseminen, koska lääkekorvausmenojen osuus sairausvakuutuskorvauksista on yli kolmannes. Vuonna 2007 lääkkeiden osuus oli 36 prosenttia. Kustannuksista 42 prosentin peruskorvausryhmään kuului 32 prosenttia, erityiskorvausryhmään (72/100 prosenttia) 52 prosenttia. Lisäkorvauksista eli lääkekaton täyttymisestä syntyi 10 prosenttia maksetuista lääkekorvauksista. (Lääkeala numeroina 2007, 10).

Sairausvakuutuksen korvaamista resepteistä 59,7 prosenttia on lääkevaihdon piirissä. Lääkevaihto on tuonut hintakilpailua lääkevaihdoissa mukana olevien lääkkeiden välillä ja tämä hillitsee osaltaan lääkekorvausmenojen kasvua. Lääkkeiden tukkuhinnat laskivat vuonna 2007 Tilastokeskuksen tukkuhintaindeksin mukaan 1,3 prosenttia ja reseptilääkkeiden hinnat puolestaan 1,5 prosenttia. Eniten laskivat korvattavien reseptilääkkeiden tukkuhinnat. Peruskorvattavien lääkkeiden tukkuhinnat putosivat 4 prosenttia, alemman erityiskorvausluokan 2 prosenttia ja ylemmän erityiskorvausluokan tukkuhinnat samoin 2 prosenttia. (Lääkeala numeroina 2008, 7-8.) Lääkekorvausten kasvun hidastumiseen on muitakin syitä. Vuoden 2006 alussa korvausten piiriin kuuluneiden lääkkeiden hyväksytyjä tukkuhintoja alennettiin lakisääteisesti 5 prosenttia. Hintalautakunta on tarkastanut vuosien 2004 ja 2005 lääkevaihdon piiriin kuuluneiden lääkkeiden hintoja ja myös tällöin joidenkin alkuperäisvalmisteiden tukkuhintaa on alennettu. (Klaukka 2006, 3336–3337.)

Lääkekustannusten omavastuiden kohdentumisesta tunnetaan huonosti. Jaana Martikainen, Päivi Paltta ja Sari Kehusmaa Kelan tutkimusosastolta ovat selvittäneet rekisteriaineistojen avulla kustannusten kohdentumista työmarkkina-aseman mukaan vuonna 2005. Työmarkkina-aseman perusteella lääkekustannusten omavastuiden suuruudet heijastelevat kunkin luokan ikärakennetta. Liki 90 prosenttia eläkeläisistä oli saanut lääkekorvauksia, kun työssäkäyvissä ja työttömissä osuus oli 60 prosenttia. Omavastuuosuutta lääkekorvausta saanut eläkeläinen maksoi keskimäärin 266 euroa. (Kuvio 2) Työssäkäyvien omavastuu oli keskimäärin alle puolet tästä. Lääkekustannusten omavastuut vaihtelivat eri tuloluokissa, erot olivat kuitenkin pienempiä kuin tarkasteltaessa omavastuita työmarkkina-aseman mukaan. Korvauksia saaneilla omavastuun keskiarvo oli alhaisin pienituloisimmassa ja korkein toiseksi pienituloisimmassa tulokymmenyksessä. Tämän jälkeen keskimääräinen omavastuu laski, mutta nousi hieman ylimmissä tulokymmenyksissä. Toiseen tulokymmenykseen kuuluvista suurin osa on eläkeläisiä, ja tätä ylempiin luokkiin siirryttäessä eläkeläisten osuus vähenee. (Martikainen, Paltta & Kehusmaa 2008, 12-14.)

Kuvio 2. Sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden omavastuiden jakautuminen lääkkeen käyttäjän työmarkkina-aseman mukaan vuonna 2005



Lähde: Sosiaalivakuutus 1:2008, 14.

4.2 Lääkäripalkkiot ja matkakorvaus

Kela korvaa osan yksityislääkärin ja -hammaslääkärin palkkioista sillä perusteella, että hoito on sairauden vuoksi tarpeellista. Tällä hetkellä korvaus on 60 % vahvistetun taksan mukaisesta määrästä. Vuoden 2008 alusta esimerkiksi enintään 30 minuutin vastaanottokäynnistä yleislääkärillä korvataan 18,50 euroa ja erikoislääkärillä 27,75 euroa. Lääkärintodistuksen kustannuksista voi hakea korvausta, kun lausunto on annettu sairausvakuutusta varten esim. lääkkeiden erityskorvausta tai sairauspäivärahan hakemista varten. Sairaanhoidona korvataan lääkärin suorittama tutkimus mahdollisen sairauden toteamiseksi tai hoidon määrittelemiseksi sekä lääkärin antaman hoito. Korvausta maksetaan myös Sairausvakuutuslain mukaisen etuuden hakemista varten tarvittavan lääkärintodistuksen tai -lausunnon hankkimisesta aiheutuvista kustannuksista (Kelan etuusohjeet; sairaanhoitokorvaukset). Jos apteekki perii lääkärinpalkkion lääkkeiden määräämisestä puhelimitse,

apteekki vähentää palkkiosta sairausvakuutuskorvauksen. Yleisimmin korvattavia lääkärinpalkkioita ovat silmälääkärin palkkiot.

Sairauden ja kuntoutuksen vuoksi tehtyjen matkojen kuluista voi hakea korvausta Kansaneläkelaitokselta. Kokonaan Kela korvaa Valtiokonttorin järjestämään kuntoutukseen osallistuneen rintamaveteraanin matkakulut. Korvauksen piiriin kuuluvia matkoja ovat matkat lääkäriin, lääkärin määräämiin tutkimuksiin tai hoitoon terveyskeskukseen, sairaalaan tai yksityiselle lääkäriasemalle. Erikseen tehtyä lääkkeiden hakumatkaa apteekkiin ei korvata. Matkakuluja Kelan järjestämään kuntoutukseen korvataan myös, tällöin korvaaminen perustuu aina Kelan tekemään kuntoutuspäätökseen. Matkakorvauksissa on vuonna 2008 9,25 euron omavastuu matkaa kohden. Kela maksaa sairaudesta tai Kelan kuntoutuksen vuoksi aiheutuneista matkakuluista korvausta siltä osin kuin ne ylittävät omavastuuosuuden yhteen suuntaan tehdyiltä matkalta. Jos omavastuuosuuksista kertyy kalenterivuoden aikana 157,25 euroa, Kela maksaa omavastuun täyttymisen jälkeen sen ylittävän osan kokonaan. Matkakulujen ja lääkärinpalkkioiden korvauksien haku-aika on kuusi kuukautta. (Kela www-sivu 28.5.2008)

4.3 Kansaneläkelaitoksen vammaisetuudet

Kelan maksamiin lakiin perustuvia vammaisetuuksia ovat alle 16 vuotiaan vammaistuki, 16 vuotta täyttäneen vammaistuki, eläkettä saavan hoitotuki sekä ruokavaliokorvaus keliakiaa sairastavalle (Laki vammaisetuuksista 570/2007). Lain tarkoituksena on tukea vammaisen tai pitkäaikaisesti sairaan henkilön selviytymistä jokapäiväisessä elämässä, osallistumista työhön tai opiskeluun sekä hänen toimintakykynsä ylläpitämistä, kotona asumistaan sekä kuntoutustaan ja hoitoaan. Vammaistuet ja hoitotuki myönnetään toistaiseksi tai määräajaksi. Vammaistuet ja hoitotuki on porrastettu henkilön tuen tarpeen mukaan perustukeen, korotettuun tukeen ja ylimpään tukeen. Ruokavaliokorvaus myönnetään toistaiseksi.

Tässä luvussa keskitytään yli 16-vuotiaille maksettaviin etuuksiin. Tukien tarkoitus on tukea kotona asumista ja siellä tapahtuvaa hoitoa sekä korvata sairaudesta tai vammaisuudesta aiheutuvia erityiskustannuksia. Hoito- ja vammaistukeen eivät vaikuta tuensaajan tai hänen perheensä tulot eikä varallisuus. Tuet ovat verotonta tuloa.

Yli 16 -vuotiaalla henkilöllä on oikeus vammaistukeen, jos hänen toimintakykynsä arvioidaan olevan sairauden, vian tai vamman vuoksi yhtäjaksoisesti heikentynyt vähintään vuoden ajan. Lisäksi edellytetään, että henkilön sairaudesta, viasta tai vammasta aiheutuu haittaa, avuntarvetta tai ohjauksen ja valvonnan tarvetta taikka erityiskustannuksia. Vammaistukea ei voi saada henkilö, jolla on oikeus eläkettä saavan hoitotukeen. (Laki vammaisetuksista 8§) Sokealla, liikuntakyvyttömällä tai varhaiskuurolla on oikeus saada ylin vammaistuki.

Perusvammaistuen edellytyksenä on, että henkilön toimintakyky on alentunut siten, että sairaudesta tai vammasta aiheutuu olennaista haittaa. Lisäksi edellytetään jatkuvia, sairaudesta tai vammasta aiheutuvia erityiskustannuksia vähintään perusvammaistuen verran vuodessa. Korotettu vammaistuki voidaan myöntää kolmella vaihtoehdoisella perusteella: Henkilölle aiheutuu sairaudesta tai vammasta huomattavaa haittaa. Henkilö tarvitsee henkilökohtaisissa toiminnoissaan, kotitaloustöissä ja asioinnissa kodin ulkopuolella säännöllisesti (viikoittain) toistuvaa toisen henkilön apua, ohjausta tai valvontaa. Henkilöllä on sairaudesta aiheutuvia jatkuvia erityiskustannuksia vähintään korotetun vammaistuen verran vuodessa. Korotettu vammaistuki voidaan myöntää myös pelkästään erityiskustannusten perusteella. Erityisvammaistuki myönnetään vaikeavammaisuuden perusteella. Vaikeasti vammaisena pidetään aina sokeaa, liikuntakyvyttöä tai varhaiskuuroa. Erityisvammaistuki voidaan myöntää myös avun, ohjauksen tai valvonnan tarpeen perusteella, jolloin edellytetään päivittäistä, aikaa vievää toisen henkilön apua henkilökohtaisissa toiminnoissa tai huomattavan paljon säännöllistä ohjausta tai valvontaa. Myös erityisvammaistuki voidaan myöntää pelkästään kustannusten perusteella, jos kustannuksia kertyy vähintään erityisvammaistuen verran.

Vammaistuen kohdalla huomio kiinnittyy perusvammaistuen saantiehtoihin. Ehtona on sekä vamman aiheuttama haitta ja kustannukset. Korotetun tai erityisvammaistuen kohdalla kustannusvaatimusta ei enää ole.

Hoitotukeen on oikeus 16 vuotta täyttäneellä eläkettä (tarkemmin 9§:n 1 mom.) saavalla henkilöllä. Lisäksi edellytetään, että henkilön toimintakyvyn voidaan arvioida olevan sairauden, vian tai vamman vuoksi yhtäjaksoisesti heikentynyt vähintään vuoden ajan ja että henkilön sairaudesta, viasta tai vammasta aiheutuu avuntarvetta tai ohjauksen ja valvonnan tarvetta taikka erityiskustannuksia. (Laki vammaisetuksista 9§) Sokealla tai liikuntakyvyttömällä on oikeus vähintään perushoitotukeen.

Alin hoitotuki voidaan myöntää, jos henkilö tarvitsee henkilökohtaisissa toiminnoissa säännöllistä, vähintään viikoittain toistuvaa apua tai hänelle aiheutuu sairaudesta erityiskustannuksia vähintään alimman hoitotuen verran. Korotettu hoitotuki voidaan myöntää, jos henkilö tarvitsee huomattavan paljon useissa henkilökohtaisissa toiminnoissaan jokapäiväistä toisen henkilön apua, ohjausta tai valvontaa. Korotettu hoitotuki voidaan myöntää myös kustannusten perusteella. Erityishoitotuen myöntämiseksi edellytetään toimintakyvyn erittäin huomattavaa alentumista siten, että henkilö on yhtämittaisen hoidon ja valvonnan tarpeessa tai jos hänelle aiheutuu sairaudesta tai vammasta kustannuksia vähintään erityishoitotuen verran vuodessa. Hoitotukioikeutta ja tuen määrää arvioitaessa tulee aina ottaa huomioon henkilön kokonaistilanne. Avuntarvetta arvioitaessa tulee huomioida myös se, että jos tarvittavaa apua ei ole saatavilla ja henkilön on pakko selviytyä apuvälineiden ja oman sinnikkyytensä avulla. (Kelan etuusohjeet; eläkettä saavan hoitotuki)

Toimintakyvyn heikentymisellä tarkoitetaan henkilön jokapäiväisessä elämässään tarvitsemien toimintojen vaikeutumista sairauden, vian tai vamman takia. Henkilökohtaisilla toiminnoilla tarkoitetaan liikkumista, pukeutumista, ruokailua, sairaanhoidollisia toimenpiteitä tai henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisesta sekä muita näihin verrattavia toimintoja. Ohjauksella ja valvonnalla tarkoitetaan henkilön tarvitsemaa opastusta ja silmälläpitoa henkilökohtaisissa toiminnoissa, välttämättömissä kotitaloustöissä ja asioinnissa kodin ulkopuolella tai toisen henkilön jatkuvaa varuillaan oloa. Erityiskustannuksiksi katsotaan toimintakyvyn heikentymisestä aiheutuvia tarpeellisia, ylimääräisiä ja jatkuvia kustannuksia siltä osin kuin henkilö vastaa niistä itse. (Laki vammaisetuksista 5§)

Vammaistuki on hoitotukea korkeampi kaikissa kolmessa portaassa. Perusvammainen tuki vuonna 2008 on 81,83 euroa kuukaudessa, korotettu vammaistuki 190,94 euroa ja ylin vammaistuki 370,24 euroa. Perushoitotuki on 54,80 euroa kuukaudessa, korotettu hoitotuki 136,43 euroa kuukaudessa ja ylin hoitotuki 288,49 euroa kuukaudessa. Molempia tukia haetaan ns. jälkikäteen eli avuntarpeen ja sairaudesta tai vammasta aiheutuvan haitan tulee olla jatkuvaa vähintään vuoden ajalta.

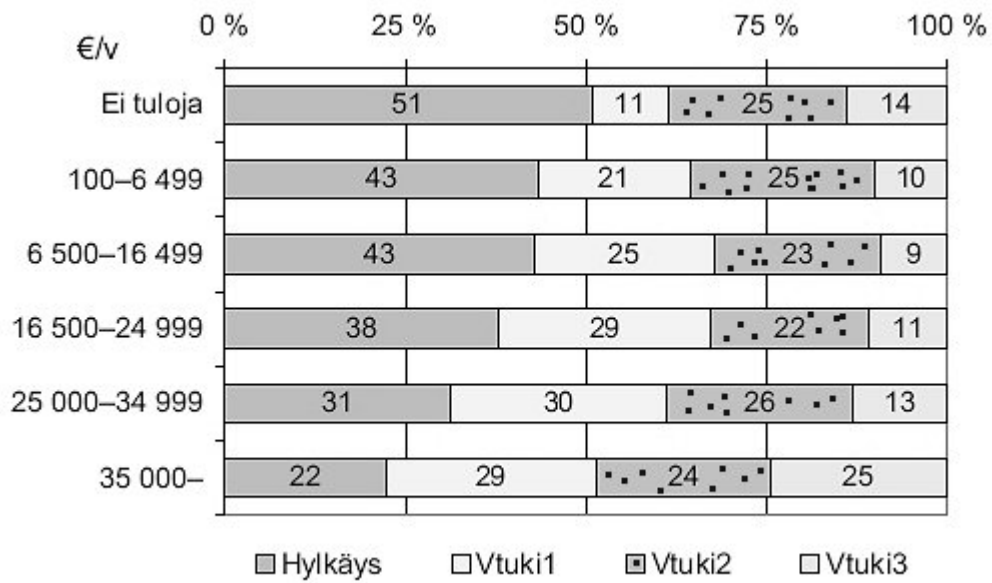
Keliakiaa sairastava 16 vuotta täyttänyt henkilö voi saada ruokavaliokorvausta. Sitä voidaan maksaa, vaikka henkilöllä olisi oikeus eläkettä saavan hoitotukeen tai vammaistukeen. Hakijan oma ilmoitus sairaudesta ja gluteenittomien tuotteiden käyttämisestä ruokavaliossa ei riitä, vaan keliakian tulee olla asianmukaisesti määritelty eli henkilöllä on todettu ohutsuolen koepalassa

tulehdus. Keliakian määrittely ei voi perustua pelkästään vasta-ainetutkimuksiin. Jos kuitenkin vuosia sitten todetun keliakian diagnoosi ei ole perustunut ohutsuolen koepalaan, hakemuksen liitteeksi tarvitaan alan erikoislääkärin, esimerkiksi sisätautilääkärin lausunto. Ihokeliakiassa määrittelyn tulee perustua ihosta otettuun koepalaan. Keliakiakorvaus on suuruudeltaan 21 euroa kuukaudessa ja se on saajalleen verotonta tuloa. Tuen suuruutta ei ole sidottu kansaneläkeindeksiin. (Kela www-sivu 28.5.2008)

Lauri Virta (2006) on selvittänyt vammaistuen kohdentumista kuvailemalla etuutta hakeneita ja saaneita henkilöitä ryhminä ja vertaamalla näitä ryhmiä koko samanikäiseen väestöön. Lähtöolettamuksena oli, että tukea hakeneiden ja saaneiden toimintakyky on heikompi kuin väestön keskimäärin, sillä tutkimuksen kohderyhmänä olivat pitkäaikaissairaat. Vammaistukijärjestelmän voimassaoloajan lähes kaksi viidestä uudesta ja joka viides jatkohakemus on johtanut hylkäävään päätökseen. Hylkäysprosentit ovat Kansaneläkelaitokselle kuuluvien sosiaaliturvaetuuksien suurimpia. Virta tutki ovatko uusien tukipäätösten hylkäysprosenttiin yhteydessä myös hakijoiden sellaiset taustatiedot, jotka eivät ole etuuden suoranaisia ratkaisuperusteita. (Mt. 4.)

Yhteenvedona selvityksen tuloksista Virta mainitsee, että 16–24 -vuotiaissa vammaistuen hakijoissa oli opiskelijoita enemmän kuin samanikäisessä koko väestössä ja nuorimman ikäryhmän koulutustaso oli huonompi kuin koko samanikäisessä väestössä. Yli 25 -vuotiaissa tukea hakeneissa ja saaneissa koulutustaso oli lähes yhtä hyvä kuin koko väestön. Työikäiset vammaistukea hakeneet ja saaneet olivat useammin työttömiä kuin samanikäinen väestö. Tautiluokittain tutkittuna havainnot viittaavat siihen, että tuki- ja liikuntaelintensairaiden, ihosairaiden tai mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä sairastaneiden 25–54-vuotiaiden hakemuksia hylättiin suhteessa enemmän verrattuna hakijoihin, joiden päädiagnoosina oli esim. vierenkiertoelinten tautiluokka. Tautiluokituksen lisäksi tulotasolla näyttää olleen itsenäinen yhteys tuen hylkäyspäätöksen yleisyyteen. Hylkäävän päätöksen saivat useammin 25–54-vuotiaat henkilöt, joiden verotettava tulo vuonna 2001 oli alle 16 500 euroa kuin sitä enemmän ansainneet samanikäiset hakijat (kuvio 3). (Virta 2006, 12–13.)

Kuvio 3 Uudet vammaistukipäätökset (%) 25–54-vuotiaiden tutkittujen vuoden 2001 verotettavien tulojen mukaan (Vtuki1 = vammaistuki, Vtuki2 = korotettu vammaistuki, Vtuki3 = erityisvammaistuki)



Lähde: Virta 2006, 11.

5 LÄÄKKEIDEN HINNOITTELU, MYYNTI JA KÄYTTÖ

5.1. Lääkkeiden hinnoittelu ja pääsy korvausjärjestelmään

Lääkettä markkinoiva yritys voi hinnoitella lääkkeen vapaasti, mutta jos se haluaa lääkkeen korvausjärjestelmän piiriin, sille on haettava korvausperusteeksi hyväksyttävä tukkuhinta Lääkkeiden hintalautakunnalta (Hila), joka on sosiaali- ja terveysministeriön alainen elin, joka arvio haetun hinnan kohtuullisuutta (liite 3).

Hintalautakunta määrittelee tukkuhinnan. Lopullinen vähittäishinta määräytyy valtioneuvoston vahvistaman lääketaksan mukaan (liite 4). Lääketaksa on degressiivinen eli apteekin marginaali on sitä pienempi mitä kalliimmasta lääkkeestä on kyse. Vähittäishintaan lisätään kahdeksan prosentin arvonlisävero sekä apteekin marginaaliin johon sisältyy arvonlisäveron lisäksi apteekkimaksu. Hinta on kuitenkin sama kaikissa apteekeissa. Apteekkimaksu on apteekkien valtiolle tilittämä maksu, joka määräytyy apteekin liikevaihdon mukaan ja se on keskimäärin seitsemän prosenttia. (Tamminen 2006, 60.)

Hintalautakunta siis arvioi lääkevalmisteen korvattavuuden ja tukkuhinnan lääkeyrityksen tekemän hakemuksen pohjalta valmistekohtaisesti. Lääkelaitoksen myöntämällä erityisluvalla käytettäviä lääkkeitä voidaan myös korvata. Korvattavuushakemuksen voi tässä tilanteessa tehdä lääkeyrityksen lisäksi potilas, apteekki tai tukkukauppa. Korvausjärjestelmään pääsystä säädetään tarkemmin sairausvakuutuslaissa. Apteekeissa myytävistä lääkkeistä 66 prosenttia on korvausjärjestelmän piirissä.

Peruskorvattavuutta ja tukkuhintaa koskevassa hakemuksessaan lääkeyritys esittää näyttöä valmisteen käyttötarkoituksesta, hoidollisesta arvosta ja valmisteen korvattavuudella saavutettavista hyödyistä verrattuna muihin saman sairauden hoidossa käytettäviin lääkkeisiin. Hakemuksessa tulee näkyä myös arviot odotettavissa olevasta myynnistä ja potilasmääristä sekä näyttö siitä, korvaako vai täydentääkö valmiste muita peruskorvattavia lääkkeitä. Myös tiedot valmisteen tukkuhinnoista ja korvausasteesta muissa Euroopan talousalueen maissa sekä tiedot valmisteen patenttitilanteesta on oltava hakemuksessa.

Hila vertaa valmisteen kustannuksia potilaan, terveydenhuollon ja sosiaalihuollon saamiin hyötyihin. Vertailuja tehdään muiden hoitovaihtoehtojen ja lääkkeiden kustannuksiin ja hyötyihin sekä valmisteen kansainväliseen hintatasoon. Sairausvakuutuksen käytettävissä olevat varat otetaan huomioon päätöstä tehtäessä. Ensin päätetään, voiko lääke ylipäättään päästä korvausjärjestelmään ja vasta sen jälkeen määritellään korvattava tukkuhinta. Hila voi rajata peruskorvattavuuden koskemaan vain tiettyä sairauden muotoa tai vaikeusastetta. (Rinta 2006, 90.)

Lääkkeen korvattavuus voidaan lakkauttaa, jos valmisteen markkinatilanne muuttuu, esimerkiksi patentti raukeaa tai geneerinen kilpailija tulee korvattavaksi. Korvattavuuden lakkauttaminen on mahdollista myös, jos valmisteen myynti kasvaa voimassa olevan korvattavuuspäätöksen perusteena olevaa arviota merkittävästi suuremmaksi.

Patentteihin liittyvät erilaiset näkökohdat ovat olleet vilkkaan keskustelun aiheena lääkekorvauksia ja viitehintajärjestelmään pohdittaessa. Patenttien vaikutuksista lääkkeiden hintaan ja hintakilpailuun ei ole saatu yhteistä näkemystä lääketeollisuuden ja lainsäätäjien välillä.

Suomessa ei ole ennen vuotta 1995 ollut mahdollista saada lääkeaineille tuotepatenttia, joka suojaaisi lääkeaineen riippumatta sen valmistus- tai käyttötavasta. Lääkeaineille myönnettiin ainoastaan menetelmäpatentteja, jotka suojaavat valmistusmenetelmän ja sillä menetelmällä valmistetut lääkevalmisteet. Suomessa vuonna 2003 käyttöön otettu lääkevaihto johti siihen, että menetelmäpatentilla suojatut lääkkeet joutuivat voimassa olevasta patentista huolimatta voimakkaaseen hintakilpailuun. Tuotepatentti suojaa patentoidun tuotteen esimerkiksi sen valmistus- tai käyttötavasta riippumatta. Menetelmäpatentti taas suojaa määritellyn menetelmän sekä tällä menetelmällä valmistetun tuotteen. Jos sama tuote voidaan valmistaa jollakin muulla menetelmällä, ei menetelmäpatentti estä tätä. Vuoteen 1995 saakka ravinto- ja lääkeaineisiin ei voitu myöntää patenttia itse tuotteeseen vaan ainoastaan valmistusmenetelmään. Lisäksi voidaan patentoida tunnetun tuotteen uusi käyttötapa. (Patentit yhteiskunnallisen kehityksen... 3-6.)

Erityiskorvattavuutta haettaessa lääkeyrityksen tulee osoittaa valmisteen taloudellisuus ja tarpeellisuus tutkimuksissa ja käytössä osoitettu hoidollinen arvo sekä saavutettavat hyödyt ja kustannukset. Kuten peruskorvattavuutta haettaessa valmistetta on verrattava kilpaileviin lääkkeisiin ja vaihtoehtoihin hoitokeinoihin sekä selvitettävä korvaako vai täydentääkö valmiste jo erityiskorvattavia lääkkeitä. Uusi valmiste on peruskorvattavuuden piirissä pääsääntöisesti kaksi

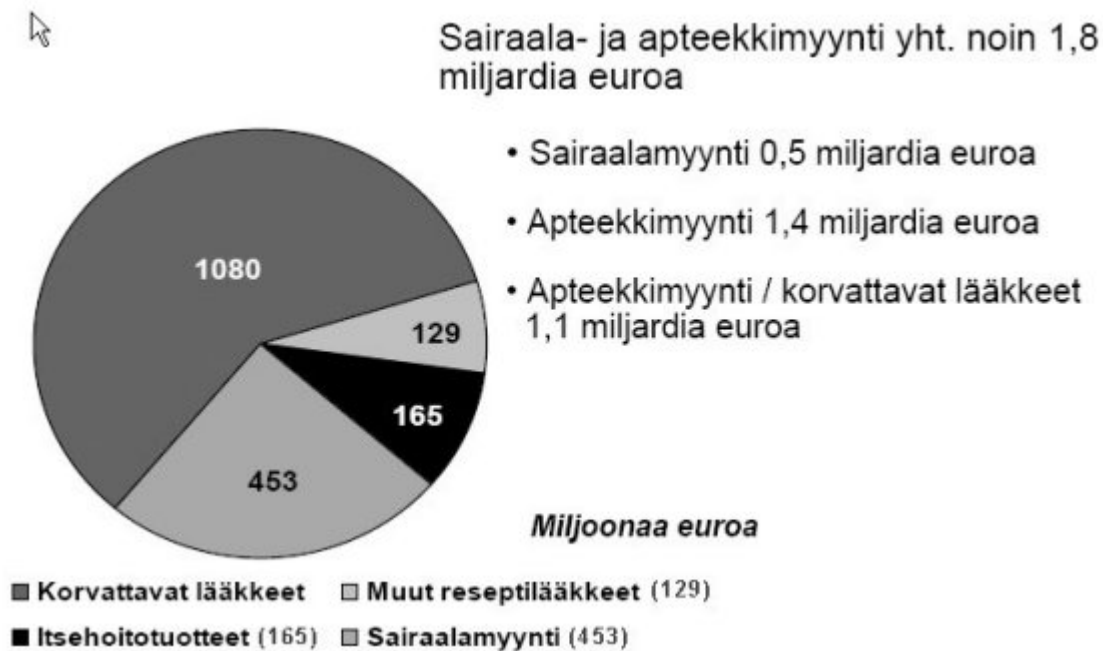
vuotta ennen erityiskorvattavuuden arviointia, joten valmisteelle on jo määritelty kohtuullinen tukkuhinta. Hintalautakunnan on otettava päätöksenteossaan huomioon sairauden laatu, lääkkeen tarpeellisuus ja taloudellisuus, hoidollinen arvo ja uusiin erityiskorvattaviin valmisteisiin vuosittain käytettävissä olevat varat. Hintalautakunta pyytää erityiskorvattavuutta hakevista valmisteesta lausunnon Kelalta. Hintalautakunnan asiantuntijaryhmältä lausuntoa pyydetään kaikista uutta lääkeainetta sisältävistä valmisteista, sairauden erityiskorvattavuuden rajauksesta tai laajentamisesta sekä erityiskorvattavuuden lakkauttamisesta. Hintalautakunnan päätös voi kuitenkin olla myös asiantuntijalausunnon vastainen. Se voi myös rajata valmisteen erityiskorvattavuutta tai lakkauttaa sen. (Rinta 2006, 91.)

5.2 Lääkkeiden myynti ja käyttö

Joka viidennellä suomalaisella – lapset mukaan lukien – on jo oikeus erityiskorvattaviin lääkkeisiin ja siten myös heillä kaikilla pitäisi olla vaikea ja pitkäaikainen sairaus. (Ylitalo 2002, 19.)

Vuonna 2007 lääkevalmisteiden tukkumyynti apteekkeihin, sairaaloihin ja päivittäistavarakauppoihin oli yhteensä 1 848 miljoonaa euroa. Myydyistä lääkkeistä yli puolet (myynti arvo 1,1 mrd euroa) on sairausvakuutuksessa korvattavia lääkkeitä (kuvio 5). Edelliseen vuoteen verrattuna myynti kasvoi 6,3 prosenttia. Tukkumyynnistä 74 prosenttia oli myyntiä apteekkeille, 25 prosenttia myyntiä sairaaloille ja 1 prosentti nikotiinivalmisteiden myyntiä päivittäistavarakauppoihin. Apteekkeille ja sairaaloille myytävien reseptilääkkeiden osuus koko tukkumyynnin arvosta oli noin 89 prosenttia. Geneeristen eli vaihtokelpoisten lääkkeiden osuus Suomen lääkemarkkinoiden arvosta oli vuonna 2006 noin 20,9 prosenttia. Myynnin arvon mukaan tarkasteltuna eniten myytiin hermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Niiden myynnistä 29 prosenttia oli psykoosi- ja neuroosilääkkeiden myyntiä. Toiseksi suurin ryhmä olivat syöpälääkkeet ja syövän biologinen hoito, näiden lääkkeiden osuus oli 13,8 prosenttia kokonaismyynnistä. Sydän- ja vesisuonisairauksien hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden osuus oli 13,6 prosenttia kokonaismyynnistä. Kappalemääräisesti eniten myytiin kipulääkkeitä. Tarkastellaan lääkkeiden myyntiä tuotemerkeittäin kymmenen myydyimmän lääkkeen joukossa on kolme psykoosilääkettä ja kolme reumalääkettä. Kymmenen kärkeen mahtuu myös astmalääke, mahahaavalääke ja kolesterolilääke. (Lääkeala numeroina 2008, 4-6.)

Kuvio 4. Lääkemyynti tukkuhinnoin vuonna 2007



Lähde: Suomen lääkedata 2008.

Vuonna 2005 Kansaneläkelaitoksen maksamien korvausten perusteella tehdystä tilastosta käy ilmi, että yli 65-vuotiaat ovat suurin reseptilääkkeiden käyttäjäryhmä. Tilastointi on tehty reseptien lukumäärän mukaan. Yli 65-vuotiailla naisilla oli keskimäärin 16,5 reseptiä vuoden aikana, miehillä 14,8. Kun taas nuoremmilla 16–65 –vuotiailla henkilöillä oli keskimäärin 7,3 reseptiä vuodessa. Koko väestön osalta laskettuna naisilla oli 9,4 reseptiä vuodessa, miehillä 8,1. (Kela sairausvakuutuskorvausten tilastointitiedosto)

Naisten lääkkeiden käyttö on suurempaa kuin miesten ja yleisesti lääkkeiden käyttö lisääntyy iän myötä. Naisten yleisempi lääkkeiden käyttö johtuu osin sukupuoleen sidoksissa olevista oireista ja tarpeista kuten raskauden ehkäisystä ja vaihdevuosi-hormonien käytöstä. Suurimmaksi käyttäjäryhmäksi erottuu väestön iäkkäin osa eli yli 75-vuotiaat. Tämä väestöryhmän osuus koko väestöstä vuonna 2002 oli seitsemän prosenttia, mutta heidän osuutensa korvattavista lääkekustannuksista oli 20 prosenttia. (Klaukka 2005, 394–395.)

5.3 Viitehintajärjestelmä

Vuonna 2006 asetettu työryhmä on selvittänyt, miten ja millainen viitehintajärjestelmä olisi mahdollista toteuttaa Suomessa. Samalla työryhmä on tarkastellut viitehintajärjestelmän toimivuutta lääkekorvausmenojen hillitsijänä. Viitehintajärjestelmä olisi työryhmän mukaan mahdollista ottaa Suomessa käyttöön esimerkiksi vuoden 2009 alusta.

Työryhmän selvityksessä vuonna 2006 oli tarkastelussa kaksi geneeristä viitehintamallia. Malleissa valmisteet luokitellaan ryhmiin vaikuttavan aineen perusteella. Ryhmittely perustuu Lääkelaitoksen ylläpitämään luetteloon keskenään vaihtokelpoisista lääkevalmisteista. Ensimmäisessä mallissa valmisteet ryhmiteltäisiin siten, että saman määrän samaa vaikuttavaa ainetta samassa lääke muodossa ja pakkauskoossa sisältävät valmisteet sijoitettaisiin samaan ryhmään. Toisessa mallissa valmisteet ryhmiteltäisiin vastaavasti, mutta valmisteen eri pakkauskooot sijoitettaisiin samaan ryhmään.

Terapeuttisessa mallissa valmisteet luokitellaan ryhmiin hoidollisen samanarvoisuuden perusteella. Eli hoidollisesti ja farmakologisesti samanarvoisia lääkeaineita sisältävät valmisteet sijoitettaisiin samaan ryhmään. Ryhmä voi sisältää eri vaikuttavia aineita sisältäviä valmisteita. (Tiivistelmä, Lääkkeiden viitehintajärjestelmää...)

Sosiaalipoliittinen ministeriryhmä päätti tiistaina 6. toukokuuta 2008 ehdottaa sosiaali- ja terveysministerin esittelemää lääkkeiden viitehintamallia. Tällä tavoitellaan hallitusohjelmassakin mainittua lääkekorvausjärjestelmän kustannusten nousun hillitsemistä. Ministeriryhmä ehdottaa, että Suomessa otettaisiin käyttöön geneerinen viitehintajärjestelmä, johon kuuluisivat myyntiluvalliset keskenään vastaavat, samaa vaikuttavaa lääkeainetta sisältävät lääkevalmisteet, joille lääkkeiden hintalautakunta on vahvistanut korvattavuuden. (STM tiedote 117/2008)

Viitehinnalla tarkoitetaan korkeinta hintaa, jonka perusteella jokaisen ryhmään kuuluvan valmisteen korvauksen suuruus lasketaan. Viitehintaa asettaa rajat korvausjärjestelmälle aiheutuville kustannuksille. Asetettava viitehintaa koskee kaikkia ryhmään kuuluvia valmisteita. Viitehinnan ylittävä kustannus jää yleensä potilaan maksettavaksi. (Lääkkeiden viitehintajärjestelmää..., 67.)

Sosiaalipoliittisen ministeriryhmä esityksessä viitehintaa asetettaisiin 1,50 euroa viitehintaryhmän edullisimman valmisteen hintaa korkeammaksi, jos edullisimman valmisteen hinta on alle 40 euroa. Jos edullisimman valmisteen hinta on 40 euroa tai enemmän viitehintaa olisi kaksi euroa korkeampi. Lääkelaitos ylläpitäisi vaihtokelpoisten valmisteiden luetteloa, johon viitehintaryhmä perustuisi. Lääkevaihtojärjestelmä säilyisi edelleen ja valmisteen voisi vaihtaa korkeintaan viitehintaiseen valmisteeseen. Viitehintakausi alkaisi kunkin vuosineljänneksen alussa ja olisi voimassa kolme kuukautta. (STM tiedote 117/2008) Lääkkeenvaihdon voisi viitehintajärjestelmässä kieltää vain lääkäri. Tähän mennessä lunastetuista resepteistä lääkäri on estänyt vaihdon vain 0,2 prosentissa ja potilas 10 prosentissa.

Hallituksen syyskuussa 2008 antama esitys viitehintajärjestelmästä (HE 100/2008 vp) ja suunniteltu viitehintajärjestelmä on virittänyt vilkasta keskustelua. Potilasjärjestöt ovat kannanotoissaan olleet huolissaan kustannuspainotteisesta ajattelusta, jossa potilaiden saama lääketieteellisesti perusteltu hyvä lääkehoito jää taustalle. Järjestelmässä tärkeimpänä lääkkeen valintakriteerinä olisi hinta. Lääkäri voisi hoidollisin perustein kieltää lääkkeen vaihdon, mutta perusteet ja rajat hoidolliselle syyllä on määrittelemättä. Vähävaraisten potilaiden valintamahdollisuudet lääkkeiden hankinnassa kapenisivat, koska jos potilas itse haluaa pitäytyä kalliimmassa lääkkeessä, hän joutuu maksamaan valinnastaan. Pitkäaikaissairailta ja monilääkityksessä olevilla potilailla sopivan lääkeyhdistelmän löytyminen voi viedä runsaasti aikaa. Näissä tapauksissa erityisesti lääkäreiden tulee olla aktiivisia ja huomioida viitehintajärjestelmän tuomat muutokset ja tarvittaessa kieltää vaihto. Muuten monilääkityksessä olevien lääkeyhdistelmät voivat vaihtua jopa kolmen kuukauden välein. Hintaputken sisällä oleva halvin lääke saattaa olla joka kolmas kuukausi eri valmiste. (Diabetesliiton ja Suomen Reumaliiton tiedotteet 5/2008)

Potilasjärjestöjen kanta viitehintajärjestelmään on negatiivinen. Huolena on erityisesti vähävaraisten mahdollisuus ostaa parhaan hoidollisen tuloksen antava lääke, koska lääkkeen hinta on järjestelmässä suurin valintaan vaikuttava tekijä. Ulkoasianvaliokunta on lausunnossaan (6/2008 vp) nostanut esille kauppapoliittiset kysymykset. Lausunnossa on esitetty huoli siitä, että lääkevaihdon ja viitehintajärjestelmän laajenisi koskemaan myös patenteilla suojattuja valmisteita. Lausunnossa todetaan, että tämä voi vaikuttaa kansainväliseen kauppaan erityisesti Yhdysvaltojen ja Sveitsin kanssa. Esitetty lakiehdotus voi ulkoasianvaliokunnan mukaan johtaa siihen, että eräät kansainväliset lääkevalmistajat harkitsevat vetävänsä valmisteita pois Suomen markkinoilta (mt.).

6 TERVEYSPALVELUIDEN ASIAKASMAKSUT JA MAKSUKATOT

6.1 Kunnallisen terveydenhuollon maksukatto

Terveys ja -sosiaalipalveluiden maksut voivat olla tasamaksuja tai tulosidonnaisia maksuja, osa palveluista on asetuksessa määritelty asiakkaalle maksuttomiksi. Suurin osa on tasamaksuja, jolloin maksut ovat kaikille yhtä suuret. Tulosidonnaisia maksuja ovat pitkäaikaiset maksut kuten terveydenhuollossa laitoshoidon pitkäaikaismaksut ja sosiaalipalveluissa päivähoitomaksut. Tässä luvussa keskitytään terveydenhuollon maksuihin.

Asiakasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa ja asetuksessa (asiakasmaksulaki 734/1992). Kunnat päättävät asiakasmaksujen suuruudesta laissa ja -asetuksessa säädetyissä rajoissa. Lain mukaan maksut eivät voi ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. Asetuksella voidaan säätää palvelusta perittävän maksun enimmäismäärä ja maksu määräytyväksi maksukyvyyn mukaan. Laissa säädetään erikseen osa palveluista maksuttomiksi, näihin kuuluvat esimerkiksi terveysneuvonta, neuvolapalvelut, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, perusterveydenhuoltoon liittyvät lääkärintodistukset, terveyskeskusten mielenterveyspalvelut sekä lasten ja nuorten avosairaanhoidon lääkäripalvelut ja heidän suun terveydenhuoltonsa. (StVM 7/2008)

Terveydenhuollon maksujen enimmäismääristä säädetään asiakasmaksuasetuksessa (912/1992). Terveyskeskuskäynnistä voidaan 1.8.2008 käyttöön otettujen enimmäismäärien mukaan periä 12,80 euroa kolmelta ensimmäiseltä käynniltä tai vaihtoehtoisesti 25,60 euron vuosimaksu. Erikoissairaanhoidon maksut ovat enintään 30,30 euroa hoitopäivältä, psykiatrisessa hoidossa 14 euroa ja päiväkirurgiassa 83,90 euroa hoitopäivältä. Poliklinikkamaksu on enintään 25,60 euroa käynniltä. Kunnat voivat halutessaan periä myös matalampia maksuja. Elokuun alusta 2008 voimaan tulleet enimmäismäärät voivat siis korottaa asiakasmaksuja 16,6 prosenttia.

Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuissa on 590 euron maksukatto kalenterivuotta (2008) kohti. Maksukattoon lasketaan mukaan terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelut, fysioterapia, sarjahoito, sairaalan poliklinikkamaksut, päiväkirurgian maksu sekä lyhytaikaisen laitoshoidon maksut niin terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon laitoksissa. Maksukattoon ei lasketa

mukaan maksuja esimerkiksi hammashoidosta, sairaankuljetuksesta, lääkärintodistuksista, yksityislääkärin läheteellä tehtävien laboratorio- ja kuvantamistutkimusten (esim. röntgen-, ultraääni- tai magneettikuvaus) maksuja eikä tulosidonnaisia maksuja.

Maksukaton täytyttyä asiakas saa avohoidon palvelut pääsääntöisesti maksutta. Lyhytaikaisen laitoshoidon hoitopäivämaksu alenee maksukaton täyttymisen jälkeen.

Terveys- ja sosiaalipalveluiden asiakasmaksujen vaikutuksista on keskusteltu runsaasti. Maksuja perustellaan usein sillä, että ne vähentävät terveyspalveluiden väärinkäyttöä ja hillitsevät terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Väärinkäyttöoletuksen takana on ajatus, että ihmiset käyttävät terveyspalveluja 'liikaa, väärin tai turhaan', kun ne ovat ilmaisia ja maksut kannustavat ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään. Yleensä vain ensimmäinen käynti on asiakkaan omasta aloitteesta tehty, mutta uusintakäynnit ja jatkotutkimukset ja lääkemääräykset tehdään lääkärin arvion ja päätösten perusteella. (Niemelä 1999, 3-4.) Toisen näkökulman mukaan asiakkailta ei ole käsitystä terveydenhuollon kustannuksista ja kustannukset ovat riistäytymässä käsistä. Asiakasmaksujen toivotaan lisäävän asiakkaiden kustannustietoisuutta sekä auttavan terveydenhuollon rahoitusongelmiin sekä tuovan lisää rahaa terveydenhuoltoon. Julkisesti rahoitetussa terveydenhuoltojärjestelmässä on jännitteitä, koska julkinen valta pyrkii rajoittamaan menoja ja kerättävien verojen määrää. Palveluntuottajat taas pyrkivät lisäämään palvelujaan ja tulojaan. (Mt. 9.)

Asiakasmaksujen kohdalla erityisen tärkeää on pohtia sitä, miten palvelujen kustannukset ja mahdolliset hyödyt jakaantuvat veronmaksajien ja käyttäjien kesken. Elokuussa voimaantullut maksu-uudistus on päätynyt kohdentamaan kustannukset palveluiden käyttäjille. Hallituksen esityksessä (HE 37/2008 vp, 18) todetaan seuraavaa: 'Hallitusohjelmassa sovittujen menokehysten toteuttaminen edellyttää yhteensä 250 miljoonan euron määrärahasiirtoja valtiontalouden kehysten sisällä. Kehyksissä on osana näitä siirtoja päätetty vähentää valtionosuuksia vuositasolla 60 miljoonaa eurolla (25 miljoonaa euroa vuonna 2008). Vähennys on mitoitettu vastaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksu-uudistuksen myötä kasvavia asiakasmaksutuloja.'

6.2 Maksujen ja maksukattojen vaikutus terveyspalveluiden käyttöön ja kotitalouksien toimeentuloon

Elokuussa 2008 voimaan tulleet asiakasmaksujen enimmäismäärien korotukset ovat osittain seurausta terveydenhuollon rahoituksen riittävyys keskustelusta ja osittain johtuvat siitä, että maksuja ei ole tarkistettu pitkään aikaan. Edellisessä luvussa jo sivuttiin mainittuja asioita.

Rahoituskriisistä puhuttaessa on viitattu väestön ikääntymisen ja työikäisen väestön osuuden pienenemisen lisäksi entistä kalliimpien lääketieteellisten teknologioiden lisääntymisen aiheuttamaa kulujen kasvuun. Terveyspalvelut rahoitetaan kuitenkin pääosin verovaroin ja verotuksessa tapahtuvat muutokset heijastuvat myös terveydenhuollon rahoituksen tuloluokittaiseen kohdentumiseen. Rahoitusjärjestelmän painopisteen muutokset julkisen ja yksityisen rahoituksen välillä muuttavat sekä rahoituksen tuloluokittaista kohdentumista että palvelujen käyttäjien rahoitusosuutta. (Kapiainen & Klavus 2007a, 351-352.)

Suomessa kotitalouksien osuus koko terveydenhuollon rahoituksesta on eurooppalaisessa vertailussa korkea, vuonna 2005 osuus oli 17,8 prosenttia. Tässä osuudessa ovat mukana myös yksityiset terveyspalvelut, lääkkeet ja apuvälineet. (Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö StVM 7/2008)

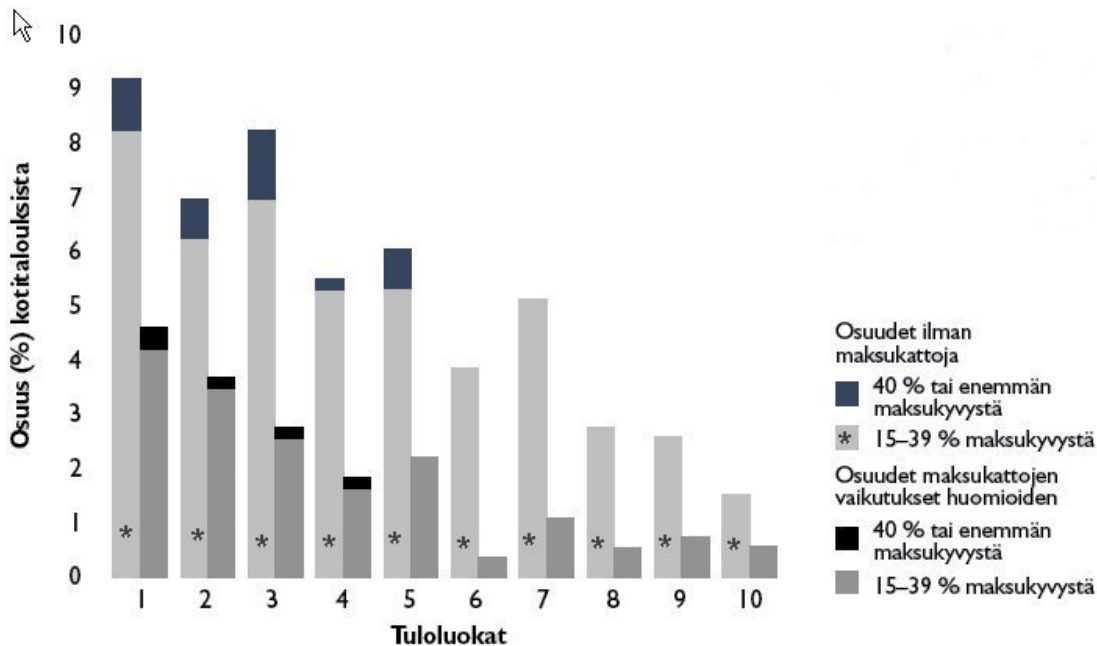
Terveydenhuollon rahoituksen kohdentumista koskevat tutkimukset ovat tarkastelleet rahoitusjärjestelmän progressiivisuutta; sitä miten rahoitus jakaantuu suhteessa kotitalouksien tuloihin. Näissä tutkimuksissa ei ole arvioitu terveydenhuollon rahoituksen vaikutuksia toimeentuloon. Vaikka rahoitus kokonaisuudessaan jakaantuu progressiivisesti, saattavat terveydenhuollon suorat maksut muodostua kotitalouksien kannalta huomattavan suuriksi. Maksut voivat siis muodostua esteeksi terveyspalveluiden käytölle ja/tai heikentää muita kulutusmahdollisuuksia. (Kapiainen & Klavus 2007a, 351-352.)

Kapiainen ja Klavus ovat tutkineet terveydenhuollon rahoituksen toimeentulovaikutuksia Suomessa vuosina 1990-2001. He arvioivat toimeentulovaikutuksia suhteuttamalla kotitalouksien maksamat terveydenhuollon asiakasmaksut kotitalouksien maksukykyyn. Maksukyky määriteltiin tutkimuksessa vähentämällä kotitalouksien käytettävissä olevista tuloista välttämättömyyskulutus. Tämä tehtiin seuraavan kolmen vaihtoehdon mukaan: vähentämällä välttämättömyyskulutuksena

ruokamenot, toisessa vaihtoehdossa vähennettiin tämän lisäksi välttämättömät asumismenot ja kolmantena vaihtoehtona käytettiin ns. köyhyysrajaa. Suhteuttamalla maksetut terveydenhuollon asiakasmaksut kotitalouksien maksukykyyn selvitettiin, kuinka paljon Suomessa on kotitalouksia, jotka maksavat ns. katastrofaalisia terveydenhuoltomaksuja. Tutkimuksessa luokiteltiin katastrofaaliseksi terveydenhuoltomaksuiksi asiakasmaksut, jotka ylittävät 40 prosenttia kotitalouden maksukyvyistä. Tutkimuksessa pyrittiin myös selvittämään, miten maksukatot pienentävät asiakasmaksujen maksutaakkaa. (Kapiainen & Klavus 2007b, 27-28.)

Kapiaisen ja Klavuksen (2007a, 2007b) tutkimusten mukaan terveydenhuollon rahoitus muuttui 1990-luvulla regressiivisemmäksi, eli pienituloisten kotitalouksien suhteellinen rahoitusosuus kasvoi. Vuonna 2001 rahoitus jakautui tulojen suhteen tasaisesti. Tulonsaajaryhmissä käytettiin yhtä suuri osa tuloista terveydenhuollon rahoittamiseen. Suurin muutos koski asiakasmaksuja. Näillä asiakasmaksuilla ja kunnallisverotuksen kautta rahoitettiin entistä suurempi osa terveydenhuollosta valtion rahoitusosuuden pienentyessä. Asiakasmaksut kohdistuivat aiempaa tuntuvammin alempiin tuloluokkiin. Asiakasmaksujen suurituloisia suosiva regressiivisyys kasvoi voimakkaasti 1990-luvun lopussa ja olisi ollut suurempaa ilman maksukattojen tasaavaa vaikutusta. Vuonna 2001 oli lukumäärällisesti eniten, noin 12 000, erittäin korkeita asiakasmaksuja maksavia kotitalouksia. Tuloluokittain katastrofaalisia asiakasmaksuja, suhteessa maksukykyyn, maksavat neljässä alimmassa tuloluokassa olevat kotitaloudet. Ilman maksukattojen tasaavaa vaikutusta viidennen tuloluokan kotitaloudet kuuluisivat samaan ryhmään. (Kuvio 6) Katastrofaaliset asiakasmaksut näyttävät tutkimuksen mukaan olevan yhteydessä myös ikään. Vanhemmilla ihmisillä lääkkeiden ja terveystalveluiden käyttö on runsaampaa, jonka vuoksi he maksavat enemmän asiakasmaksuja. Tutkimuksessa mukaan vuonna 1986 käyttöön otettu lääkekatto on tehokkain korkeiden maksutaakkojen hillitsijä, mutta ei poista ongelmaa. Kaikkien kolmen maksukaton täyttyminen seurantajakson aikana on harvinaista. (Mt. 27, 4-5.)

Kuvio 5 Asiakasmaksujen osuudet kotitalouksien maksukyvyistä tuloluokittain ilman maksukattoja ja niiden kanssa vuonna 2001



Lähde: Kapiainen & Klavus 2007c, 5.

Useampia maita koskevassa tutkimuksessa on myös todettu, että katastrofaaliset terveydenhuollon maksut eivät ole harvinaisia. (Xu ym. 2003) Artikkelissa mainittiin kolme ehtoa joista voi seurauksena olla katastrofaaliset asiakasmaksut; terveyspalveluiden saanti edellyttää maksuja, maksukyky on huono ja sairausvakuutus ja/tai verotus ovat kehittymättömiä eivätkä kata terveydenhuoltoa. Näin ollen katastrofaaliset asiakasmaksut eivät ole synonyymi korkeille terveydenhuollon maksuille. Pienetkin maksut voivat olla köyhille kotitalouksille kohtuuttomia ja aiheuttaa tilanteen kurjistumista. Artikkelissa aineistona olevien tietojen mukaan Yhdysvallat ja Suomi ovat lähes tasoissa tarkasteltaessa asiakasmaksujen osuutta kotitalouksien terveydenhuollon menoissa sekä kotitalouksia, joille syntyy katastrofaalisia asiakasmaksuja. (Mt. 114.)

Vasta viime vuosina on alettu kiinnittää enemmän huomiota terveyspalveluiden käytössä esiintyviin sosioekonomisiin eroihin. Selvityksissä (Hyvönen ym. 2007) on todettu, että pienituloisimmat käyttävät suurituloisia enemmän maksullisia terveyskeskuspalveluja, kun taas suurituloiset käyttävät useammin maksuttomia työterveyshuollon palveluja. Siksi on oletettavaa, että asiakasmaksujen korotukset kohdentuvat enemmän pienituloisiin.

Lauri Virta ja Tuula Toikka Kansaneläkelaitoksen tutkimusosastolta ovat selvittäneet yksityislääkärin palkkioista maksettujen sairaanhoitokorvausten kohdentumista tulojen mukaan. Kaikkia erikoislääkärin palveluita ei julkisen terveydenhuollon puolelta saa. Kansaneläkelaitoksen tutkimus perustui yli 400 000 henkilön rekisteriaineistoon vuodelta 2000. Aineistossa Kelan sairausvakuutustiedot on yhdistetty Tilastokeskuksesta saatuihin tietoihin henkilöiden verotettavasta vuositulosta.

Erikoislääkärin tai yleislääkärin palkkioista korvausta saaneiden osuus suureni lähes lineaarisesti tulojen suuretessa. Tutkitut ryhmiteltiin viiteen luokkaan tulojen mukaan, suurimmassa, yli 35 000 euron vuosituloluokassa korvausta saaneita oli suhteessa keskimäärin kaksi kertaa niin paljon kuin pienimmässä, alle 6 500 euroa ansaitsevien tuloluokassa. Suurimmassa tuloluokassa korvausta saaneita oli gynekologiassa 36,7 prosenttia (naisia) ja kirurgiassa 8,2. Vastaavat luvut pienimmässä tuloluokassa olivat 7,2 prosenttia (naisia) ja 2,4 prosenttia. Silmätaudeissa korvausta saaneiden jakauma erosi muista erikoisaloista. Ilmeisesti näkökyvyn heikkeneminen rajoittaa jokapäiväistä elämää niin merkittävästi, että yksityisen sektorin silmälääkəriin hakeudutaan nopeasti. Ero korkeimman ja alimman tuloluokan välillä oli vain 2,8 prosenttia. (Virta & Toikka 2007, 16-17.)

Maksukattojen ongelmakohtana voidaan pitää erityisesti pienituloisten kohdalla sitä, että henkilön on itse maksettava kulut maksukaton rajaan asti. Tämä korostuu sellaisten henkilöiden kohdalla, joilla on suuret lääkekustannukset. Vuoden ensimmäinen käynti apteekkiin voi tarkoittaa kuukauden eläkkeen menoa. Vuonna 2008 täysimääräinen kansaneläke yksinasuvalle on 558,46 euroa ja lääkeostoissa maksukatto täyttyy 643,14 euron ostojen jälkeen.

Henkilöillä joilla täytyy useampi maksukatto saman vuoden aikana voi kertyä kohtuuton kustannustaakka. Kaikkien lääke- ja palvelumaksukattojen täytyessä kokonaiskustannus on 1390,39 euroa, vuonna 2008. Tämän vuoksi viime aikoina on selvitetty maksukattojen yhdistämisen mahdollisuutta ja sitä voitaisiinko tätä kautta helpotta paljon lääkkeitä käyttävien ja runsaasti sairastavien taloudellista raskautta.

Vuonna 2006 maksukatoista lääkekatto ylittyi yli 160 000 henkilöllä, kunnallisenterveydenhuollon maksukatto noin 85 000 henkilöllä ja matkakatto noin 34 000 henkilöllä. Terveydenhuollon matkoihin liittyvä maksukatto näyttää täyttyvän harvimminkin myös tarkasteltaessa maksukattoja ikäryhmittäin, tuloluokittain ja henkilön työmarkkina aseman mukaan. Lääkekatto täyttyy

useammin eläkeläisillä eli yli 60-vuotiailla. Tuloluokittaisesti tarkasteltuna lääkekaton täyttymisessä ei ole havaittavissa suuriakaan eroja. Ainoastaan yli 40 000 euroa tienaavilla katto täyttyy hieman useammin. (Kapiainen 2008) Syy voi tietysti olla se, että heillä on lähtökohtaisesti mahdollisuus ostaa kaikki lääkärin määräämät kalliitkin lääkkeet ilman Kansaeläkelaitoksen korvauksia.

Maksukattojen yhdistämisestä on esitetty erilaisia vaihtoehtoja. Maksukatto voisi olla kaikille samansuuruinen, tulosidonnainen, henkilön kustannusten mukaan porrastettu tai erisuuruinen eri väestöryhmille. Näissä malleissa yhdistetyssä maksukatossa olisivat mukana lääkekatto ja kunnallisen terveydenhuollon maksukatto. (Kapiainen 2008)

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineiston on kerännyt jäsenistöltään EANP-FIN (European Anti-Poverty Network Suomen osasto) verkoston sisällä toimiva ”Terveys ja köyhyys” -työryhmä, johon kuuluu useita potilas- ja vammaisjärjestöjä sekä Kirkkohallitus. Työryhmä on vuoden 2007 aikana pyytänyt lehti- ja internetilmoituksilla järjestöjensä jäseniä kirjoittamaan kertomuksia siitä, kuinka paljon heiltä on jäänyt ostamatta lääkärin määräämiä lääkkeitä siitä syystä, että heillä ei ole varaa niitä hankkia. (Liite 1) Samalla jäseniä on pyydetty kirjoittamaan ja kertomaan ovatko he velkaantuneet tai joutuneet muuten taloudellisiin vaikeuksiin suurten lääke- tai terveydenhuoltomenojen vuoksi.

Aineistoa voidaan pitää valikoituneena, koska kirjoituspyyntö on ollut jäsenjärjestöjen lehdissä ja joidenkin järjestöjen nettisivuilla. Varsinkin lehtien lukijakunta on rajoittunut lähinnä yhdistysten jäseniin. Kuitenkin potilas- ja vammaisjärjestöjen jäseniä voi pitää sellaisina henkilöinä, joita asia koskettaa ja heillä on kokemusta sekä tietoa tutkittavasta asiasta. Tällaista aineistoa voidaan laadullisessa tutkimuksessa pitää tutkimuksen kannalta ennemminkin kiinnostavaksi katsottavana siivuna yhteiskunnasta kuin varsinaisena otoksena (Pyörälä 1995, 14).

Aineisto on siis ollut valmiiksi kerättynä, enkä voinut vaikuttaa kysymyksenasetteluun. Tehtävän asettele oli suhteellisen väljä ja tätä kautta laaja. ”Toivomme saavamme kertomuksia siitä, miten perhe/yksittäinen ihminen on joutunut tinkimään ruoasta saadakseen ostettua lääkkeitä ja/tai on joutunut ottamaan velkaa voidakseen maksaa sairaskulut. Kertomusten toivotaan olevan vapaamuotoisia (1-2 liuskaa). Edellä mainittujen lisäksi voi kertoa muutakin, joka liittyy lääkkeiden tai sairauden vaikutuksista toimeentuloon.” (Liite 1)

Tutkielman aineisto on laadullista kertomuksiin perustuvaa, narratiivista. Kertomuspohjainen aineisto tarkoittaa proosamuotoista tekstiä. Aineistolta voitaisiin vaativammassa merkityksessä edellyttää enemmän kertomuksen tunnuspiirteitä - tarinan osia - alkua, keskikohtaa ja loppua. Yksinkertaisimmillaan narratiivinen aineisto voi kuitenkin olla mitä tahansa kerrontaan perustuvaa aineisto, joissa ei välttämättä vaadita eheidän juonellisten kertomusten tuottamista. (Heikkinen 2007, 147.)

Usein laadullisessa tutkimuksessa aineiston kokoaminen on prosessinomainen tehtävä, jonka aikana tutkija tarkentaa tutkimusongelmaa ja tutkittavaa ilmiötä. Valmiin aineiston kohdalla aineiston kokoamiseen ei mene aikaa, mutta perehtyminen aineistoon vie aikaa ja tätä prosessia voitaneen verrata aineiston keräämiseen. Prosessin aika aineisto on luettu moneen kertaan, jo ennen puhtaaksikirjoittamista. Lukukertojen välissä on ollut pidempiäkin aikoja ja jokaisella lukukerralla löytyy uusia elementtejä kirjoittajien kertomuksista.

Kirjoituksia tuli määräaikaan mennessä 35 kpl. Näistä viisi kirjoitusta karsiutui pois, koska käsialasta ei saanut selvää tai kirjoitukset olivat kuulopuheen perusteella kirjoitettuja kertomuksia, eivätkä siis olleet omakohtaisia kokemuksia. Osa on pitkiä, lähes elämäkerrallisia kertomuksia, toiset lyhyempiä enemmänkin tilanneselvitys tyyppisiä. Erot pituuksissa ja kirjoitustyyliissä ovat tietenkin ymmärrettäviä ja odotettujakin. Toiset ovat lahjakkaampia kirjallisessa ilmaisussa ja toiset vahvempia suullisessa ilmaisussa. Tutkielmassa ei kuitenkaan ole tarkoitus keskittyä kertomusten kirjoitustyyliin vaan sisältöön ja tässäkin kohdassa kiinnittää huomiota tutkimuskysymyksessä mainittuihin asioihin. Puhtaaksi kirjoitettuna tutkimuksessa käytetyistä kirjoituksista kertyi tekstiä 42 sivua.

7.2 Narratiivinen tutkimusote

Tutkielmani perusajatuksena on laadullinen tutkimusote. Laadullisen tutkimuksen aineisto on ei-numeerista ja aineisto voi koostua esim. päiväkirjoista, omaelämäkertoista, kirjeistä, kirjallisista ja kuvallisista havainnoista sekä haastatteluista. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana tulisi olla todellisen elämän ja tutkittavan ilmiön kuvaaminen mahdollisemman kokonaisvaltaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa täydellistä objektiivisuutta ei voida saavuttaa, koska tutkijan on mahdotonta sanoutua irti kokemuksistaan ja arvoistaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152.) Tutkielman aineisto koostuu kirjoitetuista kertomuksista, joten olen päätenyt tarinalliseen tutkimusotteeseen.

Laajempi mielenkiinto tarinallisuutta (narratiivisuutta) kohtaan on viime vuosina lisääntynyt, jopa siinä määrin että 1990-luvulla alettiin puhua narratiivisesta käännteestä. Narratiivisuus viittaa lähestymistapaan, jossa huomio kiinnitetään kertomukseen tiedon välittäjänä ja rakentajana.

Kertomuksen ja tutkimuksen suhdetta voi pitää kaksisuuntaisena, tutkimus käyttää materiaalinaan kertomuksia ja itse tutkimus voidaan ajatella kertomukseksi. (Heikkinen 2007, 142.)

Tarinallinen tutkimus ei kuitenkaan muodosta yhtenäistä ja selvärajaista teoreettis-metodista rakennelmaa vaan se on pikemminkin avoin keskusteluverkosta, jota yhdistää ”tarinan” käsite (Hänninen 1999, 16.). Käytän tutkielmassa kertomuksen ja tarinan käsitettä toistensa synonyymeina, vaikka esimerkiksi kirjallisuustieteessä tarinan ja kertomuksen käsitteille on vakiintunut erillinen merkitys. Kertomusta pidetään yläkäsitteenä ja tarinaa alakäsitteenä (Heikkinen 2007, 142).

Tietoteoreettisesti narratiivinen tutkimusote liitetään usein konstruktivismiin. Tällöin korostuu näkemys, jonka mukaan ihmiset rakentavat tietonsa ja identiteettinsä kertomusten perusteella. Oletuksena on, ettei ole olemassa yhtä kaikille yhteistä todellisuutta, vaan on useita eri tavoin ihmismielissä ja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa rakentuvia todellisuuksia. (Heikkinen 2007, 145.) Tämän tutkielman kannalta ajatus on hyväksyttävä realismin lisäyksellä. Vaikka tarinoiden ajatellaankin olevan kirjoittajan tai kertojan tulkintoja todellisuudesta, niiden ei oleteta olevan mielivaltaisia, mielikuvituksen vapaata leikkiä. Tarinallisuuden eri ulottuvuudet ankkuroituvat kukin omalla tavallaan ulkopuoliseen todellisuuteen ja sosiaalisiin tilanteisiin. Lisäksi tarinallisuuden eri ulottuvuudet kytkeytyvät toisiinsa, kerronnan sosiaaliset sitoumukset edellyttävät tiettyä totuudenmukaisuutta ja vilpittömyyttä. (Hänninen 2000, 25.) Kertomuksien kautta saatavalla tiedolla on kuitenkin aina joku perspektiivi, tieto on aina jonkun ihmisen tietoa ja kuvaa sitä sosiaalista ja fyysistä ympäristöä, jossa kertoja elää. Kertomukset eivät välttämättä heijasta uskollisesti elämää sinänsä; ne kuitenkin kertovat elämästä jotakin olennaista. (Heikkinen 2007, 146.; Hänninen 2000, 128.)

7.3 Aineiston analyysi

Tässä tutkielmassa tarinallisuuden käsite kuvastaa sekä aineiston luonnetta että aineiston analyysitapaa. Tutkielman alussa on käyty läpi se viitekehys, jota vasten analyysia tehdään. Viitekehys on perusteiltaan varsin institutionaalinen, mutta muutokset näissä järjestelmissä vaikuttavat suoraan tutkimusaineistona olevien henkilöiden elämään ja toimeentuloon. Hyvinvointipolitiikka voi monin tavoin vaikuttaa pitkään sairastaneiden elämään, hyvinvointiin ja

osallistumiseen yhteiskunnan toimintaan ja tätä kautta heidän tarinaansa ja kokemuksiinsa. Analyysi on yhdistelmä narratiivista analyysia ja sisältöihin keskittyvää analyysia. Analyysin aluksi luvussa 8.1 on koko aineistoa tarkasteltu kokonaisuutena lähtien liikkeelle kirjoituspyynnön otsikosta. Tätä kautta saadaan kokonaiskuvaa aineistosta ennen narratiivista analyysia.

Murray (1989; ref. Hänninen 2000, 96) on esittänyt, että länsimaisessa tarinaperinteessä on neljä tavallista juonityyppiä: komedia, romanssi, tragedia ja ironia. Hänninen käyttää romanssista nimitystä sankaritarina. Sankaritarinassa vastakkain on hyvä ja paha. Alun harmoniaa tulevat uhkaamaan pahuuden voimat, jolloin vastakkainasettelu johtaa taisteluun. Päähenkilölle on ominaista voimakkuus ja moraalinen ylemmyys; hän myös herättää ihailua. Tragedia on sankaritarinan kaltainen, mutta siinä sankari ei onnistu voittamaan pahuuden voimia. Päähenkilön perusominaisuus on viattomuus ja hän herättää myötätuntoa. Komedialla on ”tarina, jossa nuoruus ja halu voittavat vanhuuden ja kuoleman”. Lähtökohtana on tilanne, jossa yhteiskunta tukahduttaa halua, ja ristiriita kärjistyy konfliktiksi. Konflikti ratkeaa välitulossa (kuten matka, karnevaali, seikkailu), jossa normaalinelämän säännöt raukeavat. Tuloksena on uusi, terveempi sosiaalinen yhteys. Ironiassa asetetaan edellisten tarinoiden puhtaus ja yksinkertaisuus kyseenalaiseksi, mikään ei ole puhtaasti hyvää tai pahaa. Päähenkilölle on ominaista älykkyys ja halu rikkoa rajoja, ja hän herättää ympäristössään hämmennystä. Luetteloa juonityypeistä ei voi pitää tyhjentävä ja juonityyppiä on mahdollista löytää lisääkin. Todellisessa elämässä kuvatut tarinat eivät aina ole kirjallisten tarinoiden tapaan dramaattisia tai komediat eivät välttämättä ole huvittavia eivätkä sankareiden läpikäymät taistelut jännittäviä. (Mt. 96.)

Edellä mainittuja tarinatyyppejä pohiessani ja tutkielman aineistoa ajatellessani mieleeni tuli heti tragedia sekä yhdistelmä tragediasta ja ironiasta. Näihin ajatuksiin ehkä johdatti kokemukseni työelämästä. Sosiaalitoimistossa kuultava kertomukset elämästä voisi hyvin usein sijoittaa tragediakategoriaan. Tietenkin tarinoissa on useita eri sävyjä ja lopputuloksia, mutta pohjavireenä voidaan pitää tragediaa. Asiakkailta on usein tunne, että he eivät pysty vaikuttamaan omaan elämäänsä eivätkä saa tarvitsemaan apua. Tällöin he kokevat taistelevansa jotakin suurta ja näkymätöntä pahaa vastaan. Murrayn (mt.) luokittelun ironian piirteitä voi elämässä kohdatuissa tarinoissa mielestäni nähdä siinä, että mm. toimeentulotukilain tulkinnat ja toteutukset kunnissa voivat olla hyvinkin erilaisia ja näin yksinkertaisuus ja selvät rajat esim. siitä mihin toimeentulotukea voi saada hämärtyvät.

Inka Lindroos (2008) on pro gradu tutkielmassaan, Yksinasuvien köyhien selviytyminen – merkityksellisyyttä ja tulevaisuudenodotuksia, muodostanut aineistonsa pohjalta nelikentän (kuvio 6), joka mielestäni antaa hyvän pohja tässäkin tutkielmassa oleville kirjoituksille. Lindroosin tutkielman aineistona on ollut Arkipäivän kokemuksia köyhyydestä -kirjoituskilpailun kirjoituksia vuodelta 2006. Kirjoituksia tuli 850 kappaletta. Olen osittain perustanut tarinatyyppien etsimisen nelikentän antamille ideoille. Lindroos on löytänyt omasta aineistostaan siis neljä kirjoitusten luokkaa: luovat selviytyjät, taistelijat, itselliset sopeutujat ja hiljaiset köyhät.

Luovat selviytyjät kokevat tilanteestaan selviytymisen kannalta tärkeiksi mielikuvituksen ja luovuuden sekä sen, että kokee olevansa tärkeä. Tärkeätä on myös omillaan pärjääminen, mutta tarjottu apu otetaan kuitenkin vastaan. Tulevaisuus näyttäytyy heille toiveikkaana ja heidän mielestään köyhyydestä huolimatta ihminen voi olla onnellinen. He kokevat tärkeäksi keskittymisen henkiseen selviytymiseen materiaalisen puutteen korjaamisen sijaan. (Mt. 56–60.) Taistelijat näyttäytyvät Lindroosin aineistossa katkerina ja vihaisina ja he suhtautuvat köyhyyteen pääosin negatiivisena asiana elämässään. Tämän kirjoittajaryhmän Lindroos on luokitellut taistelijoiksi, koska he hankalasta tilanteestaan huolimatta haluavat toimia saavuttaakseen paremman elämäntilanteen. Heidän mielestään vain taloudellisen tilanteen koheneminen voisi tuoda onnellisuutta, joten he eivät korosta henkistä selviytymistä, kuten luovat selviytyjät tekevät. Tämä ryhmä myös on kirjoittanut paljon siitä, mitä ongelmia he näkevät viranomaisten toiminnassa. (Mt. 65–71.) Itselliset sopeutujat ryhmälle itsenäisesti pärjääminen on tärkeää. Ajatuksen voisi tiivistää seuraavasti, täytyy tulla toimeen sillä mitä saa, nurisematta. Lainan välttely on tyypillistä itsellisille selviytyjille, myös avun vastaanottaminen on vaikeata, koska omillaan pitää tulla toimeen ja sosiaalitoimistoon tai leipäjonoon mennään vasta viimeisessä hädässä. (Mt. 73–76.) Hiljaiset köyhät eivät kerro kokevansa elämäänsä merkityksellisenä eivätkä näe tulevaisuudessa juurikaan toivoa. He eivät pidä itsestään meteliä ja voidaan ajatella, että he ovat jollakin tapaa alistuneita kohtaloonsa. Heidän elämäänsä määrittää puute, ei luoviminen, taistelu tai sopeutuminen. (Mt. 84.)

Tämän tutkielman aineisto on kuitenkin suhteellisen suppea ja aineisto voidaan pitää tavallaan valikoituneena, joten erilaisia tyyppejä/luokkia ei ole tarkoituksenmukaista etsiä lukumäärällisesti monia. (vrt. Hänninen 2000, 33.) Voisi olettaa, että erilaisia juonityyppejä kertomuksista ei löydy kovinkaan montaa, mutta tämän tyyppin sisällä saattaa löytyä vivahde-eroja. Analyysia tehdessä pyrin etsimään kertomuksista yhdistäviä ja erottavia teemoja. Tarkoituksena on siis etsiä tyypillistä tarinaa tai useampia tarinatyyppejä, mikäli mahdollista.

Kuvio 6 Nelikenttä juonityyppien vivahde-eroista (Lindroos 2008, 54)

	Lannistunut tulevaisuusorientaatio	Toiveikas tulevaisuusorientaatio
Vahva merkityksellisyyden kokemus	Itselliset sopeutujat	Luovat selviytyjät
Ei juurikaan merkityksellisyyden kokemusta	Hiljaiset köyhät	Taistelijat

Ensimmäisenä luokittelin aineiston karkeasti kirjoituksesta ilmenevien taustatietojen mukaan. Tällä perusteella löytyi kolme ryhmää, jotka nimesin seuraavasti: eläkeläiset, perheelliset sekä nuoret. Eläkeläisten ryhmään kuuluvat ns. virallisen eläkeiän ylittäneet eläkettä saavat yksinasuvat henkilöt. Perheellisiin laskin parisuhteessa elävät henkilöt riippumatta siitä, onko heillä lapsia vai ei. Nuorten ryhmä koostuu yksinasuvista henkilöistä. Heistä jotkut ovat vielä työelämässä mukana ja toiset ovat eläkkeellä tai kuntoutustuella odottaen eläkepäätöstä. Ryhmien koot olivat varsin erilaiset. Suurimpana ryhmänä erottuivat yksinäiset eläkeläiset; tähän ryhmään luokiteltavia kirjoituksia oli 19. Perheellisten ryhmään luokiteltavia kirjoituksia saapui viisi, nuorten kirjoituksia tuli kuusi kappaletta. Ryhmien jaottelu on sikäli mielivaltaista, että kaikissa kirjoituksissa ei suinkaan kerrottu kirjoittajan ikää tai perheasemaa, vaan nämä asiat on päätelty kirjoituksen sisällöstä.

8 KIRJOITUSTEN KERTOMAA

8.1 Perustietoa kirjoituksista

Analyysin aluksi, luvusta 8.2 eteenpäin, tarkastellaan aineistoa luokiteltujen ryhmien mukaan ja niistä löytyviä erilaisia juonityyppejä. Luvussa 8.5 kootaan tarkastelu yhteen ja esitellään kertomuksissa mahdollisesti ilmeneviä samankaltaisuuksia ja eroja mainittujen kolmen ryhmän välillä. Aineiston koosta johtuen nuorten ja perheellisten luokan luokiteltujen kirjoitusten määrät ovat pienet verrattuna eläkeläisten kirjoituksiin. Voisi siis olettaa ettei näiden ryhmien kirjoituksista saada esille kovinkaan selvästi erityistä kertomus- tai juonityyppejä.

Ennen kertomustyyppien analyysiä tarkastellaan kirjoitusten sisältöä lähtien liikkeelle kirjoituspyynnön otsikoinnista ja siihen läheisesti liittyvistä asioista. Vaikka olen määritellyt tutkielman laadulliseksi, haluan analyysin aluksi tuoda esille joitakin lukujakin. Aineisto ei ole kovin laaja, joten lukujen voidaan pitää suuntaa-antavia.

Kirjoituspyyntö oli otsikoitu ”Lääkkeitä vai ruokaa”. Otsikosta johtuen laskin ne kertomukset, joissa kirjoittaja oli suoraan kertonut tuntevansa nälkää usein. Tässä otin huomioon sekä ravinnon riittävän määrän että monipuolisuuden. Useissa kertomuksissa nälkä liittyi ravinnon suoranaiseen riittämättömyyteen ja yksipuolisuuteen. Kertomuksensa lähettäneistä 11 kertoo kärsivänsä usein nälästä tai puutteellisesta ruokavaliosta. Se on lähes 38 prosenttia kirjoittajista. Kiinnostavaa on se, että nuorten kertomuksissa oli yhdessä maininta nälästä tai ruuan puutetta, tämä kirjoittaja etsi helpotusta asiaan dyykkaamalla. Myös perheellisten kirjoituksista vain yhdessä oli maininta ravinnon niukkuudesta. Eniten nälästä ja ravinnon yksipuolisuudesta kärsivät siis eläkeläiset. Toinen puoli kirjoituspyynnöstä on lääkkeet. Lääkkeistä tai muista välttämättömistä lääkärinmääräämistä terveydenhuollon palveluista tinkii 15 kirjoittajaa, se on lähes 52 prosenttia kirjoittajista. Muutama kirjoittaja kertoo tinkivänsä kaikesta muusta paitsi terveydenhuoltomenoista ja terveellisestä ravinnosta. Monet siis ovat valintatilanteiden edessä lähes päivittäin. Nälästä ja lääkkeistä kerrottaessa mainitaan usein Visa-kortti sekä lainaaminen ja luotolla eläminen.

Maksoin aina lääkäreiden palkkiot ja sairaalakulut ensin, nykyään kelpaa visa-kortti apteekissakin, jotta voi vähitellen maksaa. En ehkä olisi näinkään hyvin selvinnyt, mutta saan työeläkettä, on vähän parempi kuin kansaneläke. (68v eläkeläisnainen/13)

Eläke on juuri sen suuruinen, että kaikki verohelpotukset jäävät saamatta, samoin kaikki tulosisidonnaiset etuudet. Pakko on välillä turvautua lainaan, visa-luotto on jatkuvasti ääri rajoilla, mutta hoito ja lääkkeet on saatu.
(Eläkelaispariskunta/29)

Voiko perusturvan ja perustoimeentulon tasoa pitää riittävänä, jos yli puolet kirjoittajista kertoo, ettei pysty taloudellisista syistä johtuen huolehtimaan terveydestään ja/tai riittävästä ravitsemuksesta. Johtuuko terveyden eriarvoistuminen suoraan taloudellisesta tilanteesta, koska käytettävissä olevat tulot estävät terveydenhoidon ja riittävän monipuolisen ravinnon hankkimisen. Tästä seuraa heti ajatus siitä, mikä on huonon tai puutteellisen ravinnon ja laiminlyödyn lääkeshoidon yhteisvaikutus, kun yleisessä tiedossa on hyvän ja monipuolisen ravinnon vaikutus terveydentilaan ja sairauksien ehkäisyyn.

Nälkä käsitteenä on tunteita herättävä ja on hyvinvointiyhteiskunnassa saanut poliittisiakin piirteitä. Puhuttaessa nälästä voidaan painottaa sitä, että nälkä viittaa ainoastaan fyysiseen aliravitsemukseen eikä pelkästään ravinnon riittämättömyyteen tai kehnouteen. Nälkää koskevilla tulkinnoilla on tätä kautta poliittisia vaikutuksia. Tämä näkyy jo siitä, kuinka suppeaksi tai laajaksi nälän käsitteen ala halutaan rajata tarkentamalla sen sisältöä. Ongelmaa vähättelevät rajaavat käsitteen tiukasta ja laskevat näläksi vaikean aliravitsemuksen, jopa nälkäkuoleman rajalla huojumisen. Toisaalta hetkellinen rahan puutteesta johtuva yksipuolinen ravinto voidaan nimetä näläksi. Näin ollen nälän käsitettä voidaan alitulkita, jolloin ainoana 'todellisena nälkänä' nähdään nälkäkuoleman uhka. Ylitulkinnassa nälkäkokemus vesitetään määrittelemällä nälkä lähes minkä tahansa mielihalun tai pyrkimyksen vajeeksi. (Hänninen, S. 1995, 3, 9.) Tutkielmassa olen pyrkinyt välttämään molempia ääripäitä, kuitenkin nälkäkokemukseksi tulkintani mukaan riittää se, että ravinto on yksipuolista ja sitä on määrällisesti vähän, jolloin henkilö joutuu päivittäin miettimään, miten paljon voi ja on varaa syödä. Aikaisemmin esitetyt luvut on laskettu edellä olevaa tulkintaa apuna käyttäen.

Nälkä käsitteen ohella toimeentulotuki on voimakkaita tunteita herättävä yhteiskunnan tarjoama perusturvaan liittyvä viimesijainen etuus. Kirjoituspyynnössä ei suoranaisesti viitattu toimeentulotukeen, mutta se tuli esiin monissa kirjoituksissa. Kaksitoista kirjoittajaa (34 %) kertoo hakeneensa tai miettineensä toimeentulotuen mahdollisuutta. Erityisesti vanhemmilla kirjoittajilla esiintyi haluttomuutta hakea toimeentulotukea. Muutamat olivat kysyneet toimeentulotuen saannin mahdollisuutta sosiaalitoimistosta, mutta eivät olleet tukea hakeneet, koska kokivat sen hankalaksi tai eivät olleet saaneet riittäviä ohjeita. He myös epäilivät, ettei heillä ole tukeen oikeutta. Joidenkin

kirjoittajien mielestä kohtelu oli sosiaalitoimessa ollut tylyä, joten sen jälkeen he eivät ole tukea yrittäneet hakea. Osalla kirjoittajista oli tuki käynyt mielessä, mutta heillä ei ollut tietoa toimeentulotuen saamisen perusteista, jonka vuoksi he eivät sitä olleet hakeneet, vaikka heillä ehkä oikeus siihen olisikin.

Lääkäri määrää lääkkeitä, mutta ei ole varaa ostaa. Nyt ole itse samassa tilanteessa. (Vanhoilla) Ihmisillä on korkea kynnyks mennä sosiaalitoimistoon. (Yksinäinen eläkeläinen /7.)

Perusturvan kokonaisuudistuksessa on nostettu jälleen esille mahdollisuus siirtää perustoimeentulotuen maksatus Kansaneläkelaitokselle. Toimeentulotuen hakemiseen usein liittyvä tai liitetty häpeä voisi olla näin pienempi, koska Kansaneläkelaitos myöntää mm. lapsilisät, joihin kaikki lapsiperheet ovat oikeutettuja. Näin ajatellen perustoimeentulotuen, johon useimmat terveydenhuoltomenotkin kuuluvat, siirtämistä Kansaneläkelaitokselle voisi pitää perusteltuna. Palveluun liittyvät ongelmat sen sijaan voisivat jäädä, koska kertomuksissa oli viitteitä myös Kansaneläkelaitoksen palvelutason parantamistarpeista. Perustoimeentulotuen siirtämisessä itseäni mietityttävät lähinnä käytännön järjestelyt ja sellaisten henkilöiden asioiden hoito, joilla jo on elämänhallintaan ja erityisesti maksujen hoitamiseen liittyviä ongelmia. Heillä usein myös kirjallinen asiointi on hankalaa ja ymmärtääkseni Kansaneläkelaitos tulisi suosimaan kirjallista asiointia. Tutkielman aineistossa olevien kirjoittajien kohdalla ei kuitenkaan ollut havaittavissa elämänhallinnallisia puutteita, joten heille asiointi Kansaneläkelaitoksen kanssa toimeentulotukiasioissa ei varmaankaan olisi ongelmallista. Toinen sosiaalitoimistoa ja Kansaneläkelaitosta koskeva kritiikki oli päätösten selkeys ja ymmärrettävyys. Päätöksethän tulee olla perusteltuja ja perustelut esitetty niin, että vastaanottaja ne varmasti ymmärtää.

Minulla on säännöllisessä käytössä 5 erilaista masennus- ja ahdistuslääkettä, jotka maksava n. 150€/kk. Omavastuu ylittyy toki jossain vaiheessa, mutta vuosittainen summa on silti kansaneläkkeeseen nähden hyvin korkea.

Sain kelalta hoitotukea joskus aikaisemmin, mutta se lopetettiin yhtäkkisesti ja mielestäni ilman asiallisia perusteluja. Valitukseni eivät menneet läpi. Hoitotuki kattoi suuria lääkekulujani sekä mahdollisti käyntejä psykiatrilla. Nyt se ei enää ole mahdollista. Sosiaalitoimisto ei myöskään halua auttaa lääkekuluissa, vaikka olen kuullut sen olevan mahdollista monessa muussa kaupungissa. Heidän kantansa on, että tuloni riittävät.

Yritin saada myös lääkkeideni erityiskorvattavuutta kelasta, koska se olisi pitänyt saamani infon mukaan olla mahdollista. Masennukseni on ollut psykoottistasoista pahimmillaan, mutta se ei riittänytkaan perusteluksi, vaikka kelan omat tiedotteet kertovat toisin. Valitukseni ei tässäkään asiassa mennyt läpi missään valitusasteessa.

... Puhun seitsemää eri kieltä ja olen tehnyt väitöskirjaa, mutta näistä huolimatta en ymmärrä kelan enkä sosiaalitoimiston kieltä. (noin 40-vuotias nainen/ 12.)

8.2 Minun elämäni, unelmani

Nuorten ryhmään kuuluvissa kirjoituksissa keskeisenä teema on oman elämän aloittamisen vaikeus ja oman paikan löytämisen tärkeys. Nuorten kirjoituksissa tulee esille toimeentulovaikeuksia vaikka terveydenhuoltokuluja ei aivan kohtuuttomasti olisikaan. Nuoresta iästä johtuen tulotaso on ollut aikaisemminkin matala eikä omaisuutta ole ehtinyt karttua, joten heillä ei ole säästöjä, joihin turvata tiukalla hetkellä. Nuorten kohdalla eri sairauksia ei ole lukumääräisesti niin monia kuin eläkkeellä olevilla, joten tämä voisi selittää osaltaan erot terveydenhuoltokuluissa.

Oman yksilöllisen elämänpolun ja paikan löytyminen koetaan hankalaksi ja niukkuus tuntuu jokapäiväisessä elämässä mm. harrastusten karsimisena. Tietynlainen näköalattomuus ja epävarmuus ovat johtavina teemoina kirjoituksissa, nuorten tulevaisuuden usko on koetuksella. Kertomuksista tulee esille seuraavanlaisia kysymyksiä. Löytyykö joskus vakaa elämä ja toimeentulo? Voiko sairauden kanssa tai siitä huolimatta löytää työn ja toimeentulon, jonka varaan voi perustaa elämänsä? Taloudellisten vaikeuksien lisäksi nuorten kirjoituksissa tulee esiin myös sairauden hyväksymiseen ja sen kanssa elämiseen liittyvät ongelmat. Määrittäminen itsensä nuoreksi ja eläkeläiseksi samaan aikaan tuntuu vieraalta. Nuoret kirjoittajat kokevat vaikeana tai nöyryyttävänä myös sen, että joutuvat turvautumaan vanhempiensa apuun vielä täysi-ikäisinäkin erityisesti silloin, kun vanhemmat ovat jo eläkkeellä ja heillä on toimeentulo-ongelmia.

Ruokaan ei riitä rahat, jos maksaa asiallisesti kaikki laskut. Olen joutunut usein pyytämään rahaa vanhalta isältäni, joka on sotainvalidi ja vielä halvaantunut, asuu laitoksessa ja joutuu vielä sinnekin maksamaan (alennetut) eläkkeet. Tarkoitin tällä, että laitoshoidossa vielä jostain kumman syystä alennetaan eläkkeitä!?! Menot ne on sielläkin. (työkyvyttömyyseläkkeellä/18.)

Eräässä kirjoituksessa taloudellisen tilanteen ratkaisemiseksi oli pohdittu varsin radikaaleja keinoja, tämä oli kuitenkin poikkeus kirjoitusten joukossa. Kirjoittaja tuntuu katkeroituneeltakin, mutta taustalla on ironisia sävyjä.

Elämäni on katkeraa selviytymistä päivästä päivään. Haaveilen lomamatkasta aurinkoon ja lämpöön pois tästä kaikesta. Haaveilen myös, että joskus maailmassa voisin ostaa kuukausikortin kuntosalille ja käydä kaikissa ihanissa uusissa jumbissa. Välillä mietin ryhtymistä huumekauppiaksi tai prostituoiduksi, mutta toistaiseksi voimani eivät ole riittäneet sen toteuttamiseen. Ehkä onneksi niin, en tiedä. (noin 40-vuotias nainen/ 12.)

Vaikka nuorten kertomuksissa ei tullut esille kohtuuttomia terveydenhuoltomenoja, nousi heidänkin kirjoituksissaan esiin lääkkeiden hinta, korvauskäytännöt ja maksukatot. Yleisesti tutkielmaan aineistona olevissa kirjoituksissa ei mainittu lääkekorvauksiin liittyviä väärinkäytöksiä. Vain yhdessä kirjoituksessa sivuttiin väärinkäytöksiä liittyen etuihin tai korvauksiin, tämä kirjoitus oli nuorten ryhmässä. Väärinkäytöstä perusteltiin kirjoituksessa suurilla terveydenhuoltomenoilla sekä sairaudesta johtuvalla työpaikan vaihdolla, josta seurauksena oli tulojen huomattava aleneminen. Muuten nuorten ryhmän kirjoitukset keskittyivät enemmän juuri oman elämän ja tulevaisuuden pohdintaan. Yhteiskunnan tarjoamat korvaukset tai palvelut eivät olleet nuorten kirjoituksissa päällimmäisinä. Vain kahdessa kirjoituksessa kommentoitiin suoraan yhteiskunnan tarjoaman perusturvan tasoa ja erityisesti sen mataluutta. Tämän voi osoittaa kertovan siitä, että nuorten tavoitteena on löytää paikka työelämässä, mikäli se vaan on terveyden puolesta mahdollista, ja elättää itsensä palkkatyöllä.

Minun tarinani ei ehkä ole juuri noin traumaattinen kuin minkä vaikutelman saa otsikosta ”Lääkkeitä vai ruokaa”, mutta sairastuminen keskivaikeaan astmaan kolme vuotta sitten on aiheuttanut hassuja taloudellisia tilanteita. // Työpaikan vaihto tosin aiheutti myös tulojen romahtamisen. Bruttotulo putosi vuodessa 10 000€. Puhutaan siis oikeasti isosta muutoksesta. // Ikävintä kuitenkin on tilanteet joista on selkeää terveydellistä haittaa. Eli kyynänpääni kipeytyi. Lääkäri suosittelee fysioterapiaa. Minun oli pakko sanoa että ei ole varaa. Kelahan korvaa lääkärin määräämistä fysioterapioista vain minimaallisen osan. Ja olin jo edellä kertomistani seikoista johtuen muutenkin tiukassa taloudellisessa tilanteessa. Näin ollen käteni jäi käytännössä hoitamatta. Nyt odotan saman vaivan takia leikkaukseen. Kovat kivut lannistan särkylääkkeillä joihin tuttavani haki lääkäriltä reseptin ja kela maksoi (hänelle kun olit toi lääke katto tullut täyteen). (työssäkäyvä nuori/ 27.)

Juonellisesti olen luokitellut nuorten kertomukset tragedioiksi, koska esille tulee vastakkainasetteluja nuorten omien toiveiden sekä tavoitteisen ja yhteiskunnan välillä. He haluaisivat löytää paikkansa ja päästä niin sanotusti elämässä eteenpäin, saavuttaa jotakin pysyvää. Vastakkainasettelu näkyy selvästi kirjoituksissa nuorten ja viranomaisten välillä. Kirjoituksista huokuu epäluottamusta viranomaisia ja päättäjiä kohtaan. Nuoret kokevat viranomaisten suhtautumisen jollakin tasolla syrjivänä. Eivätkä viranomaiset tai työnantajat ota heidän

sairauksiaan ja kokemuksiin sairaudesta vakavasti. Lindroosin jaottelussa nuoret sopivat taistelija-luokkaan, koska nuoret haluavat saavuttaa oman paikkansa elämässä ja toimia itsenäisesti paremman huomisen puolesta, vaikka kertomusten kirjoittamishetkellä elämässä kaikki tai lähes kaikki tuntuu vaikealta.

Kävin sosiaalitoimistossakin kysymässä väliaikaista apua elämiseen. Tylysti siellä sanottiin, että pitää myydä autoa, (ainoa asia minkä työtä tehden olin saanut hankittua) jos meinasin vielä saada rahallista apua. (pyysin vain väliaikaista apua jotta pääsen jaloilleni. Aloin heti etsimään työtä, vaikka olen sairaudestani ymmälläni)... hain oppisopimuspaikkaa lastentarhaan. Että olisin sitä kautta valmistunut lähihoitajaksi, mutta sielläkin se oli rahasta kiinni. Muuten olisivat minut sinne ottaneet. Niinpä sekin unelma mikä olisi sivunnut ihmisten kanssa olemista meni ohi. Nyt olen taas ilman työtä, hukassa, rahaton edelleen unelmineni hukassa. (noin 30-vuotias mies/ 31.)

Minulle ei niin kuin löydy tai ei tahallaan anneta normaaleja palveluita, täällä viranomaiset harrastava jo sellaista syrjintäpolitiikkaa. Yrittävät vain viedä minun rahani ja sitten päälle jätetään ”oman onnen nojaan” tahallaan ja silkkää ilkeyttä ja pahansuopaisuutta. Sitten tämä ”rouva” on vielä helluntailaisuskovainen. (työkyvyttömyyseläkkeellä/18.)

8.3 Lapsille yrittää parasta laittoa

Perheellisten kirjoittamia kertomuksia saapui määräaikaan mennessä viisi kappaletta. Vain yhdessä kirjoituksessa sairaudet koskivat perheen lapsia, muissa tapauksissa sairaus ja suuret terveydenhuollon kustannukset koskivat perheen toista vanhempaa. Kertomuksissa tulee esille sairauden ja lisääntyvien kustannusten vaikutus parisuhteeseen. Toisissa kertomuksissa suhde tiivistyy ja pyrkimyksenä on yhdessä ja yhteisin uhrauksin päästä hankalien aikojen yli. Osassa kertomuksia sairastunut jää yksin kamppailemaan sairauden ja siitä aiheutuvien kustannusten kanssa. Tilanne on taloudellisesti hankala ja haastava niissä perheissä, joissa toinen ei halua osallistua puolisonsa terveydenhoitokustannuksiin, vaan haluaa käyttää ansaitsemansa rahansa itseensä eikä koko perheen hyväksi. Molemmissa tilanteissa seurauksena on se, että aikuiset joutuvat tinkimään omista menoistaan ja harrastuksistaan. Yhdistävä tekijä kertomuksissa on pyrkimys saada lapsille kaikki tarpeellinen.

Hankin myös silloin luotollisen pankkikortin selviytyäkseni lisääntyneistä lääkekuiluista. Perheessä myös kaksi peruskouluikäistä lasta ja itsekäs aviomies, joka

ei millään lailla ole rahallisesti tullut vastaan jäädessäni osatyökyvyttömyyseläkkeelle. // Niinpä kuljen nyt rikkiäisillä Ecco kävelykengillä ja Ecco talvikengistä vetoketju rikki. Etusijalle on laitettava kuitenkin kasvavien lasten vaatekulut, koska koulumaailma julma. Elokuussa jouduin hankkimaan myös monitehosilmälasit, hinta 550 euroa ja silti näöntarkkuus ei riittävä, koska harmaakaihit molemmissa silmissä. Silmänpaineet 25, eikä nykyinen silmälääkäri tehnyt mitään paineitten alentamiseksi, niinpä joudun nyt menemään uudelleen silmälääkärille, joka glaukoomaan erikoistuntu. // Lasten koulukuvat tulevat maksuun, lapsilisistä maksettava seutulippu... huh, olen elämänmyönteinen ja huumorintajuinen ihminen, mutta tällä hetkellä suren suuresti, että olen menettänyt itsenäisyyteni ja mahdollisuuden edes pienesti spontaanisti ilahduttaa 11 ja 13 -vuotiaita lapsiani, lievä masennus aiheuttaa päivittäisiä itkunpuuskia, mies antaa pakon edestä rahaa lasten harrastuksiin, mutta itseltä pitäisi löytyä raha vaatteisiin ja monipuoliseen ruokaan. (44-vuotias nainen/ 6.)

Perheellisten kertomuksissa suhtautuminen viranomaisiin tai päättäjiin on kohtuullisen neutraalia. Kriittisimmän arvion saan Kansaneläkelaitos, tukipäätöksiä on jouduttu odottamaan kohtuuttoman pitkään ja kirjoituksissa tuli esille myös ristiriitoja hoitavan lääkärin ja Kansaneläkelaitoksen lääkärin arvioissa. Myös työvoimahallinnon ja eläkelaitosten ristiriitaiset päätökset ja näkemykset asiakkaan tilanteesta aiheuttivat hämmästyä. Eräs kirjoittaja kertoo, että työvoimahallinnon mielestä hän oli työkyvytön ja eläkelaitoksen mielestä työkykyinen. Eniten esiintyy toivomusta joustavammasta ja perheen kokonaisuudessaan huomioivasta käsittelystä sosiaaliturvaetuuksia määriteltäessä. Perheiden yhteiset maksukatot otettaisiin ilolla vastaan varsinkin perheissä, joissa on useampia sairastavia lapsia. Kansaneläkelaitoksen korvausten tasoa pidettiin matalana, koska esimerkiksi silmälääkärissä on lähes aina käytävä yksityisellä puolella. Julkinen terveydenhuolto sai kritiikkiä pitkistä jonoista ja siitä, että esimerkiksi hammashuollossa suositellaan yksityisen puolen palveluita. Eräs kirjoittaja oli erityisen kiitollinen siitä, että vielä pystyy työssä käymään ja saa työterveyshuollossa erinomaista hoitoa. Myös puolison tulojen huomiointi työttömyysturvaa määriteltäessä koettiin epäreiluksi. Tähän asiaan on jo tulossa lainsäädännössä muutoksia. Sosiaalitoimistossa asioinnista kertoi vain yksi kirjoittaja. Muut eivät asiasta kirjoittaneet, joten ilmeisesti toimeentulotukea he eivät ole hakeneet. Kirjoituksia lukiessani itse kuitenkin ryhdyin heti laskemaan mahdollista toimeentulotukioikeutta. Osalla mielestäni olisi ollut mahdollisuus saada tukea sitäkin kautta. Voi kuitenkin olla monia syitä miksi apua ei sieltä suunnasta ole haettu, kuten jo monesti esille tullut häpeä tai jopa tiedon puute. Sosiaalitoimistossa asioinnista kirjoittanut oli ainakin sillä kertaa saanut kaipaamaansa apua.

Kelassa ei uskota lääkäreiden moraaliin ja ammattitaitoon. Olen useamman kerran miettinyt, että jättäisikö kelan lääkäri hoitavan lääkärin lapselleen määräämät lääkkeet

ostamat, kun ne kelan mukaan eivät ole välttämättömiä. Lastemme lääkärin mukaan niinkin on käynyt, etteivät vanhemmat ole noudattaneet lääkärin määräämää lääkitystä tai dieettiä kelan kielteisen päätöksen vuoksi. (Nelilapsinen perhe/9.)

Lindroosin luokittelulla taistelija -määritelmä ei sovi perheellisten ryhmään, koska voimakasta vastakkainasettelua esimerkiksi viranomaisia kohtaan ei nouse esiin. Kertomuksissa tulee esille teemoja lähes kaikista luokista. Elämä on niukkaa ja valintoja joudutaan tekemään, mutta perheet haluavat pärjätä omillaan ja lapsiin sijoittaminen koetaan kannattavaksi eräs kirjoittaja tiivistää tämän seuraavasti 'rikkaus ei ole rahasta kiinni'. Perheellisten kertomuksissa nousi eniten esiin luovien selviytyjien luokan piirteitä. Kirjoittajat kokevat elämänsä pääsääntöisesti merkitykselliseksi ja tärkeäksi. Tulevaisuus ei näytä synkältä, vaan tulevaisuus otetaan optimistisesti vastaan. He myös ottavat annetun ja saatavilla olevan avun vastaan, vaikka pyrkimyksenä onkin selvittää itsenäisesti taloudellisesti hankalista hetkistä. Kertomusten määrä tässä ryhmässä, kuten nuortenkin ryhmässä, on varsin pieni, joten selvää luokittelua ja tyyppittelyä ei näiden perusteella voi tehdä.

Sen sijaan rahaa menee rakennustarvikkeisiin, kun remontoimme omin käsin lisää tilaa lapsille ja lasten harrastuksiin. Lapsiin kannattaa sijoittaa. Mielestäni rikkaus ei olekaan rahasta kiinni. Elämme rikasta ja onnellista elämää lastemme ja valintojemme vuoksi. Kroonisesti sairaalle lapselle on turvallinen koti ja rakkaus mielestäni tärkeimmät mitä vanhemmat voivat tarjota, mutta muutaman epäkohdankorjaaminen voisi auttaa ja kannustaa vanhempia jaksamaan. (Nelilapsinen perhe/9.)

Juonityypillisesti perheellisten kertomuksista ei pysty löytämään selvää ja yhdenmukaista tyyppillisiä piirteitä. Jonkinlaisia sankaritarinallisia piirteitä on havaittavissa pyrkimyksessä saada lapsen asiat järjestettyä parhaalle mahdolliselle tavalle omasta hyvinvoinnista ja mielihaluista tinkimällä. Tähän liittyy juonityypillisesti tragedian piirteitä, koska usein lasten parhaaksi toimiminen tarkoittaa sitä, että omia tarpeita ei pystytäkään, voida tai haluta tyydyttää. Lasten ja vanhempien tarpeet ovat tällä tavalla ajateltuna vastakkaiset. Vanhemmat ovat kuitenkin pääsääntöisesti valmiita uhrautumaan lastensa vuoksi. Uhrautuminen on ehkä voimakas sana tässä yhteydessä, kuvaavampi voisi olla luopuminen tai tarpeiden toteuttamisen siirtäminen, kunnes lapset ovat kasvaneet vanhemmiksi.

8.4 Onpa hyvä, että saan nyt kirjoittaa tästä köyhyydestä

Eläkeläisten kirjoitusten ryhmästä tuli tutkielman laajin. Tähän luokkaan sijoitettavia kirjoituksia tuli 19 kappaletta. Syitä tähän on varmasti monia. Iän karttuessa erilaiset sairaudet lisääntyvät ja niihin liittyvät kulut nousevat. Syynä voi olla myös se, että varsinkin iäkkäimpien eläkeläisten tulona voi olla pelkkä kansaneläke ilman työeläkkeitä ja tulojen pienuudesta johtuen heillä on eniten toimeentulovaikeuksia. Kirjoituspyyntökin on voitu ymmärtää niin, että kirjoituksia kaivattiin juuri eläkeläisiltä. Eräs kirjoittaja aloitti: 'Ymmärrän kyllä, että tässä kartoitetaan lähinnä pelkän kansaneläkkeen varassa elävän yksinäisen sairaan toimeentulovaikeuksia.' Näin ei kuitenkaan ollut tarkoitus, vaan kirjoituksia nimenomaan haluttiin kaikilta, joita asia koskettaa.

Erityispiirteenä tämän ryhmän kirjoituksissa muihin verrattuna oli se, että esiin tuli paljon rajoituksia ruoka-aineiden käytössä. Useimmiten ruoka-ainerajoitukset ovat sellaisia, että edullisimmat elintarvikkeet eivät sovi. Ruoka-aineherkkyydet johtuivat kirjoittajien mukaan pitkään jatkuneesta runsaasta lääkkeiden käytöstä ja joissakin tapauksissa nuoruudessa toteamatta jäänyt sairaus, kuten diabetes on ehtinyt aiheuttanut jo vakavia seurauksia, joiden vuoksi ruoka rajoittuu soseisiin ja keittoihin.

Koska eläkeläisten luokkaan ryhmiteltyjä kirjoituksia tuli eniten, kirjoituksissa tuli hyvin esille kirjoituspyynnössä esitettyjä asioita.

Monissa kirjoituksissa kiinnitettiin huomiota toimeentulon riittävyteen. Kovinkaan moni ei suoraan kertonut tulojaan tai menojaan. Ne muutamat kirjoittajat, jotka kertoivat tulonsa ja erityisesti terveydenhuoltoon käyttämänsä varat osoittavat, että terveydenhuolto vie paljon käytettävistä olevista tuloista. Laskujeni mukaan kaikki, jotka kertoivat tulonsa ja terveydenhuoltomenonsa, käyttivät tuloistaan yli 15 prosenttia terveydenhuoltoon, eräiden kohdalla luku lähenteli 30 prosenttia. Lukuja ei tietenkään voi pitää tarkkoina, koska kirjoittajat eivät kertoneet tarkkoja lukuja menoistaan ja tuloistaan. Menot on laskettu kaikista käytettävissä olevista tuloista laskettuna, näiden lisäksi pitää tietenkin maksaa asuminen ja ravinto. Kaipainen ja Klavus (ks. luku 6.2) ovat määritelleet asiakasmaksut katastrofaalisiksi, mikäli ne ovat yli 40 prosenttia henkilön maksukyvyistä. Huomion arvoista on myös se, että kaikkien näiden kirjoittajien käytettävissä oleva tulo jäi alle yksin asuvalle määritellyn köyhyysrajan, vain yhdellä tulonsa kertoneista kirjoittajista tulot olivat yli 1000 euroa.

Toimeentuloon läheisesti liittyviin Kansaneläkelaitoksen korvauksiin otettiin kantaa puolesta ja vastaan. Maksukattojen olemassaolo koettiin hyväksi, mutta niiden kohdentumista ei pidetty tasa-arvoisena. Myös korvausperusteet mietityttivät kirjoittajia, miksi sama lääke korvataan eritavalla eri sairauksissa? Monet kertoivat, että jokin maksukatoista, useimmiten lääkekatto, täyttyy jo puolessa välissä vuotta. Erilaisten maksukattojen olemassaolo koettiin kuitenkin hankalaksi ja korvausten hakeminen ylipäättään vaikeaksi. Kattojen yhdistäminen tuli kirjoituksissa esille. Tämän lisäksi toivottiin, että maksukattojen rajoissa otettaisiin huomioon jollakin tavalla hakijan tulot. Kirjoituksista huomasin, että erityisesti terveydenhuollon matkoihin liittyvä maksukatto on varsin vähän käytetty. Tässä kirjoittajaryhmässä oli eniten henkilöitä, joilla oli liikkumisen kanssa ongelmia, joten heillä olisi mahdollisuus hyötyä maksukaton, mikäli sitä osattaisiin käyttää. Liikkumiseen liittyvät ongelmat olivat joko terveydentilaan liittyviä tai sitten henkilöt asuivat haja-asutusalueella, jossa julkinen liikenne oli harvaa tai muuten huonosti järjestetty. Eniten käytetty ja parhaiten kirjoittajien tiedossa oli juuri lääkekatto. Kunnallisen terveydenhuollon maksukatto oli kirjoittajien mielestä liian korkea, eikä siitä ole apua korkeisiin terveydenhuollon kustannuksiin. Ehkä juuri tämän vuoksi toivottiin maksukattojen yhdistämistä. Lääkekaton rajaa pidettiin liian korkealta varsinkin silloin kun kirjoittajalla oli runsaasti lääkkeitä tai ne ovat niin kalliita, että maksukatto täyttyy jo ensimmäisellä kerralla.

Vuosittaiset lääkekatot täyttyvät aina keväällä tai alkukesästä – ja nyt kun kela rankaisee meitä paljon lääkkeitä maksamaan joutuvia vielä erityisellä 1,50 euron lisämaksulla, jokaisen lääkkeenosto yhteydessä niin paljon, 14-15 lääkkeen päivittäin käyttävää + antibiootit yms. lisänä, tulee tässäkin muodossa melkoinen summa. Kela myös ei korvaa kaikkia lääkkeitä ollenkaan // Arcoxia kipulääke on kallis korvattunakin ja Plavix verenkiertolääke joka tuli aivoinfarktin jälkeen estolääkkeeksi koska allergiani takia en voi käyttää asetosalisyylejä. Jos olisin sydänsairas, niin kela antaisi erityiskorvauksen siihen, mutta ei korvaa aivoinfarktin (huomaatteko, että on ollut ko. sairaus) takia. Se on väärin! Yhtä vaarallisiahan ovat! (Monisairas 70-vuotias nainen, alleviivaukset kirjoittajan 20.)

Lindroosin jaotteluun pohjaten voisi olettaa, että eläkeläisten ryhmästä löytyisi useampaan ryhmään sopivia kertomuksia. Lukiessani kertomuksia tein niistä jaottelua Lindroosin nelikentän mukaan. Kertomukset eivät tietenkään kaikilta osin puhtaasti sovi tiettyyn luokkaan. Kertomuksista löytyi kuusi kirjoitusta, jotka pääasiallisesti sisälsivät hiljaisille köyhille tyypillisiä sävyjä, viisi taistelija

luokkaan kuuluvaa, kolme itsellisen sopeutujan kertomusta ja samoin kolme luovan selviytyjän kirjoitusta. Kahta kirjoitusta ei voinut sovittaa suoraan mihinkään näistä luokista.

Juonityyppien osalta ryhmä ei poikkea aikaisemmista, kaikki kertomukset on luokiteltavissa tragedioiksi. Kuitenkin Lindroosin luokittelun kautta eläkeläisten kertomuksien juonityypeissä on mahdollisuus nähdä erilaisia sävyjä. Nämä sävyerot tulevat esiin mm. kirjoittajien yleisessä elämänasenteessa, selviytymiskeinoissa ja tulevaisuusorientaatioissa.

Itselliselle sopeutujalle on kunnia-asia pärjätä omillaan ja sopeuttaa menot tuloihin, myös velanottoa ja lainoja vältellään viimeiseen asti. Selviämiskeinoissa he eivät keskity henkisiin asioihin, vaan tuovat esille keinoja selvitä materiaalisista puutteista. Tulevaisuus näyttäytyy sinnittelynä niukkuuden keskellä. Heidän mielestään köyhyyttä ei kuitenkaan haluta näyttää muille. Tämän vuoksi apua ei haluta hakea kuin pakon edessä, koska se koetaan nöyryyttäväksi ja vastenmieliseksi. Tausta-ajatuksena on, että koskaan ei ole tottunut parempaan ja muilla on varmasti vielä huonommin. Kertomuksissa tulee esille myös se, että kirjoittajat muistivat viranomaisten nihkeän asenteen ja mahdollisen työkeän kohtelun pitkään. Lopputuloksena tällaisista kokemuksista on se, että apua ei toista kertaa edes haettu.

Vaikka elän pienillä tuloilla, en ole koskaan ottanut velkaa, minulle on kunnia-asia, että elän tulojeni mukaan. Elämä on sitten paljon kärsimystä ja puutetta. Esim. televisiota minulle ei ole, ei tule sanomalehteä, ei ole tietokonetta ym. Koskahan saisin nauttia elämästä, annetaanko siihen mahdollisuus ko. työryhmän myötä? (Yksi ääni/ 23.)

Hiljaisten köyhien kirjoitukset ovat niukkoja ja lyhyitä tilanneraportin kaltaisia. He ovat niitä joiden, tavoittaminen kirjoituskilpailujen ja kirjoituspyyntöjen kautta on vaikeata. Kertomuksissa tulee esiin, että elämä on näyttänyt heille nurjan puolensa, eikä heillä ole voimia tai halua kapinoida 'kohtaloon' vastaan. Elämä tuntuu merkityksettömältä taistelulta, eivätkä he aseta tulevaisuudelle toiveita paremmasta. He ovat alistuneet köyhään ja niukkaan elämäänsä hiljaa. Tutkielman aineistossa oli kuitenkin yllättävän monta tähän ryhmään luokiteltavia kirjoituksia, koska edellä kirjoitettujen määritelmien perusteella ajattelen heidät eniten syrjäytymisvaarassa oleviksi tämän jaottelun mukaan. Eläkeläisten kirjoituksista kuusi oli suoraan tähän luokkaan sopivia, osassa muita kertomuksia nämä piirteet esiintyivät enemmän sekoittuneina. Alla on tyypillinen hiljaisen köyhän kertomus kokonaisuudessaan.

Olen 64-vuotias työkyvyttömyyseläke 700€/kk. Muita tuloja ei ole. Asun yksin (4 lasta) vuokra 400€/kk + sähkö, vesi. Peruselämiseen ei riitä tulot. Jää ostamatta: päivälehdet, TV-lupa, erikoisruokavalio, lääkkeet ym. silmälääkäri. Rintojen mammografia-tutkimukseen tuli aikavaraus. Oli peruttava, koska olikin maksullinen 25€. (Varakkailla on oikeus tutkimukseen?)

Matkat haavetta. Yksinäinen joutuu maksamaan esim. 1 henk. huoneesta tuplahinta. Olen masentunut, yksinäinen, köyhyysloukussa, josta tulevaisuus huono. (Tietokoneesta haave ja puhelimesta) (24.)

Kolmessa muussa kirjoituksessa oli tunnelmat tiivistetty kertomuksen lopussa lausahduksiin: 'Köyhyys syö terveyden', 'Lopen väsynyt köyhä' ja 'Käy kuin entiselle pojalle, kuoli pois juuri kun oppi olemaan syömättä.'

Lindroosin jaottelua pohtiessani ja erityisesti eläkeläiset -luokan kirjoituksia lukiessani olisin valmis yhdistämään hiljaisten köyhien- ja taistelijat -luokan. Kirjoituksissa tulee esiin yhtymäkohtia. Mielestäni hiljaisista köyhistä taistelijat -ryhmän erottaa lähinnä katkeruus viranomaisia ja yhteiskuntaa vastaan ja sen esille tuominen. Tavallaan taistelijat -luokkaan kuuluvien elämänasenne on pessimistisempi, kun taas hiljaiset köyhät ovat lähinnä tyytyneet kohtaloonsa. Taistelijat siis näyttäytyvät katkerina ja vihaisina, he myös suhtautuvat köyhyyteen negatiivisena asiana elämässään. Taistelijat -luokkaan kuuluvien asenne ja ero hiljaisiin köyhiin tulee esille siinä, että he haluavat parantaa tilannettaan. Lähtökohtana heillä kuitenkin on, että vain taloudellisen tilanteen koheneminen voisi tuoda onnellisuutta. Tämä ryhmä myös kirjoittaa paljon siitä, mitä ongelmia he näkevät viranomaisten toiminnassa.

Pölynimurin imuletku on ollut jo yli ½v paikattu maalarinteipillä murtuman kohdalta. Kun edellinen hajosi 2½ v sitten niin jouduin menemään alueen diakonin luo, ensimmäinen kerta elämässäni – myös viimeinen, jos siellä on sama henkilö, kohtelu oli niin halpamaista ja nöyryyttävää. Oli luullut ikäni kirkollisveroa maksaneeni sieltä edes saavani jotakin ahdinkooni. Sainkin muutaman ruokalapun määrättyyn kauppaan – mutta evästyksellä, useaan kertaan toistettuna: ”Sillä ei saa ostaa alkoholi, tupakkaa eikä jäätelöä” (Minulla on vielä 2 pientä lastenlasta ja 3 pientä lastenlastenlasta joille tarjoan jäätelöä) Lisäksi mieshenkilön huoneeseen oli ovi auki, hän kävi jatkuvasti keskustelemassa diakonin kanssa omista asioistaan, mm. mihin ja milloin menevät syömään yms. Minkäänlaista yksityisyyttä ei ollut! Nöyryyttävää! Luulisi (pärstästäkin) naamastakin näkevän kuka on juoppo, huijari tms. (monisairas 70-vuotias/ 20.)

Korotettua hoitotukea en saanut kun ensimmäisen vuoden, jonka vei sosiaalitoimi vedoten että olen saanut toimeentulotukea. Onko oikein. kaikilla täällä päättäjillä on käsitys, että minun aivotoimintani ei toimi, joten minua voi huijata. Ainoa tukeni on

ollut seurakunta diakoni, joka tuo joskus leipäkassin ja auttoi minua velkasaneerauksen alullepanossa. (epätoivoinen/ 4.)

Luovat selviytyjät korostavat henkisiä arvoja, selviytymiskeinona ovat mielikuvitus ja luovuus. Tulevaisuutta kohtaan he ovat toiveikkaita ja tuntevat itsensä kaikesta huolimatta onnellisiksi. Toteamus 'raha ei tee onnelliseksi' on heille tyypillinen lausahdus. Osallistuminen yhteiskunnan ja kansalaisjärjestöjen toimintaan on heille tärkeätä. Suhde yhteiskuntaan ja viranomaisiin ei ole katkeruuden sävyttämää, vaan asioihin halutaan puuttua ja saada aikaan parannuksia osallistumalla toimintaan omien voimien ja kykyjen mukaan. Osallistumismahdollisuuksien puute herättää tässä ryhmässä eniten katkeruutta. Erityisesti se, että taloudellisen tilanteen vuoksi ei voi osallistua niihin tapahtumiin joihin haluaisi. Esteenä on lähinnä liikkumisen vaikeus ja kalleus. Toisilla terveys asettaa rajoituksia.

Tänä vuonna muin viimeisetkin Elisa-puhelimen osakkeen. Myin vähitellen tarpeisiini. Viimeiset 15kpl tänä keväänä. Tämä oli kova ratkaisu, yritin pitää vararahastoa jos tulee yllättävää esim. sairaalakuluja. Mieluiten olisin pitänyt ne kokonaan, vaikka lapsille kuoleman varalle. // Joten olen tällainen taistelijataiteilija. Mukava olisi hellittää hiukan. Olen paljon saanutkin, kaikki ei ole rahassa mitattavissa. (66-vuotias eläkeläinen/ 28.)

Tosin Kela Sanomat antaa kyllä näistä tietoa, jos asiakas osaa niitä lehdestä hakea. Sama on tilanne eläkettä saavien hoitotuen saantioikeustietojen etsimisessä ja hoitotukihakuohjeiden puutteen poistamisessa. Olen toiminut pitkään vammaistoiminnassa ja tiedän nämä asiat sekä olen monia pienituloisia ja monisairaita opastanut, jopa lehtikirjoituksillanikin sekä useita sairaalahuonetovereitakin. (68-vuotias mies/ 22.)

Kuten edellä on jo mainittu, kertomukset ovat juonityypillisesti luokiteltavissa tragedioiksi. Lindroosin jaottelusta liikkeelle lähtien tarinaan voi löytää erilaisia loppuratkaisuja ja sävyjä eri luokissa, vaikka kaikissa kirjoituksissa nousee esille jonkinasteinen taistelu 'pahoja voimia' eli yhteiskunnan osittain epäreiluksi koettuja järjestelmiä vastaan. Tässä eläkeläisten ryhmässä, vääränä koetaan lähinnä se, ettei yhteiskunta, jota he ovat olleet rakentamassa, pidä nyt vanhenevista ja usein monienkin sairauksien kanssa taistelevista ihmisistä huolta.

Itsellinen sopeutuja ja luova selviytyjä näkevät tulevaisuuden ja tarinan mahdollisen loppuratkaisun positiivisena. Heille elämässä on edelleen mahdollisuuksia ja toivo paremmasta tulevaisuudesta, taloudellisessakin mielessä, elää. Esiin ei tule suoraa katkeruutta viranomaisia kohtaa. Pärjääminen on heidän mielestään enemmän itsestä kiinni. Näiden ryhmien kirjoittajat ovat erityisen aktiivisia

kotitarveviljelijöitä ja marjastajia. Tämä kertoo siitä, että halutaan selviytyä itsenäisesti. Monissa kirjoituksissa tulee myös esille, että muuten he eivät söisi vihanneksia tai marjoja, koska heillä ei olisi varaa ostaa niitä.

Itse viljelen perunaa, porkkanaa ja vähän sipulia, ne riittävät joulun asti. Ja kerään marjat talven varalle. Hyvät ystävät tuovat joskus kalaa koska he tietävät, että minun eläke ei riitä lääkkeisiin, sähkөөn, veteen ja lämmitysöljyyn.(10.)

Sosiaalinen elämäni on kapeutunut, ihmiset ympäriltä vähentyneet, tukiverkko pieni. En pysty osallistumaan selän kunto rajoittaa. Seurakuntayhteys on hyvä ja käyn laulamassa, kurseilla, piireissä tapaan ihmisiä. Mutta sielläkin koen itseni ”nukkavieruksi”. En tahtoisi erottua toimeentulevien hyväosaisten joukosta, mutta käyn aamupysäkillä 1€ puurolla (joka toinen ti). Yksinäisyys silti ahdistaa. (66-vuotias eläkeläinen/ 28.)

Hiljaisien köyhien ja taistelijoiden luokissa ei tarinallisesti ajatellen positiiviselle loppuratkaisulle nähdä mahdollisuuksia. Joko kirjoittajat ovat alistuneet kohtaloonsa ilman toivoa paremmasta tai he kokevat taistelun hävityksi ja katkeroituneet. Kokemuksena on se, että heidät on unohdettu ja yhteiskunnan tarjoamat palvelut on järjestetty niin, että niitä on lähes mahdoton saada. Tässä ryhmässä korvausten ja erilaisten tukien hakeminen nähdään hankalana ja esiin nousee kokemus, että viranomaiset yrittävät vain etsiä keinoja ja perusteluja sille, ettei haettua tukea tarvitsisi myöntää.

Mutta katkera olen! Miksei nosteta eläkettäni sille tasolle, että hieman paremmin voisin elää?! En koskaan pääse virkistäytymään. En matkoille kuntoutukseen. Kaipaan kipeästi hierontaa. Itsekin ihmettelen välillä miten jaksan kun lapsesta asti tehnyt työtä toisten hyväksi. Asunut kopperoissa. Petetty omaisuusasiassa. Siksi näin köyhä olenkin! Lisäksi olen vailla tukevia sukulaisia. Niitä ystäviäkin jotka auttaisivat. Kun kuolen taidan jäädä maan päälle. Paikallinen sos.nainen ei anna arkkurahaakaan kun eväsi toimeentulotuen. Sen kiellon johdosta oli pakko ottaa velkaa. (katkera köyhä/ 3.)

8.5 Tyypillinen tarina, onko sitä?

Kaikkien ryhmien kertomuksista löytyy samankaltaisia piirteitä. Tämä voi tietysti johtua ryhmästä, jolle kirjoituspyyntö suunnattiin tai kirjoittajat ovat olettaneet jotakin siitä, millaisia kirjoituksia mahdollisesti haluttaisiin. Saapuneet kirjoitukset myös painoutuivat niin, että eläkeläisten lähettämät kertomukset olivat enemmistönä. Tämä kertomusten jonkinasteinen epätasapaino vaikuttaa osaltaan

löytyviin juoni- ja tarinatyyppeihin. Edeltävässä luvussa oli jo pohdintaa siitä, miksi kertomusten jakauma on mikä on. Tämä ei kuitenkaan vähennä kirjoitusten arvoa ja kertomukset ovat todellisuutta niiden kirjoittajille.

Lähes kaikki kirjoittajat hoitavat kertomansa mukaan raha-asiansa itsenäisesti, joten mahdolliset taloudelliset vaikeudet eivät johdu yleisistä elämänhallinnan ongelmista. Vain yhdellä kertomuksen kirjoittaneista nuorten ryhmään luokitetulla raha-asioitaan hoitaa edunvalvoja.

Tarinoiden yhtäläisyyksiä etsiessä esille tulivat teemat nälkä ja ruuan riittävyys, lääkkeitä ja terveydenhoidosta tinkiminen, velkaantuminen, viranomaisten suhtautuminen sekä päättäjiin liittyvät asenteet. Esiin nousi myös normaaliin jokapäiväiseen elämään liittyvät asiat, kuten harrastustoiminta, TV ja lehdet, säästäminen. Kirjoittajat kertoivat myös selviytymiskeinoistaan.

Tyypillisessä tarinassa käsitellään niukkuutta ja säätämistä joko ruuasta tai muista jokapäiväisistä menoista. Useimmiten vastakkain asetetaan lääkkeitä ja terveydenhoito sekä riittävä ravinto. Ratkaisu tässä kysymyksessä ei kaikilla ole sama. Useat ovat kuitenkin kokeilleet, miten lääkkeiden ostamatta jättäminen vaikuttaa ja näiden kokemusten perusteella tekevät taloudellisesti vaikeassa tilanteessa valinnan ruuan ja terveydenhoidon välillä.

En pärjää ilman lääkitystä. Tiedän sen, koska olen pari kertaa lopettanut sen. Toisin sanoen lääkkeisiin on pakko olla varaa. Ongelmana on se, että rahani eivät riitä sellaiseen ruokaan, jota minun tulisi fyysisen kuntoni tähden syödä. Joudun syömään liian vähän ja liian yksipuolisesti. Minulla on vielä pahaksi onneksi keliakia, eli leipäjonojen tarjoama viljapainotteinen ruoka ei ole mahdollinen. (40-vuotias nainen/12.)

Kirjoituksissa tulee usein esiin myös velkaantuminen ja lainanotto. Velka voi olla pankkivelkaa tai niin sanottua epävirallista lainaa sukulaisilta, kavereilta tai tuttavilta. Joillakin tilanne on hankaloitunut merkittävästi, kun sairastuminen ja tulojen aleneminen on tullut yllätyksenä ja maksettavana lisääntyneiden terveydenhoitokulujen lisäksi on myös asuntolainaa. Lainan oton ja velkaantumisen vastakohtana on tarve itsenäiseen pärjäämiseen, itsenäinen selviytyminen nähdään kunnia-asiana, vaikka se tarkoittaisi niukkaa ja puutteellista elämää ilman mukavuuksia.

Nyt on tullut seinä vastaan. Olen niin ylivelkaantunut etten pysty enää lainaamaan mistään rahaa lääkkeisiin. Sekin vähä mitä saan kuukaudessa ei aina riitä edes ruokamenoihin saatikka muuhun elämiseen. Olen myös ruoka-ainerajoitteinen, jotenka

en saa syödä enkä voi tavallista ruokaa. Joulukuussa en tiedä kumman valitsen insuliinien lisäksi viidet lääkkeet??? vaiko ruoan??? (nimim. Lopen väsynyt /25.)

Tarinoissa tulee esiin pientenkin korvauskäytäntöjen muutoksen vaikutus. Pieneltä tuntuva lääkkeenhinnan korotus tai lääkkeen Kansaneläkelaitoksen korvauksen loppuminen voi olla ratkaisevassa asemassa lääkkeiden ostopäätöstä tehtäessä. Joissakin tapauksissa toimeentulotuesta ei ole korvattu reseptilääkkeitä, jos niillä ei ole Kansaneläkelaitoksen korvausta. Asiakkaalle tästä tulee lisätyötä ja kustannuksiakin mikäli korvattava lääke ei hänelle sovi. Useimmiten myönteinen toimeentulotukipäätös vaatii lääkärinlausunnon siitä, miksi korvattavien lääkkeiden listalla oleva lääke ei asiakkaalle sovi.

Esitetyssä viitehintajärjestelmässä lääkkeiden hinnat tarkastetaan kolmen kuukauden välein. Useimmiten lääkkeet haetaan juuri kolmen kuukauden välein, joten pahimmassa tapauksessa voi asiakas joka hakukerralla saada uuden lääkkeen ja eri hinnalla kuin aikaisemmin. Vaikka hinta ei aina muuttuisikaan, lääke voi muuttua ja tämä aiheuttaa ongelmia monilääkityksessä oleville lääkkeiden yhteensopivuutta ajatellen. Itse lääkeaineet voivat sopia yhteen, mutta lääkkeet sisältävät monia muitakin sidosaineita, jotka voivat aiheuttaa ongelmia. Järjestelmään kuulumattomasta lääkkeestä on mahdollista saada Kela –korvaus mikäli lääkäri on kieltänyt lääkkeen vaihdon.

Kirjoittajien keskuudessa viranomaiset ja päättäjät eivät nauti suurta luottamusta. Suhtautuminen ja kokemukset näkyvät kertomuksissa negatiivisina ja ajatukset yleensä viranomaisten toiminnasta ovat pessimistisesti värittyneitä. Avun hakeminen koetaan edelleen nöyryyttäväksi, eikä läheskään aina haettua apua ole saatu. Avun hakeminen koetaan myös hankalaksi ja saantiehdot sekä päätökset vaikeaselkoisiksi. Seurakunnan toiminta saa osakseen kaksijakoista suhtautumista. Toiset ovat saaneet seurakunnalta apua, kun kunnallisen sektori on sen kieltänyt. Toisaalta seurakunnankin toiminta on koettu nöyryyttävänä ja alentavana, missä todellista hätää ei huomioda. Viranomaisten suhtautuminen on vaikuttanut myös siihen, että asianomainen ei hae hänelle kuuluvia tukia tai etuuksia, koska kokee hakemisen hankalaksi tai tieto mahdollisista etuuksista ei ole löytynyt tai osattu hakea. Myös päätökset ja niiden perustelut koetaan vaikeasti ymmärrettäviksi.

Kyllä minä nälkää näen että pystyn lääkkeeni ostamaan. Kaurahiutalevelliä, veteen keitettyinä syön monena päivänä. Yksipuolinen ravinto tekee huononolon. Tuntuu että aina on nälkä. Paikallinen diakonissa on luotaantyöntävä, turha mennä edes tilapäistä apua pyytämään. Hänelle keramiikkapiiri on tärkeämpi kuin nälässä olevan

auttaminen. Miten toivon että joutuisin hoitolaitokseen, siellä olisi jonkunlainen ruoka. (nimim. Katkera köyhä / 3.)

Kaikilla on kiire ei ole aikaa neuvoa eikä auttaa. Ei saa ääntään kuuluviin, joten olen luovuttanut. Toimeentulotukea ei myönnetä enkä jaksa sitä hakea. Eläke ei riitä vuokraankaan, mutta kukaan ei oikein tunnuta välittävän ihmisen todellisesta hädästä eikä todellisia ystäviä ja auttajia ole tässä kaupungissa ainakaan. (nimim. monisairas ja onneton ihmisraunio/ 5.)

Kertomuksissa terveydenhuoltopalveluiden käytössä ongelmakohtaksi nousee joidenkin erikoislääkäreiden palveluiden saanti, mm. hammaslääkäri- ja silmälääkäripalvelut. Kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) velvoittavat kuntia järjestämään tarpeelliset terveydenhuoltopalvelut kuntien asukkaille. Laki myös velvoittaa kuntia huolehtimaan siitä, että kunnan asukkaat saavat tarvitsemansa erikoissairaanhoidon. Laissa ei ole rajattu pois minkään lääketieteen alan palveluita.

Kansanterveyslaki edellyttää, että hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa tai perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta (§ 15b). Kirjoittajien kokemusten perusteella pykälän toimivuutta voi kyseenalaistaa. Onko erikoislääkäreiden palveluita saatavissa riittävästi julkisten palveluiden puolelta vai ovatko potilaat pakotettuja käyttämään yksityisiä palveluita ja toteutuuko tasa-arvoisuus ja tasapuolisuus terveyspalveluiden käytössä.

Pakko on välillä turvautua lainaan, visa-luotto on jatkuvasti ääri rajoilla, mutta hoito ja lääkkeet on saatu. Jotkin sairaudet on hoidettava yksityisellä, koska esimerkiksi silmä- ja hammaslääkäri ovat julkisella puolella sellaisen jonotuksen takana että olen sokea ja hampaaton jos niitä jään odottamaan. Nyt mieheni sairastuttua tilanne alkaa olla vaikea. Joskus toivoisin, että tätäkin ryhmää, joka kaikesta huolimatta satsaa siihen, ettei liikaa rasittaisi yhteiskuntaa, otettaisiin huomioon. (Eläkeläispariskunta/ 29.)

Osa kirjoittajista oli merkinnyt muistiin terveydenhoitoon käyttämänsä rahat. Näiden kaltaisia kirjoituksia olisi toivonut joukkoon enemmänkin, jotta kirjoittajien todellisesta taloudellisesta

tilanteesta olisi saanut paremman kuvan. Eläkkeellä oleva kirjoittaja kertoo, että vuoden sairauskulut, lääkkeet ja muut terveydenhoitokulut, olivat noin 2500 euroa. Tämän lisäksi kirjoittaja oli joutunut hankkimaan kahdet silmälasit sairaudesta johtuvista syistä. Silmälasien kustannukset olivat 1055 euroa. Terveydenhuoltokuluja oli hänellä vuodessa yhteensä 3500 euroa. Vuosituloikseen hänen kertoi noin 11 800 euroa, mikä on alle vuoden 2006 pienituloisuuden rajan. Tämä tarkoittaa, että kirjoittajan tuloista on mennyt 30 prosenttia terveydenhuoltoon. Toimeentulotukea hän kertoo hakeneensa.

Soitin noin vuosi sitten sosiaalitoimistoon hakeakseni sieltä apua sairaskulujeni maksuun. Hyvin tyly naisääni ilmoitti, että sinne on ensin lähetettävä kaikenlaisin liittein hakemus ja kaikki reseptit alkuperäisinä – ne tulisivat takaisin 1-2 kk päästä. Miten kun jatkuvasti joudun apteekissa käymään. En ennen ”kattoa” pysty ostamaan kuin kuukauden lääkkeet kerrallaan eivätkä ”katon” jälkeenkään 3 kuukauden lääkeostot onnistu kerralla vaan kelan hyväksynnän mukaisesti. Yksityislääkärin hammashoitoja ei korvata. Silläkin hetkellä Turun terveystieteiden keskuksen oli yli vuoden jonot. Ja minulla jo kertaalleen vaihdettu tekonivel polvessa, johon vaihdon yhteydessä tuli kuolio ja syvä laskimotulehdus – tulehdus hampaassa hengen menoksi. (Monisairas 70-vuotias nainen, alleviivaukset kirjoittajan /20.)

Osittain siksi, että saapuneissa kertomuksissa painottuvat eläkeläisten kertomukset koko aineiston tyypillisen tarinan juonen voi tiivistää tragediaksi. Perheellisten ja nuorten tarinoissa löytyi muidenkin juonityyppien piirteitä, pääasiallinen juonityyppi näissä kirjoituksissa oli tragedia. Kuten ryhmäkohtaisessa analyysissä tuli todettua erityisesti perheellisten kertomuksissa voi nähdä sankaritarinan juonteita. Tavoitteena on lapsen etu ja pyrkimyksenä tarjota lapselle onnellinen elämä, vaikka vanhemmat tai vain toinen vanhempi joutuisi sillä hetkellä luopumaan omien toiveiden toteutumisesta.

Aineiston tyypillinen juoni on tragedia jossa, elämä näyttää taistelulta ja paremman tulevaisuuden puolesta, mutta taistelu tuntuu valmiiksi hävityltä vastustajan (yhteiskunnan) ollessa voimakkaampi. Elämän koetaan kohtelevan epäoikeudenmukaisesti, koska elämässä ei ole ollut hetkeä, jolloin olisi voinut nauttia työnsä tuloksista rauhassa. Epäoikeudenmukaisuuden tunnetta lisää sairauksien syistä käytäväkeskustelu. Kirjoittajat kokevat loukkaavana se, että joitakin sairauksia pidetään itse aiheutettuina. Kuitenkin lähes kaikista tarinoista löytyi joitakin positiivisia asioita. Elämää ei lopultakaan haluta nähdä täysin synkkänä ja toivottamana. Jos mistään muusta ei löytynyt positiivista vivahdetta siitä, että on muitakin samassa tilanteessa olevia tai niitä joilla on asiat jopa huonommin saadaan jonkinlaista toivoa.

Tragediassa tyypillinen vastakkain asettelu omien mahdollisuuksien ja tässä tapauksessa yhteiskunnan päätösten kanssa tulee esille myös siinä, että omia vaikutusmahdollisuuksia epäiltiin. Tutkielmassa tämä tuli esille siinä, että kyseenalaistettiin kirjoitusten mahdollisuutta vaikuttaa tehtäviin päätöksiin tai että, kirjoituksia otettaisiin vakavasti. Käsityksenä on, että päättäjät ja lainsäätäjät tekevät juuri niin kuin parhaaksi näkevät, välittämättä 'pienen köyhän' kertomuksista ja näkemyksistä. Kuitenkin kirjoituksissa tuli esille tarve tulla kuulluksi.

Aineistona olevat kirjoitukset olivat sen tyyppisiä, ettei niissä ollut varsinaista tarinallista loppuratkaisua. Kirjoituspyynnössä ei esitettykään toivomusta elämäkerrallisista kirjoituksista, vaan tarkoituksena oli saada tietoa terveydenhuoltoon, lääkkeisiin ja ruokaan liittyvistä asioista. Vaikka loppuratkaisuja ei kirjoituksissa tullut esille, voi kirjoitusten sävystä ja tunnelmasta päätellä erilaisia loppuratkaisuja, tätä kautta löytyvät myös juonityypin sisällä olevat vivahde-erot. Karkeasti nämä voidaan jakaa optimistiseen ja pessimistiseen vaihtoehtoon. Pessimistiseen vaihtoehtoon lukeutuvat hiljaiset köyhät ja taistelija luokat. Toisilla säilyy usko ja toivo parempaan ja selviytymiseen, näissä kertomuksissa olisi odotettavissa onnellinen loppu eli elämä sujuisi niin hyvin kuin tilanteessa on mahdollista. Näissä tarinoissa näkyy myös se, että raha ei ole ainoa onnelliseksi tekevä asia. Näiden kirjoittajien mielestä pitää osata nauttia pienistä jokapäiväisistä asioista ja olla onnellinen jäljellä olevasta terveydestä. Pessimistisemmät kirjoittajat eivät usko hyvyyden olemassaoloon tai onnellisuuden mahdollisuuteen, vaan ovat katkeria kohtalostaan eivätkä odota mitään hyvää tapahtuvaksi. Heistä tuntuu, että koko loppuelämä tulee olemaan pelkkää selviytymistaistelua ja kituuttamista päivästä toiseen.

Liikun kesällä pyörällä ja talvella sauvakävelen, olen onnellinen omasta vapaudestani. Mutta olisi onni jos joskus pääsisi käymään jossakin lomakeskuksessa, mutta se raha on aina este. Kunpa pysyisi tämä terveys mikä nyt on, niin siitäkin olen kiitollinen, vaikka silmät lykkää kaihia etten näe enää hyvin. Mutta saunapuut näen vielä hakata ja siivota sekä tehdä yhtä ja toista. (77-vuotias eläkeläisnainen/ 10.)

Mutta en pysty olemaan ilman lääkkeitä, eivätkä lääkärit ole valmiita niitä vähentämään... Maha on jo palanut vereslihalle tuolla lääkemäärällä, että pakkohan se on jotakin syödä niiden kanssa. (58-vuotias nainen/11.)

9 POHDINTAA

Tutkielman viitekehys on keskittynyt suhteellisen laajasti lääkkeisiin sekä niiden hinnoitteluun ja korvaamiseen. Tämä osittain sen vuoksi, että viime aikoina terveydenhuollossa on ollut yleisenä suuntauksena pois sairaala- ja laitoshoidosta kohti avohoitoa ja avopalveluita. Tämän suuntauksen seurauksena lääkehoidon kustannukset ovat siirtyneet suuremmissa määrin yksityisten henkilöiden vastuulle. Sairaalahoidossahan lääkkeet sisältyvät hoitopäivän hintaan. Kertomuksissakin kirjoitettiin eniten juuri lääkekustannusten aiheuttamista vaikeuksista ja siihen liittyvän korvausjärjestelmän monimutkaisuudesta.

Tutkielman aineisto on kerätty vuoden 2007 aikana, kun nyt meneillään olevaa sosiaaliturvan kokonaisuudistustyötä käynnistettiin. Tutkielma on tehty vuoden 2008 aikana, joten maksukattojen tasot ja muut etuuksien määrät ovat vuoden 2008 mukaan. Kirjoituksissa tuli usein esiin tarve uudistaa järjestelmää. Uusitustoiveita kohdistui niin maksukattojen suuruuteen kuin mahdolliseen yhtenäistämiseenkin. Yhdistävänä tekijänä on tulojen ja etuuksien suhde tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden menoihin. Sairauden kohdatessa tulotaso ei riitä kattamaan menoja ja tilanne muodostuu usein kohtuuttomaksi. Iäkkäimpien kohdalla eläketaso on jo valmiiksi matala, jos tulona on vain kansaeläke. Aineiston perusteella näyttää vielä siltä, että avun saanti koetaan vaikeaksi tai ainakin varsin hankalaksi. Järjestelmä on monimutkainen ja monitasoinen sekä tuntuu vaikeasti lähestyttävältä. Ensimmäinen kynnyks avun hakemisessa on löytää oikea paikka, mistä apua voisi saada. Ymmärrettävää tietoa palveluista, korvauksista ja korvausten ehdoista ei ole saatavilla tai mahdollisesti niitä ei osata hakea.

Tässä viimeisessä luvussa haluan nostaa esille muutamia asioita, jotka tutkielmassa ovat nousseet tärkeimpinä asioina esille sellaisten henkilön arjessa, joilla on suuria terveydenhuollon kustannuksia ja nämä kustannukset vaikuttaa toimeentulon tasoon merkittävästi. Tärkeimmiksi asioiksi kirjoituksissa nousivat toisiinsa kiinteässä yhteydessä olevat toimeentuloon ja käytettävissä oleviin varoihin vaikuttavat asiat: perusturvan riittävyys, maksettavat kulujen korvaukset sekä asiakasmaksut ja viranomaisten päätökset ja suhtautuminen asiakkaisiin. Pohdinnassa lähdetään liikkeelle perusturvasta.

Käsittely aloitetaan perusturvasta sen vuoksi, että valtaosa kirjoittajista elää yhteiskunnan takaaman perusturvan varassa, joihin kuuluvat ensisijaiset etuudet ja viimesijaiset etuudet. Aineistossa

ensisijaisina toimeentuloturvan lähteinä olivat kansaneläke, kuntoutustuki/määräaikainen työkyvyttömyyseläke ja sairauspäiväraha. Viimesijainen toimeentuloturva on toimeentulotuki. Ensisijaisten tukien piiriin kuuluu myös Kansaneläkelaitoksen maksama asumistuki. Lisäksi lähinnä perheellisten kertomuksissa oli käytettävissä palkkatulojakin.

Perusturva ei kirjoittajien kokemusten mukaan ole riittävällä tasolla. Monissa kertomuksissa tulee vaihtelevissa muodoissa esille, että rahat eivät riitä välttämättömiin hankintoihin. Valintatilanteita perushyödykkeiden (mm. ravinnon ja vaatetuksen) sekä lääkkeiden ja muun terveydenhuollon välillä tulee esiin lähes jokaisessa kirjoituksessa. Kohtuullisena perusturvan tasoa voidaan pitää silloin, kun jokainen pystyy huolehtimaan normaaleista tai edes välttämättömistä hankinnoista ja riittävästä ravinnon saannista. Euromääräisen tason määrittäminen tässä on mahdotonta, koska jokaisella on erilaiset peruskustannukset esimerkiksi asumisessa eikä tutkielman tarkoituksena ollutkaan tarkan euromääräisen tason selvittäminen. Nykyaikaisessa yhteiskunnassa kohtuullisena tai oikeastaan välttämättömänä voidaan pitää sellaista perusturvan tasoa, että jokaisella on mahdollisuus lämpimään ateriaan kerran päivässä. Näin ei kirjoitusten mukaan kuitenkaan ole, vaan joudutaan säännöstelemään jopa leipäviipaleiden määrää. Myös monet aikaisemmin ylellisiksi katsotut tarvikkeet ja hyödykkeet ovat nykyisin kodin normaaleiksi katsottavia varusteita. Tällaisia ovat esimerkiksi puhelin, televisio ja joissakin yhteyksissä jopa tietokone. Ilman näitä hyödykkeitä toki selviytyy elämässä, mutta normaali osallistuminen yhteiskunnan toimintaan on heikkoa.

TV-lupaa en ole pystynyt enää maksamaan ja sanoin irti, kun en saa hankituksi digisovitinta, sanomalehti tulee ja joitakin ilmaislehtiä. Elokuvat, kesäteatterit, teatterit, konsertit jne. on tavoittamattomissa. Ei edes kirkossa voi käydä, kun on 25km päässä ja sunnuntaina ei voi käydä esim. apteekissa tai virastossa. Tietokonetta tai siihen internettiä ei voi haaveilla. Vaatteita olen vähän löytänyt kirpputoreilta, en pysty astman takia viettämään siellä pölyssä kauan. Kenkiä en ole viiteen vuoteen saanut minkäänlaisia. (59-vuotias nainen/ 11.)

Kiinnostava on myös ensisijaisen ja viimesijaisen toimeentuloturvan suhde ja se, että usein ensisijaista etuutta saava joutuu turvautumaan toimeentulotukeen. Perusajatuksena on ollut, että toimeentulotuki on juuri se viimesijainen etuus johon turvaudutaan vain harvoin hädän hetkellä. Meneillään olevassa perusturvauudistuksen toimenpidelinjauksissakin esitettiin perusturva kolmitasoisena, jossa toimeentulotuki on tilapäinen, täydentävä ja tarveharkintaan perustuva. Näin ei kuitenkaan ole. Nykyisin on enemmän sääntö kuin poikkeus, että työmarkkinatuella tai vähimmäiseläkkeellä elävä hakee kuukausittain toimeentulotukea, vaikka tulona olisi myös

asumistuki. Toimeentulotukilaskelmassa yleisesti huomioitava työmarkkinatuen 20 vuorokauden maksuerä (netto) on toimeentulotuen perusosaa pienempi, vuonna 2008 työmarkkinatuki oli 392,16€ ja toimeentulotuen kuukauden perusosa oli 399,10€. Ensisijaisen perusturvan taso näyttää jääneen jälkeen myös kustannuskehityksestä, eikä sen vuoksi ole riittävä.

Tarkasteltaessa meneillään olevaa perusturvauudistusta pitkään sairastaneiden kannalta, sieltä ei näytä löytyvän parannusta heidän tilanteeseensa. Uudistustyön tavoitteissa tulee voimakkaasti esille kannustavuus työntekoon sekä omatoimiseen selviytymiseen. Tämä on tietenkin yhteiskunnan toiminnan kannalta ensisijaista, että työkykyiset ovat motivoituneita työntekoon ja heille on tarjolla mielekästä työtä. Uudistuksessa ovat kuitenkin jääneet taka-alalle ne henkilöt, jotka eivät pysty syystä tai toisesta käymään töissä tai ovat jo työuransa tehneet. Perusturvauudistuksen liitännäisenä uudistettu sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaki on tuonut tutkielman kohderyhmälle lisää kustannuksia, tulojen ja korvausten pysyessä lähes ennallaan. Hallituksen esityksessä todetaan 'asiakkaiden maksukyvyyn kehittyneen suotuisasti ja joidenkin asiakkaiden osalta maksujen korotukset voivat lisätä terveydenhuoltomenoihin myönnettävän toimeentulotuen määrää. Maksujen suuruuden ei arvioida jatkossakaan muodostuvan esteeksi palvelujen käytölle'. Kuitenkin esityksen yleisperusteluissa todetaan myös, että tutkimustietoa maksujen ja niiden muutosten vaikutuksista palveluja käyttävien henkilöiden käyttäytymiseen tai vaihtoehtoisten palvelujen käyttöön on niukasti. Tämän tutkielman aineistossa tuli esille, että jo ennen maksujen korotusta asiakkaat ovat joutuneet miettimään palveluiden käyttöä ja lääkkeiden ostoa. Eli jo tuolloin terveystakeskusmaksut olivat joillekin asiakkaille liian korkeat. Tietenkin voisi herättää keskustelua siitä, pitäisikö olla nykyistä suurempi mahdollisuus saada vapautusta terveydenhuollon asiakasmaksuista.

En enää voi ottaa sairaalamaksuun velkaa kun on velka asuntoa vastaan. Yritän säästää sitä 22 euroa joka täällä on sairaalan vuosimaksu. Vuorokausimaksu on eri. Minua pelottaa sairaalaan meno. (katkera köyhä /3.)

Nyt näyttää siltä, että perusturvaa tai viimesijaisia etuuksia ei olla korottamassa, mutta kustannukset nousevat ja tulevat varmasti jatkossakin nousemaan. Takuueläke näyttää ainoalta konkreettiselta toimelta ja toivottavasti auttaa pienimpien eläkkeiden varassa eläviä. Muuten uudistusesitykset näyttävän jäävän sellaisiin toimenpiteisiin, jotka eivät vaadi rahallista panostusta.

Tutkielman kohderyhmän kannalta tärkeäksi nousee se, miten turvataan tasapuolinen terveystakeskuspalveluiden käyttömahdollisuus, mikäli käyttäjämaksut nousevat jatkossakin. Nousu on

hyvin todennäköistä, koska maksut on nyt sidottu indeksiin. Tämän kaltaisessa uudistustyössä olisi kuitenkin tärkeätä konkreettisesti huomioida nousevien kustannusten vaikutus käytettävissä oleviin tuloihin erityisesti perusturvan varassa eläville runsaasti terveystalvueluita ja lääkkeitä käyttävien henkilöiden kohdalla. Varsinkin kun ei ole olemassa päteviä perusteita luokitella ihmisiä sairauden mukaan eikä jakaa sairauksia itse aiheutettuihin ja muihin. Hyvä ja tehokas perusterveydenhuollon turvaaminen on tärkeää, jotta kaikki kuntalaiset saisivat tasa-arvoisesti terveystalvueluita. Terveystalvueluiden ja lääkkeiden kohdalla on aina mahdollisuus hakea apua toimeentulotuesta, mutta toimeentulotuki ei enää ole viimesijainen, väliaikainen ja täydentävä turva, jos toimeentulotukeen joudutaan turvautumaan kuukausittain normaalielinkustannuksista tai terveydenhuoltomenojen vuoksi. Kustannusten jakautuminen kaupunkien tai kuntien ja valtion välillä olisi tässä tilanteessa myös syytä pohtia sekä sitä, että terveydenhuoltokulujen ja lääkekulujen korvaaminen toimeentulotuesta on suuri menoerä kunnalle ja näin terveydenhuoltosektorin menot siirtyvät ainakin osittain sosiaalissektorin maksettavaksi. Jokainen, joka on ollut tekemisissä kunnallispolitiikan ja erityisesti perusturvalautakunnan tai vastaavan toimielimen kanssa tietää, että menokohdista toimeentulotukimenot on varsin seurattu. Terveydenhuollon maksujen korotuksia perusteltiin myös sillä, että kunnat saavat lisätuloa nousseista maksuista. Terveydenhuoltomaksujen korotukset menevät kuitenkin yleisesti kuntayhtymille ei kunnille. Tietenkin kunnat ovat osakkaina yhtymissä, mutta pystyvätkö kunnan edustajat vaikuttamaan kuntayhtymien päätöksen tekoon.

Moni joutuu siis turvautumaan toimeentulotukeen, koska muut korvaukset ovat jääneet kustannuskehityksestä jälkeen. Erityisesti erikoislääkäreiden palkkioista maksettavat korvaukset ovat jääneet jälkeen ja tehneet toimeentulotuen hakemisen välttämättömäksi. Tilanne on senkin vuoksi hankala, koska joiden erikoislääkäreiden palveluita ei ole julkisella puolella tarjolla vaan potilaat ohjataan lähes automaattisesti yksityiselle puolelle, ilman maksusitoumusta.

Perusturvauudistuksen konkreettisin esitys, joka vaikuttaa myös tutkielman kohderyhmän asioihin, on hakemusten käsittelyaikoihin tulevat vaatimukset. Toimeentulotukilaisissa on kirjattuna hakemusten käsittelyä koskevia määräaikoja, joita Kansaneläkelaitosten ja muiden eläkelaitosten kohdalle ei ole ollut. Hakemusten käsittelyn viivästyminen ja päätösten saannin hitaus on aiheuttanut toimeentulotuen tarvetta ja hankaloittanut asioiden käsittelyä. Byrokratia ja virheiden mahdollisuudet kasvavat, koska toimeentulotuen myöntämisen vuoksi peritään takautuvasti maksettavia ensisijaisia etuuksia takaisin.

Lain tasolla toimeentulotuen säännökset ovat varsin yleisiä ja jättävät kunnillekin runsaasti tulkinta mahdollisuuksia, vaikka toimeentulotukilain uudistusten yhteydessä on pyritty tekemään tarkennuksia. Tasapuolisuutta ajatellen tulisi miettiä, onko toimeentulotuki, yhteiskunnan viimesijaisena tukimuotona, oikea ratkaisu korvata suuret terveydenhuoltokulut. Kohtelee se tasapuolisesti kaikkia kansalaisia riippumatta hänen asuinkunnastaan? Kirjoituksissa tulee esiin se, että korvauksia saa toimeentulotuen kautta erilailla eri kunnissa. Tässä voi tietenkin olla kyse myös väärinkäsityksistä. Mahdollista tietenkin on, että kuntien välillä on eroja käytännössä. Syytä tähän voidaan hakea myös kuntatalouden tilasta. Aiheellista on miettiä sitäkin, että onko tarkoituksenmukaista ylläpitää kahta korvausjärjestelmää terveydenhuolto- ja lääkemenoissa. Ensin asiakkaan hakee osan korvauksista Kansaneläkelaitokselta ja tämän jälkeen hänellä on kenties mahdollisuus saada ylijäävä osa toimeentulotukena.

Terveydenhuollon asiakasmaksujen lisäksi kohderyhmän käytettävissä olevaan varallisuuteen ja sitä kautta heidän toimeentuloonsa vaikuttaa lääkekorvaukset. Kirjoittajat nostavat esiin ostokerta- ja lääkekohtaiset maksut korvausten tason lisäksi. Lääkekohtaisia maksuja pidetään huonoina varsinkin silloin, kun on runsaasti erilaisia lääkkeitä käytössä. Yksittäinen ostos ei vaikuta suurelta, mutta monilla kirjoittajista on yli kymmenen eri lääkettä. Tällöin kustannukset voivat nousta kohtuuttomiksi. Viitehintajärjestelmä tuo oman lisänsä kustannuksiin, mikäli korvattava lääke ei syystä tai toisesta sovi. Tämän tietenkin voi välttää, kun yhteistyö hoitavan lääkärin kanssa toimii ja resepti on tältä kohdin oikein kirjoitettu. Useat muistivat vielä 1992 poistetun lääkekustannusten verovähennysoikeuden.

Viimeiseksi haluan vielä tuoda esille kirjoitusten myötä ajatuksiin tulleita näkemyksiä viranomaisten toiminnasta. Syy tähän on osittain itsekäs, koska viime ajat olen itse ollut sosiaalitoimistossa töissä ja miettinyt asiakkaiden ja työntekijöiden välistä toimintaa sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Viranomaisten ja päättäjien toiminta vaikuttaa suoraan tutkielman kohteena olevien henkilöiden toimeentuloon ja elämään. Kertomuksissa tuli esille monta kertaa viranomaisten toisinaan työkeäkin asennoituminen asiakkaisiin ja vaikeasti ymmärrettävä kieli päätöksissä. Viranomaisen velvollisuus on kuitenkin neuvoa ja ohjeistaa asiakkaita sekä perustella päätöksensä selkeästi ja ymmärrettävästi. Ei tietenkään saa ohittaa sitä, että asiakkaallakin on velvollisuuksia oikeuksien lisäksi. Usein kuitenkin on niin, että asiakkaat ottavat esim. sosiaalitoimistoon yhteyttä juuri silloin kun he ovat syvimmällä vaikeuksissaan. Kun huoli omasta ja perheen toimeentulosta on suuri, ei asiakas aina pysty näkemään tilannettaan kokonaisvaltaisesti,

tällaisessa tilanteessa viranomaisen pitäisi osata koota ja rauhoittaa tilanne, jotta ratkaisun löytyminen olisi mahdollista. Tilannetta ei helpota se, että kunnissa on tiukka taloudellinen tilanne ja usein talousarviot on tehty tiukasta tai jopa alimitoitettu. Työntekijä voi kokea olevansa ristiriitaisessa tilanteessa, koska hän on tietoinen kunnan taloudellisesta tilanteesta ja määrärahoista, mutta kuitenkin hänen ensisijainen tehtävänsä tulisi olla asiakkaan auttaminen.

Kaiken kaikkiaan kertomusten kirjoittajat tuntevat jääneensä unohduksiin, eivätkä näe tulevaisuuttaan kovinkaan valoisana. Ainoastaan nuoret kirjoittajat ja perheelliset jaksoivat toivoa parempaa tulevaisuutta. Kirjoittavat haluavat, että heitä kuunnellaan ja että heidän tilanteensa otetaan tosissaan myös päättäjien taholta. Usko hyvinvointiyhteiskuntaan on koetuksella kirjoittajien keskuudessa ja väsymys poliittiseen kiistelyyn on näkyvissä. Kertomusten kirjoittajat ottivat kirjoituspyynnön suurimmaksi osaksi tyytyväisinä ja innostuneina vastaan. Sitä kautta he tunsivat, että heitä halutaan kuulla. Kirjoittajat toivovat, että he saisivat jo nähdä konkreettisia tekoja ja parannuksia tilanteeseensa. He eivät jaksaisi enää katsella ja lukea poliittista kiistelyä, jonka keskiössä näyttää olevan keskustelu riittävän perusturvan tasosta. Sana 'riittävä' on jo monitulkintainen ja ongelmallisuutta lisää se, että sanalle pitäisi saada jonkinlainen euromäärä.

Olen jo pitkään ja hartaasti odottanut tällaista kyselyä ja nyt se osui Reumalehdestä ikään kuin joululahjana. Kun ei muuta joulua tulekaan köyhyyden ja syrjäytymisen ja yksinäisyyden ja sairauden vuoksi. (monisairas ja onneton ihmisraunio /5.)

Kirjoituksissa tuli esille myös toive laajemmasta haastattelututkimuksesta. Näkemystä laajentaisi myös tutkimus viranomaisten ja työntekijöiden, sosiaalityöntekijöiden, kolmannen sektorin työntekijöiden ja kirkon työntekijöiden suuntaan.

LÄHTEET

Aho, E. (2005) Promo 3; 4-7.

Anttonen A. & Sipilä J. (2000) Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere, Vastapaino.

Diabetesliiton tiedote 5/2008 http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=4523 4.6.2008 talletettu.

Dialogi 2008:2, Alibudjetointi olisi kriminalisoitava, 40-41.

Ditch J. (1999) The structure and dynamics of social assistance in the European union, Teoksessa Linking Welfare and Work. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for the Official Publications of the European Communities, 59-70.

Forma P., Heikkilä M. & Keskitalo E. (1999) Mikä on kohtuullinen minimi? Vähimmäisturvan taso konsensusmenetelmällä arvioituna, Stakes raportteja 240, Helsinki.

Forma P., Kallio J., Pirttilä J. & Uusitalo R. (2007) Kuinka hyvinvointi pelastetaan? Tutkimus kansalaisten sosiaaliturvaa koskevista mielipiteistä ja valinnoista, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 89, Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja lääkelain muuttamisesta, HE 100/2008 vp. 26.6.2008.

Heikkinen H. L. T (2007) Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena. Teoksessa Aaltola J. & Valli R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. PS-Kustannus, 2.painos, 142-158.

Hirsjärvi S. & Remes P. & Sajavaara P. (2005) Tutki ja kirjoita, Jyväskylä, Gummerus.

Hyvönen E., Keskimäki, I., Koskinen, S., Lahelma, E., Linnanmäki, E., Martelin, T., Ostamo A., Palosuo, H., Prättälä, R., Sihto, M. & Talala, K. (2007) (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa, STM julkaisuja 23.

Hänninen S. (1994) Nälästä, Teoksessa Heikkilä M., Hänninen S., Karjalainen J., Kontula O. & Koskela K. (toim.) Nälkä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, raportteja 153:1994, Helsinki.

Hänninen V. (2000) Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 696.

Isola A-M, Larivaara M. ja Mikkonen J. (2007) toim. Arkipäivän kokemuksia köyhyydestä, Helsinki: Avain.

Juhila K. (2008) Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön yhteiskunnallinen paikka Teoksessa Jokinen A. & Juhila K. (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Tampere: Vastapaino, 48-81.

Julkunen R. (2007) Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes, Helsinki.

- Julkunen R. (2006) Universalismista köyhyyspolitiikkaan? Teoksessa Helne T. & Laatu M. (toim.) Vääryyskirja. Kelan tutkimusosasto, Helsinki, 43-60.
- Kalliola N. & Kivioja A. (2002) Lääkkeet ja toimeentulotuki – korvaustavat, kustannukset ja toimivuus, Dosis 18:3, 175-183.
- Kangas O. & Ritakallio V-M. (2005) Köyhyyden teoria ja käytäntö. Teoksessa Saario J. (toim.) Köyhyyspolitiikka, johdatus sosiaalipolitiikan ytimeen. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Helsinki, 28-62.
- Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 16.
- Kapiainen S. (2008) Terveystalouden maksukatot nyt ja tulevaisuudessa. Terveystaloustieteen keskus, seminaari 13.11.2008. <http://groups.stakes.fi/NR/ronlyres/2B9F6389-45D5-4184-B6D7-59717B1F040F/0/Terveystaloudenmaksukatotnytjatulevaisuudessa.pdf>, talletettu 30.11.2008
- Kapiainen S. & Klavus J. (2007a) Terveystalouden rahiotuksen progressiivisuus ja toimeentulovaikutukset Suomessa 1990-2001, Kansantaloudellinen aikakauskirja 103; 3, 351-363.
- Kapiainen S. & Klavus J. (2007b) Terveystalouden rahiotuksen progressiivisuus ja toimeentulovaikutukset Suomessa 1990-2001, Klavus J. (toim.), Terveystaloustiede 2007, Stakes, työpapereita, 27-32.
- Kapiainen S. & Klavus J. (2007c) Terveystalouden asiakasmaksut kasaantuvat pienituloisille, CHESS ONLINE, Terveystaloustieteen tiedotuslehti, Stakes, 4-5.
- Karisto A. & Lahelma E. (2005) Sosiaalinen ympäristö ja kulttuuriympäristö, Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S. & Teperi J. (toim.) Suomalaisten terveys. Duodecim, KTL, Stakes, 50-53.
- Klaukka T. (2006) Lääkekorvausten kasvu hidastui vuoden alkupuolella Suomen Lääkärilehti 34;61, 3336-3337.
- Klaukka T. (2005) Lääkehuolto ja lääkkeiden käyttö, Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S. & Teperi J. (toim.) Suomalaisten terveys Duodecim, KTL, Stakes, 392-398.
- Kohti mahdollisuuksien sosiaaliturvaa, Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2008:3, Sosiaaliturvan kokonaisuudistus – SATA.
- Koistinen E. (2006) Apteekit ja lääkkeiden vähittäisjakelu, Teoksessa Terveys ja lääkkeet 2006, Lääketietokeskus, Helsinki, 71-75.
- Kosunen V. (1999) Paljonko on riittävästi? Vähimmäisetuuksien riittävyyden arviointia kulutuksen näkökulmasta. Stakes raportteja 232, Helsinki.
- Kuivalainen S. (2007) Toimeentulotuen alikäytön laajuus ja merkitys, Yhteiskuntapolitiikka 72:1, 49-56.

Lahelma E. & Koskinen S. (2002) Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveyserot – haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Teoksessa Kangas I., Keskinen I., Kosinen S., Manderbacka K., Lahelma E., Prättälä R. & Sihto M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, 21-44.

Lindroos I. (2008) Yksinasuvien köyhien selviytyminen – merkityksellisyyttä ja tulevaisuudenodotuksia. Pro gradu-tutkielma, Yhteiskuntapolitiikan laitos, Helsingin yliopisto.

Lääkeala numeroina 2007, Lääketeollisuus.

Lääkeala numeroina 2008, Lääketeollisuus.

Lääkkeiden viitehintajärjestelmää selvittäneen työryhmän muisto (2007) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 46, Helsinki.

Martelin T., Koskinen S. & Lahelma E. (2005) Väestöryhmien väliset terveyserot Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S. & Teperi J. (toim.) Suomalaisten terveys. Duodecim, 266-276.

Martikainen J., Paltta P. & Kehusmaa S. (2008) Eläkeläisten lääkemenot ovat suuret, Sosiaalivakuutus 1, 12-14.

Moisio P., Karvonen S., Simpura J. & Heikkilä M. (2008) (toim) Suomalaisten hyvinvointi 2008, Vammalan kirjapaino, 14-26.

Murray, K. (1989) The Construction of Identity in the Narratives of Romanse and Comedy. Teoksessa, Text of Identity J. Shotter & K.J. Gergen (toim.), London, Sage.

Niemelä J. (1999) Terveystuonon asiakasmaksut –mistä tosiasiasa on kyse? Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2.

Nyky-suomen sanakirja 1 (1978) WSOY: Helsinki.

Papro A. (2004) Kannustavuutta tulonsiirtojärjestelmään – Tulonsiirtojärjestelmän muutokset, kannustinloukut ja tulonjako. Stakes tutkimuksia 140, Helsinki.

Patentit yhteiskunnallisen kehityksen moottorina (2007) Lääketeollisuus ry., Helsinki.

Paunio R-L. (2006), Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus vuodelta 2005, Yliopistopaino, Helsinki.

Pyörälä E. (1995) Kvalitatiivisen tutkimuksen metodologiaa. Teoksessa Leskinen J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen risteysasemalla. Kuluttajatutkimuskeskus, Helsinki, 11-26.

Rinta S. (2006) Lääkevalmisteen pääsy korvausjärjestelmään. Teoksessa Lääkkeet ja Terveys 2006, Lääketietokeskus, Helsinki, 90-96.

Ruokonen R. (2007) Perheiden kokemuksia köyhydestä: Nälkää, häpeää ja selviytymistä. Pro gradu-tutkielma, Sosiaalipsykologian laitos, Helsingin yliopisto.

Räty T. (2006), Sosiaaliturva 16, 22-23.

Sakslin M. (1999) Sosiaaliset oikeudet ja perustuslaki. Teoksessa Nieminen L. (toim.) Perusoikeudet Suomessa. Kauppakaari, Lakimiesliiton kustannus, Helsinki, 221-254.

Sintonen H. & Pekurinen M. (2006), Terveystaloustiede, WSOY: Helsinki.

Suomen Reumaliitto tiedote 5/2008, talletettu 4.6.08.
http://www.reumaliitto.fi/sivut/tiedotteet/080526_sr1_lausunto.rtf

Särkelä R. & Eronen A. (2007) toim. Perusturvan pulmat ja uudistamisen vaihtoehdot, Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Hakapaino.

Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet, Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:11.

Sosiaali- ja terveysministeriö, tiedote 196/2007, 14.6.2007.

Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnan mietintö StVM 7/2008.

Stakes, Suomen virallinen tilasto, tiedote 5/2008, 14.2.2008, Toimeentulotuki 2006.

Taipale P. (2008) Kuvia miehen köyhyydestä – miesten tarinoita pula-ajan ja nykypäivän köyhyydestä. Pro gradu-tutkielma, Yhteiskuntapolitiikan laitos, Helsingin yliopisto.

Tamminen N. (2006) Lääkkeiden hintakehitys. Teoksessa Lääkkeet ja Terveys 2006, Lääketietokeskus, Helsinki, 60-65.

Tuori K., (2004) Sosiaalioikeus, WSOY, Helsinki.

Ulkoasianvaliokunnan lausunto 6/2008 vp, Hallituksen esitykseen laeiksi sairausvakuutuslain ja lääkelain muuttamisesta.

Virjo I. (2000) Toimeentulotuen alikäytön laajuus ja syyt, Janus 8:1, 28-44.

Virta L. (2006) Havaintoja vammaistuen kohdentumisesta, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 53, Kelan tutkimusosasto.

Virta L. & Toikka T. (2007) Kela-korvaus yksityislääkärin palkkiosta muista useammin suurituloisille, Sosiaalivakuutus, 5, 16-17.

Xu K., Evans D. B., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J. & Marry C.J.L. (2003) Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis, The Lancet, 362, 111-117.

Ylitalo P. (2002) Lääkkeiden korvausjärjestelmän laajuus ja sisältö, Selvitysmiesraportti, Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 16.

MUUT LÄHTEET

Kansaneläkelaitoksen etuusohjeet; <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/130605084128MH>
etusohjeet 1 Sairaanhoidokorvaukset
etusohjeet 2 Eläkettä saavan hoitotuki
16 vuotta täyttäneen vammaistuki

Kansaneläkelaitos sairausvakuutuskorvausten tilastointitiedosto 8.9.2008
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/110603133753SI>

http://www.laaketeollisuus.fi/tiedostot/Laakemyynti_tukkuhinnoin_2007.pdf
kuvio 2, viitattu 26.5.2008

Tilastokeskus, http://www.tilastokeskus.fi/til/tjt/2006/tjt_2006_2008-05-_kat_003.html. viitattu 4.7.08

LAIT JA ASETUKSET

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989
Hallintolaki 434/2003
Kansanterveyslaki 66/1972/
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992
Laki toimeentulotuesta 1412/1997
Laki vammaisetuuksista 11.5.2007/570
Suomen perustuslaki 11.6.1999/731
Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224
Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21

LIITE 1

KYSELY: Lääkkeitä vai ruokaa?

EANP-FIN on Suomessa köyhyyttä ja syrjäytymistä vastaan toimivien järjestöjen verkosto. ”Terveys ja köyhyys” -työryhmä kerää tänä vuonna (2007) tietoa siitä, kuinka paljon potilailta jää lääkärin määräämiä lääkkeitä ostamatta siitä syystä, että heillä ei ole varaa niitä hankkia - ja lisäksi siitä, kuinka monet ovat ylivelkaantuneet lääkeostostensa takia.

Toivomme saavamme kertomuksia siitä, miten perhe/yksittäinen ihminen

- on joutunut tinkimään ruoasta saadakseen ostettua lääkkeitä
- on joutunut ottamaan velkaa voidakseen maksaa sairaskulut

Kertomusten toivotaan olevan vapaamuotoisia (1-2 liuskaa). Edellä mainittujen lisäksi voi kertoa muutakin, joka liittyy lääkkeiden tai sairauden vaikutuksista toimeentuloon.

Kertomuksilla pyritään vaikuttamaan päättäjiin pitkäaikaissairaiden ja vammaisten toimeentulon parantamiseksi. Kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja siten, ettei ketään vastaajaa voida tunnistaa.

Kertomukset pyydetään lähettämään nimettöminä. Vastausten tulee olla perillä 31.12.2007 mennessä diakonias sihteeri Irene Nummelalla kirjallisesti, joko sähköpostilla irene.nummela@evl.fi tai kirjeitse:

KDY/ Irene Nummela

PL 185

00161 Helsinki

Lämmin kiitos jo etukäteen vastauksestasi.

LIITE 2

Kulutustutkimukseen perustuvat perusosan laskennalliset perusteet yksin asuvan henkilön osalta ovat vuoden 2008 tasossa seuraavat:

Ravintomenot	49	195,56
Vaate- ja jalkineiden menot	9	35,92
Informaatiomenot (lehti, TV, televisiomaksu, puhelimen käyttömenot)	20	79,82
Vähäiset terveydenhuoltomenot	3	11,97
Muut jokapäiväiseen toimeentuloon kuuluvat menot*)	19	75,82
Yhteensä	100	399,10

*) Henkilökohtainen ja kodin puhtaus, asiointimatkat, harrastus- ja virkistysmenot sekä vastaavat muut jokapäiväiseen toimeentuloon kuuluvat menot.

Lähde: Opas toimeentulotuen soveltajille Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2007:11, 60. Taulukkoon on laskettu prosenttiosuudet vuoden 2008 perusosan mukaan.

STM kuntatiedote 16/2007 vuoden 2008 toimeentulotuen perusosat

Tuen saaja	euroa/kk	€ / päivä¹
Yksin asuva ja yksinhuoltaja	399,10	13,30
- alennettu (-20 %) ²	319,28	10,64
- alennettu (-40 %) ³	239,46	7,98
Muu 18 vuotta täyttänyt:		
Avio- ja avopuolisot, kumpikin	339,24	11,31
- alennettu (-20 %) ²	271,39	9,05
- alennettu (-40 %) ³	203,54	6,78
Vanhempansa tai vanhempiensa luona asuva	291,34	9,71
- alennettu (-20 %) ²	233,08	7,77
- alennettu (-40 %) ³	174,81	5,83
10 – 17-vuotias lapsi 1. lapsi	279,37	9,31
2. lapsi	259,42	8,65
3. jne. lapsi	239,46	7,98
Alle 10-vuotias lapsi 1. lapsi	251,43	8,38
2. lapsi	231,48	7,72
3. jne. lapsi	211,52	7,05

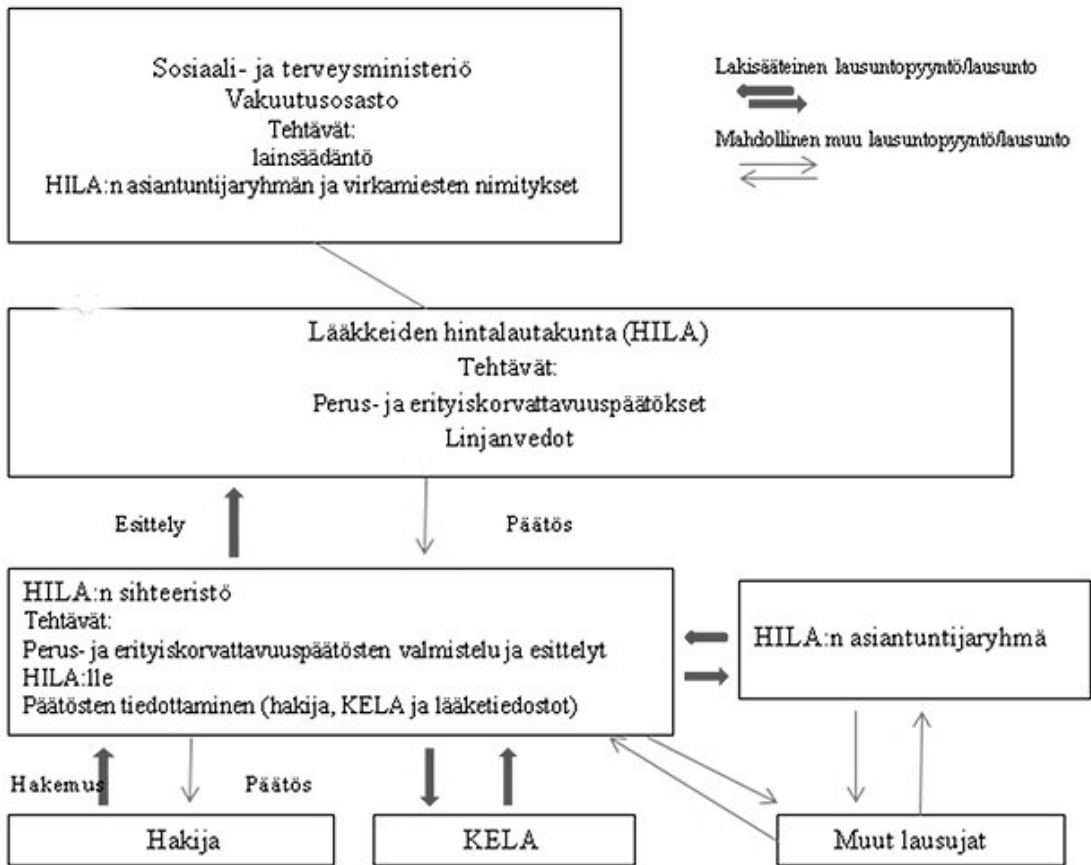
1 Kun toimeentulotukea myönnetään lyhyemmäksi ajaksi kuin kuukaudeksi (TOTUL 15 §)

2 Toimeentulotukilaki 10 § 1 ja 4 momentti

3 Toimeentulotukilaki 10 § 3 ja 4 momentti

LIITE 3

Hintalautakunnan rakenne ja tehtävät, Lähde: Rinta, 2006, 92.



LIITE 4

LÄÄKETAKSA

Lääkkeen vähittäishinta apteekissa muodostuu valtakunnallisesti käytössä olevan tukkuhinnan mukaan seuraavasti:

TUKKUHINTA (€)	VÄHITTÄISHINTA APTEEKISSA (€)
0 – 9,25	1,5 x tukkuhinta + 0,50 € + alv 8 %
9,26 – 46,25	1,4 x tukkuhinta + 1,43 € + alv 8 %
46,26 – 100,91	1,3 x tukkuhinta + 6,05 € + alv 8 %
100,92 – 420,47	1,2 x tukkuhinta + 16,15 € + alv 8 %
yli 420,47	1,125 x tukkuhinta + 47,68 € + alv 8 %

Hinnoittelukaava on valtioneuvoston lääketaksasta, jota kaikkien apteekkien on noudatettava. Tästä johtuen lääkkeen hinta on sama kaikissa apteekeissa. Lääkeyrityksen pitää myydä lääkkeensä kaikille apteekeille samalla hinnalla. (Koistinen, 2006, 71.)