18.11.2015

MINISTERI MÄNTYLÄ; KUNTA- JA TERVEYSJAOSTO 19.11.2015 KLO 9:30

Kunta- ja terveysjaosto on toimittanut vuoden 2016 talousarvioesitykseen liittyen ennakkokysymyksiä ministeri Mäntylän valiokuntakuulemiseen liittyen. Kysymykset koskevat mm. arvioita leikkausten ja säästöpäätösten vaikutuksista eri väestöryhmiin sekä toimeentuloon.

Yleisesti on todettava, että vuoden 2016 talousarvion mukaiset säästötoimet kohdistuvat useisiin eri henkilöryhmiin, minkä vuoksi ei voida sanoa yhden toimenpiteen vaikuttavan välttämättä pelkästään tai eniten tiettyyn ryhmään. Kattavan kokonaisarvioinnin tekeminen leikkausten ja säästöjen vaikutuksista on haastavaa. Vaikutukset riippuvat siitä, millaisesta asiakasryhmästä on kyse, lisäksi ryhmien sisäiset erot ovat hyvin suuret.

Etuus- ja verotusjärjestelmän mikrosimulointiin on luotu yhteinen SISU-malli, jota ylläpitää Tilastokeskus. Lainsäädäntöparametrit päivitetään malliin, kun lainsäädäntö on vahvistettu. Näin ollen esimerkiksi talousarvion budjetti- ja verolait päivittyvät malliin tammikuun aikana. Kun budjettilait ovat kaikki päivitetty SISU-malliin, on talousarvion kokonaisvaikutusten arviointi luotettavasti mahdollista.

Vastauksina valiokunnan esittämiin kysymyksiin sosiaali- ja terveysministeriö toteaa seuraavaa:

Täydentävä talousarvioesitys?

Täydentävä talousarvioesitys on käsittelyssä talouspoliittisessa ministerivaliokunnassa 17.11., raha-asianvaliokunnassa ja hallituksen yleisistunnossa 19.11., jonka jälkeen se julkaistaan ja annetaan eduskunnalle.

Lääketieteellisen tutkimuksen tulevaisuus? Miten pärjätään kun tutkimuksen rahoitusta supistettu merkittävästi? Mahdollisuudet näyttöön perustuvan hoitotyön tutkimusrahoitukseen? (Esim. HOTUS tekee hoitotyön suosituksia vaikuttavuustutkimukseen perustuen).

Erityisvaltionosuus terveydenhuoltoyksiköille (VTR, entinen tutkimus EVO) on valtion varoista maksettava korvaus terveydenhuollon yksiköille yliopistotasoisesta terveystieteellisestä tutkimustoiminnasta aiheutuviin kustannuksiin. STM määrittelee yhteistyössä erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien kanssa VTR-rahoituksen painoalueet ja tavoitteet nelivuotiskausittain. Rahoitus oli vuosina 2009–2011 noin 40 milj. euroa. Hallituksen esityksen mukaisesti rahoitus on vähenemässä ensi vuonna 15 miljoonaan euroon. VTR-rahoituksen vaikutus palvelujärjestelmää kehittävään kliiniseen tutkimukseen on suuri. Samanaikaisesti VTR-rahoituksen vähetessä myös muualta haettava rahoitus kliiniseen ja terveystieteelliseen tutkimukseen on vähentynyt (mm. Suomen Akatemian terveyden tutkimukselle jaettava rahoitus).

Meritullinkatu 8, Helsinki
PL 33, 00023 VALTIONEUVOSTO
www.stm.fi

Puhelin 0295 16001
Telekopio 09 6980 709

e-mail: kirjaamo@stm.fi
etunimi.sukunimi@stm.fi

Hoitotyön tutkimussäätiön ongelmana on ollut pysyvän rahoituksen puuttuminen. Säätiön tekemä työ on samankaltaista Käypä hoito -suositusten valmistelun kanssa, jonka rahoitus tapahtuisi THL:n kautta. Asiaa on selvitetty, mutta pysyvää ratkaisua asiaan ei ole vielä löydetty.

Sote-uudistuksen yhteydessä nousee esiin tutkimusrahoituksen merkitys koko palvelujärjestelmälle. Hallituksen linjauksessa 7.11.2015 todettiin, että yliopistosairaaloiden ja vastaavien sosiaalialan osaamiskeskusten toiminnalle ja kehittämiselle sekä alan yliopistoissa ja korkeakouluissa tehtävän tutkimuksen ja opetuksen hyödyntämiselle sosiaali- ja terveyspalveluiden käytännön kehittämisessä luodaan tarvittavat perusteet. Uusi sote-rakenneratkaisu antaa mahdollisuuden ratkaista pitkään kaivattu sosiaalihuollon tutkimus, koulutus ja kehittäminen tasavertaisesti terveydenhuollon kanssa. Perustason sosiaali- ja terveydenhuollon vahvistamiseksi tieto- ja osaamispohjaa tulee vahvistaa ja uusia käytäntöjä systemaattisesti kehittää, tutkia, arvioida ja levittää. Samalla tulee arvioida uudelleen tarvittavan valtion tutkimusrahoituksen taso.

Liikunnan rooli terveydenedistämiseen kärkihankkeessa? Miten saadaan aidosti ja poikkihallinnollisesti mukaan osaksi terveyden edistämisen kokonaisuutta? Terveydenhuoltohenkilökunnan koulutustarpeet liikunnan huomioon ottamiseksi?

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä eriarvoisuuden vähentämisen kärkihankkeen päämääränä on, että kansalaisten hyvinvointi, terveys ja osallisuus paranevat sekä hyvinvointi- ja terveyserot loiventuvat. Keskeisenä toimenpiteenä on terveiden elintapojen, kuten liikunnan lisääminen, ja kansansairauksien ehkäiseminen. Liikunnan lisäämisen keskeisenä tavoitteena on lisätä vähän liikkuvien henkilöiden liikuntaaktiivisuutta tehostamalla liikuntaneuvontaa, vähentämällä istumista ja edistämällä kuntien ja järjestöjen yhteistyötä.

Kärkihankkeen valmistelu toteutetaan laajassa sidosryhmäyhteistyössä järjestöjen, verkostojen, muiden hallinnonalojen ja kansalaisten kanssa. Toimenpiteiden konkreettiset tavoitteet, keinot niiden toteuttamiseksi, vastuutahot ja seuranta määritetään yhdessä. Valmistelu toteutetaan työpajoissa, foorumeissa sekä hyödyntäen erilaisia sähköisiä alustoja (esim. Innokylä). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuutta valmistellaan teemakohtaisissa työpajoissa.

Terveyttä edistävän liikunnan edistämisessä on 2000-luvun aikana luotu toimivat, poikkihallinnolliset yhteistyörakenteet eri ministeriöiden välillä ja erityisesti opetus- ja kulttuuriministeriön kanssa yhteistyö on tiivistä. Kärkihankkeiden avulla tätä yhteistyötä on mahdollista laajentaa entisestään.

Kärkihankkeelle on varattu 8 milj. euron rahoitus vuosille 2016–2018, josta vuodelle 2016 on kohdistettu 1,5 milj. euroa.

Päihdeäitien hoidon rahoitus? Miten ja milloin rahoitus saadaan kestävälle ja riittävälle pohjalle?

Päihdepalvelut kuten muutkin sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kuntien vastuulla. Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Valtio osallistuu näiden rahoittamiseen kuntien valtionosuusjärjestelmän kautta. Vuoden 2011 kehyksissä hyväksyttiin 3 miljoonan euron lisäys kuntien laskennallisiin valtionosuuksiin (50 % valtionosuudella) otsikolla "päihdeäitien hoidon järjestäminen". Tämän valtionosuuden lisäyksen käyttöä ministeriö on ohjeistanut kirjeellä. Koska kysymys on yleiskatteellisesta valtionosuudesta, valtio ei voi taata, että kunnat käyttävät rahat juuri tähän toimintaan tai että kunnat tilaavat palvelut juuri tietyltä palveluntuottajalta. Esityksen perusteluissa mainitaan Ensi- ja turvakotien liiton ylläpitämät kuntoutuslaitokset, joita RAY on toistaiseksi rahoittanut.

Tässä yhteydessä on usein mainittu ”Pidä kiinni”- hoitojärjestelmä. Kyseessä on Ensi- ja turvakotien liiton ylläpitämä valtakunnallinen erityistason kuntoutusjärjestelmä päihdeongelmaisille odottaville äideille ja vauvaperheille. Se koostuu kuudesta päihdeongelmien hoitoon erikoistuneesta ensikodista ja seitsemästä avopalveluyksiköstä. Pidä kiinni -hoitojärjestelmän kokonaiskustannukset ovat noin 7,7 miljoonaa euroa vuodessa. Raha-automaattiyhdistys (RAY) on vuodesta 2010 lähtien supistanut toiminnan avustusta, koska se katsoo, että se ei voi rahoittaa kuntien vastuulla olevaa palvelutoimintaa. RAY avustus tälle toiminnalle oli 2,288 M€ vuodelle 2015 (kohdennettu toiminta-avustus). RAY on vuodesta 1997 alkaen rahoittanut tätä toimintaa noin 27 miljoonalla eurolla.

Eduskunta on muutamana viime vuonna talousarvioesityksen käsittelyn yhteydessä lisännyt talousarvion momentille 33.03.63 (eräät erityishankkeet) määrärahan Pidä kiinni -järjestelmän jatkuvuuden turvaamiseksi (vuosina 2013–2015 1,5 milj. euroa vuosittain).

Suomessa on myös erittäin toimivia kunnallisia järjestelmiä, erityisesti Tampereella toimiva ”Päiväperho”. Asia on esillä valmistelussa olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksessa. Päihdeäitien hoito on erityisen vaativaa, joten hoito kuulunee laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaaloiden piiriin. Raskaana olevien sosiaalihuollon palveluista, joita esimerkiksi ensikotityyppiset palvelut ovat, säädetään vuonna 2015 voimaan tulleessa uudessa sosiaalihuoltolaissa. Lain mukaan raskaana olevalla henkilöllä on oikeus saada välittömästi riittävät päihteettömyyttä tukevat sosiaalipalvelut (24 §). Lain mukaan laissa määritellyt muut viranomaiset voisivat asiakkaan suostumuksella olla yhteydessä sosiaalihuoltoon, jotta henkilön palveluntarve arvioidaan. Terveydenhuoltolakiin sisältyy vastaava terveydenhuollon päihdepalvelut turvaava säännös (28 §).

Asumistukeen liittyvien muutosten taloudelliset kokonaisvaikutukset?

Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelman ja vuoden 2016 talousarvioesityksen mukaan eläkkeensaajan asumistuki yhdistetään yleiseen asumistukeen. Ehdotuksen mu-

kaan noin 195 000 henkilöä, jotka tällä hetkellä saavat eläkkeensaajan asumistukea, siirtyisivät yleisen asumistuen piiriin vuoden 2016 aikana.

Hallitus on päättänyt luopua eläkkeensaajan asumistuen yhdistämisestä yleiseen asumistukeen. Päätös syntyi kokonaisarvioon perustuen. Monien eläkkeensaajien tilanne olisi yhdistämisen vuoksi kohtuuttomasti vaikeutunut.

Lisäksi talousarvioesityksen mukaan yleisen asumistuen enimmäisasumismenoja ei koroteta vuonna 2016. Asiaa koskeva hallituksen esitys on vielä valmisteltavana.

Yleisen asumistuen hyväksyttävät enimmäisasumismenot vaihtelevat kuntaryhmittäin. Helsinki kuuluu 1. kuntaryhmään, muu pääkaupunkiseutu 2. kuntaryhmään, muut Etelä-Suomen ja isommat kaupungit 3. kuntaryhmään ja muut kunnat kuntaryhmään 4. Eläkkeensaajan asumistuen saajat asuvat pääasiassa 3. (40 %) ja 4. (43 %) kuntaryhmässä. Muutoksen vaikutukset kohdistuvat voimakkaimmin näihin kuntaryhmiin. Suhteellisesti eniten tuen alenemisia on kuitenkin 2. ja 3 kuntaryhmässä. Suurimmat tuen alenemiset kohdistuvat kuntaryhmään 3. Suurimpana syynä tähän on yleisen asumistuen alhaisemmat asumismenonormit verrattuna eläkkeensaajien asumistukeen. Ensimmäisessä kuntaryhmässä (Helsinki) yleisen asumistuen hyväksyttävät asumismenot ovat lähempänä eläkkeensaajien asumismenonormeja, mikä vähentää tukea menettävien määrää verrattuna muuhun pääkaupunkiseutuun (2. kuntaryhmä).

Arvio Kela-korvausten leikkausten kokonaisvaikutuksista?

Hallitus on esittänyt ensi vuoden alusta voimaantulevan lääkekorvauksen 40 euron alkuomavastuun korottamista 60 euroon vuoden 2016 alusta. Lisäksi on esitetty ylemmän erityiskorvausluokan lääkekohtaisen omavastuun nostoa 3 eurosta 5 euroon ja vuosiomavastuun ylityksen jälkeisen lääkekohtaisen omavastuun nostoa 1,5 eurosta 2 euroon. Hallitus on päättänyt antaa eduskunnalle uuden esityksen, jolla aiemmin annetun esityksen sisältöä muutetaan. Esityksen sisältö on parhaillaan valmisteltavana. Alkuperäinen 50 miljoonan säästötavoite puolitetaan. Tavoite on, että lääkkeiden käyttäjille syntyvä lisälasku pystyttäisiin minimoimaan.

Lääkekorvauksia maksettiin vuonna 2014 noin 3,8 milj. vakuutetulle, eli noin 70 prosentille väestöstä. Lääkekorvausten saajista 45 prosenttia on eläkeikäisiä. Vuotuinen alkuomavastuu koskisi valtaosaa korvauksen saajista ja siten myös eläkeläisistä ja lisää korvausten saajien menoja erityisesti alkuvuodesta. Alkuomavastuu kohdentuu erityisesti sellaisille lääkekorvausten saajille, joiden vuotuiset kustannukset jäävät alle alkuomavastuun.

Lääkekorvauksien säästöjä kompensoivat osaltaan vuosien varrella tehdyt toimenpiteet, joilla lääkkeiden hintoja on pyritty alentamaan. Tällaisia ovat esimerkiksi lääkevaihdon käyttöönotto vuonna 2003 ja viitehintajärjestelmän käyttöönotto vuonna 2009. Lisäksi lääkkeiden tukkuhintoja on alennettu 5 prosentilla vuonna 2006 ja vuonna 2013. Lääkkeiden hintakilpailun toimivuutta parannetaan edelleen vuonna 2016 erilaisilla toimenpiteillä. Lisäksi lääkkeiden vuotuista omavastuukattoa on alennettu useaan otteeseen viime vuosina. Vuoden 2016 alusta vuotuinen omavastuukatto

laskee kansaneläkeindeksin laskusta johtuen muutamalla eurolla. Vuotuisen omavastuukaton tarkoituksena on estää lääkekustannuksia nousemasta kohtuuttomiksi. Lisäksi peruskorvausprosentti nousee 35:stä 40 prosenttiin.

Lääkekorvausten 50 milj. euron säästötavoitteen muutokset yhdessä aiemmin tehtyjen päätösten kanssa, jotka tulevat voimaan vuoden 2016 alusta, olisi nostanut lääkkeiden käyttäjien omavastuuta keskimäärin 15 eurolla vuodessa. Pienituloisilla omavastuu olisi noussut hieman enemmän (19–20 euroa vuodessa) ja ylimmissä tulodesiileissä nousu olisi ollut keskimäärin 16 euroa vuodessa. Kaikista erityiskorvaukseen oikeutetusta 1,3 miljoonasta henkilöstä omavastuu olisi noussut enemmän kuin 50 euroa 13 prosentilla. Eniten omavastuu olisi noussut ikäryhmässä 65–74-vuotiaat.

Matkakustannusten korvausten matkakohtaista omavastuuta ehdotetaan korotettavaksi 16 eurosta 25 euroon ja korotettua omavastuuta 32 eurosta 50 euroon (taksimatkat joita ei tilata Kelan kanssa sopimuksen tehneestä tilausvälityskeskuksesta). Vuotuinen 272 euron omavastuuosuus korotetaan 300 euroon.

Maaseudulla asuville tuensaajille matkakorvauksen omavastuun korotuksella on merkitystä. Vuotuisen omavastuun korotus koskee 5 prosenttia eläkkeensaajien asumistuen saajista. Valtaosa terveydenhuoltoon kohdistuvista matkoista tehdään kuitenkin edelleen omalla kustannuksella.

Matkakohtaisen omavastuun nosto laskee nykyistä noin 88 prosentin korvaustasoa 71 prosenttiin, mutta toisaalta vuotuinen omavastuu estää vakuutetun maksettavaksi jäävien kustannusten kohoamisen kohtuuttomiksi. Jatkossa vuotuinen omavastuu täyttyy 12 yhdensuuntaisen matkan kustannuksista entisen 17 sijasta. Vuotuisen omavastuun ylittävien vakuutettujen kustannukset nousisivat 28 eurolla vuodessa.

Lääkekorvaus- ja matkamenot ovat toimeentulotuesta korvattavia menoja. Näiden menojen omavastuun korottaminen voi lisätä kuntien maksaman toimeentulotuen menoja, mutta vaikutusta ei pystytä arvioimaan tietojen puuttumisen vuoksi.

Suun terveyden turvaaminen?

Lääkäripalkkioiden, tutkimuksen ja hoidon sekä hammashoidon korvausten alentaminen korottaa potilaiden kustannuksia yksityisestä sairaanhoidosta. Lääkäripalkkioiden korvaustaso alenee nykyisestä 21 prosentista 14 prosenttiin, hammashoidon korvaustaso 25 prosentista 15 prosenttiin sekä tutkimuksen ja hoidon korvaustaso 21 prosentista 16 prosenttiin. Näitä yksityisen sairaanhoidon korvauksia maksetaan sitä suuremmalle osalle väestöä, mitä suurituloisemmasta henkilöstä on kyse. Kelan seurantatietojen perusteella hammashoidon kustannukset käyntiä kohden laskettuna olivat alkuvuonna 2015 keskimäärin noin 141 euroa, josta sairausvakuutuskorvauksina maksettiin noin 35 euroa (25 %:n korvaustaso).

Sairausvakuutuskorvausten pienenemisen hammashoidossa on arvioitu yhtenä tekijänä lisäävän hakeutumista kunnalliseen suun terveydenhuoltoon. Kysynnän kasvun on arvioitu näkyvän erityisesti alueilla ja kaupungeissa, joilla yksityisen palvelujen tarjoajia on runsaammin. Esimerkiksi Helsingissä suun terveydenhuollossa aikuisten kiireettö-

män hammashoidon kysyntä on kasvanut vuonna 2015. Kiireetöntä hoitoa tarvitsevien aikuisten määrä on vuonna 2015 ollut noin 20 prosenttia suurempi kuin vastaavana aikana vuonna 2014. Helsingin kaupunki on lisännyt palvelusetelin käyttöä suun terveydenhuollossa tasaamaan kysynnän kasvua. Palvelusetelin nykymuotoisessa käytössä ongelmana ovat kuitenkin korkeat hallinnolliset kustannukset. Oulu on myös ilmoittanut alkuvuonna 2015 tapahtuneesta kysynnän kasvusta kunnan järjestämässä suun terveydenhuollossa.

Säästöjä toteutetaan kuntasektorilla mm. pidentämällä aikuisten suun terveydenhuollon tutkimus- ja hoitovälejä. Terveempi osa väestöstä tarvitsee suun tutkimuksen ja tarkastuskäynnin harvemmin kuin ne, joilla hoidon tarve on suurempaa. Palveluja suunnataan erityisesti suuremman hoidon tarpeessa oleville. Ennalta ehkäisevän toiminnan merkitys tulee olemaan erityisen tärkeää suun terveydenhuollossa. Jatkotoimina on esitetty myös suun terveydenhuollon palvelujen vahvempaa integroimista sujuviin palveluketjuihin sekä myös sujuvampaa ja vähemmän hallinnollisia kustannuksia aiheuttavaa palvelusetelin käyttöä.

Palvelujärjestelmää kehitetään hallituksen palvelut asiakaslähtöisiksi -kärkihankkeen Uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessit - asiakas keskiöön toimenpidekokonaisuudessa, jossa mm. toteutetaan palvelusetelikokeilu. Kärkihankkeen toimenpidekokonaisuudelle on varattu 15 milj. euron rahoitus vuosille 2016–2018, josta vuodelle 2016 on kohdistettu 2,0 milj. euroa.

Kokonaisarvio eri väestöryhmien (erit. kaikkein heikoimmassa asemassa olevien) toimeentulosta säästöpäätösten jälkeen?

Vuoden 2016 talousarvion mukaiset säästötoimet kohdistuvat useisiin eri henkilöryhmiin, minkä vuoksi ei voida sanoa yhden toimenpiteen vaikuttavan välttämättä pelkästään tai eniten tiettyyn ryhmään. Kattavaa kokonaisarviointia leikkausten ja säästöjen vaikutuksista ei voida tässä vaiheessa tehdä luotettavasti, koska budjettilakeja ei ole vielä hyväksytty ja talousarvion täydennystä ei ole annettu eduskunnalle.

Lisäksi on muistettava, että talousarvioesitys sisältää myös pienituloisten toimeentuloa turvaavia esityksiä. Esimerkiksi takuueläkettä korotetaan ja pienituloisten verotusta kevennetään.

Takuueläkettä korotetaan vuoden 2016 alusta 23 eurolla kuukaudessa. Kansaneläkeindeksin arvioitu lasku (0,36 %) pienentää vuonna 2016 eläkkeen yhteenlaskettua määrää 2,77 euroa, joten takuueläkkeen nettomuutos on 20,23 euroa kuukaudessa.

Työtulovähennys tehdään ensisijaisesti ansiotulosta valtiolle suoritettavasta tuloverosta. Vuoden 2016 talousarviossa vähennyksen enimmäismäärää ehdotetaan korotettavaksi 1 025 eurosta 1 260 euroon ja sen kertymäprosenttia korotettavaksi 8,6 prosentista 11,8:aan. Kunnallisverotuksessa tehtävän perusvähennyksen enimmäismäärää ehdotetaan korotettavaksi 2 970 eurosta 3 020 euroon. Yhdessä muiden veroperusteisiin tehtävien muutosten kanssa näiden toimien arvioidaan laskevan palkka- tai eläketuloa saavien veroastetta 10 000 - 80 000 euroa vuodessa ansaitsevilla (huomioitu keskimääräiset verot ja maksut). Esimerkiksi lapsettomalla, alle 53-vuotiaalla, 30 000

euroa vuodessa ansaitsevalla henkilöllä veroaste laskisi 0,94 %. Tämä tarkoittaa 282 euron lisäystä vuodessa käteen jäävässä tulossa.

Miten osatyökykyisten työssä pysymistä ja työllistymistä on tarkoitus konkreettisesti parantaa?

Osatyökykyisten työssä jatkamisen, työhön paluun ja työllistymisen tukemiseksi toteutetaan parhaillaan ja on jo toteutettu useita **lainsäädäntömuutoksia**.

Valtion vuoden 2016 talousarvioesityksen mukaisesti Kelan korvaaman **kuntoutuspsykoterapian aikuisten korvaustasoa korotetaan** ja se yhtenäistetään nuorten korvaustason kanssa ensi vuoden alusta. Valtioneuvoston asetus uudesta korvaustasosta annetaan syksyn aikana.

Viime hallituskaudella toteutetun lakimuutoksen johdosta Kelan järjestämän **vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen myöntämisedellytykset lievenevät** ensi vuoden alusta. Muutoksen johdosta Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin siirtyy uusia asiakkaita. Vuonna 2016 Kelan kuntoutujien määrä kasvaa arviolta 3 850 henkilöä ja vuodesta 2017 alkaen uusia saajia on arviolta 7 700 henkilöä vuositasolla.

Työeläke-, kansaneläke- ja takuueläkejärjestelmässä on mahdollista **jättää työkyvyttömyyseläke lepäämään**. Laki työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työhön paluun edistämisestä mahdollistaa sen, että työkyvyttömyyseläkkeen saaja voi kokeilla työssäkäyntiä ilman pelkoa työkyvyttömyyseläkkeen menettämisestä tai täyden työkyvyttömyyseläkkeen muuttamisesta osatyökyvyttömyyseläkkeeksi.

Pääsy Kelan **ammatilliseen kuntoutukseen** helpottui vuoden 2014 alusta. Muutos mahdollistaa ammatillisen kuntoutuksen myöntämisen aikaisempaa varhaisemmassa vaiheessa erityisesti nuorille ja muille työelämään kiinnittymättömille henkilöille.

Vuoden 2014 alusta osatyökykyisten henkilöiden työhön paluuta ja työssä jatkamista tuettiin pidentämällä **osasairauspäivärahakausi** 120 päivään. Vuoden 2015 alusta opiskelijoilla on **oikeus vähäiseen opiskeluun sairauslomalla** eli silloin, kun opiskelijalle maksetaan opintotuen sijaan sairauspäivärahaa. Lisäksi lokakuun 2015 alusta kuntoutuja on voinut saada **osakuntoutusrahaa** niiltä kuntoutuspäiviltä, joina hän työskentelee osapäiväisesti kuntoutuksen ohessa.

Vuoden 2015 alusta työeläkelaitosten on oma-aloitteisesti selvitettävä työkyvyttömyyseläkettä hakevan henkilön **oikeus työeläkelaitosten ammatilliseen kuntoutukseen**. Myös Kelan velvollisuutta selvittää kuntoutusmahdollisuudet ennen työkyvyttömyyseläkepäätöksen antamista on korostettu.

Hallitusohjelmaan on kirjattu **kuntoutuksen kokonaisuudistus**. Kuntoutusuudistuksen tavoitteena on, että kuntoutuspalvelut toteutuvat saumattomana osana hoidon, työhön paluun, työllistymisen ja osallistumisen prosesseja. Tavoitteena on turvata jokaiselle lakisääteinen oikeus tarpeen mukaiseen kuntoutukseen. Erityisenä painopisteenä ovat työttömät. Kuntoutuksessa siirrytään järjestelmälähtöisyydestä ihmisten yksilöllisten tarpeiden mukaiseen työ- ja toimintakyvyn tukemiseen. Kuntoutuksen uudista-

minen mahdollistaa osatyökykyisten työ- ja toimintakyvyn vahvistamisen ottamalla laajemmin käyttöön hyväksi todettuja toimintatapoja. Kuntoutusta voidaan toteuttaa joustavasti kuntoutujan arjen ympäristöissä.

Hallituksen yhtenä kärkihankkeena on luoda **osatyökykyisille väyliä työhön**. Osatyökykyinen on henkilö, jolla on käytössään osa työkyvystään. Kärkihankkeen tavoitteena on, että osatyökykyisillä on myös mahdollisuus tämän kyvyn käyttöön.

Hallituksen Osatyökykyisille väyliä työhön -kärkihankeen tavoitteena on lisätä merkittävästi osatyökykyisten työssä pysymistä ja työllistymistä avoimille työmarkkinoille. Kärkihanke hyödyntää vuoden 2015 lopussa päättyvän Osatyökykyiset työssä -ohjelman tuloksia ja suosituksia. Ohjelman tulokset sisältävät mm. tutkimustietoa siitä, miten työpaikoilla onnistuneesti voidaan käyttää työolosuhteiden mukauttamista vammaisten ja osatyökykyisten henkilöiden työnteon mahdollistamiseksi ja helpottamiseksi. Kärkihankkeessa selvitetään myös vammaisten yrittäjyyden mahdollisuuksia sekä poistetaan työkyvyttömyyseläkkeen ja ansiotulon kannustinloukkuja. Kärkihankkeessa poistetaan työkyvyttömyyseläkkeen ja ansiotulojen kannustinloukkuja. Tarkoituksena on, että työtulon lisäys kasvattaa aina kokonaistulon määrää.

Vuonna 2019 käyttöön otettava kansallinen tulorekisteri antaa mahdollisuuden entistä ajantasaisempaan tulotietojen käsittelyyn. Kärkihankkeelle on varattu 15 milj. euron rahoitus vuosille 2016–2018, josta vuodelle 2016 on kohdistettu 2,0 milj. euroa.

Osatyökykyiset työssä - ohjelman osana on koulutettu työkykykoordinaattoreita, jotka antavat henkilökohtaisen tuen vammaiselle tai osatyökykyiselle työntekijälle työpaikalla ja työn hakijalle TE-toimistossa. Työkykykoordinaattorit osallistuvat toimipaikoillaan työolosuhteiden mukauttamiseen ja ratkaisujen löytämiseen työpaikkatasolla. Tätä työkykykoordinaattoreiden toimintamallin levittämistä ja koulutusta jatketaan alueellisesti. Tietoa ja koulutusta vammaisten ja osatyökykyisten työllistymistä edistävien keinoista ja mahdollisuuksista tarjotaan myös esimiehille ja palvelujärjestelmässä toimiville ammattilaisille.

Kärkihankkeessa etsitään myös toimintamalleja työelämän ulkopuolella olevien osatyökykyisten työllistymiseksi, parannetaan työnantajien mahdollisuuksia osatyökykyisten henkilöiden palkkaamiseksi, rakennetaan verkkoportaali osatyökykyisten työllistymisen tueksi sekä laaditaan hoitoon ja kuntoutukseen ohjaamisen toimintamallit työkyvyn tukemiseksi.

Hallituksen Nuorisotakuuta yhteisötakuun suuntaan -kärkihankkeessa tuetaan nuorten elämänhallintaa, opintopolkujen rakentumista ja työllistymistä. Hankkeessa kehitetään nuorisostakuusta mallia, jossa vastuu on yhdellä taholla. Toiminnan selkeyttäminen ja jämäköittäminen helpottavat myös vammaisten nuorten koulutus- ja työelämäpolkujen rakentamista.

