



Vos droits en matière de sécurité sociale

en Finlande

Ce guide présente des informations préparées et mises à jour en étroite collaboration avec les correspondants nationaux du MISSOC, le système d'information mutuelle sur la protection sociale. De plus amples renseignements sur le réseau MISSOC sont disponibles à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

Ce guide fournit une description générale du régime de sécurité sociale applicable dans les pays respectifs. Des informations supplémentaires peuvent être obtenues à travers d'autres publications MISSOC, toutes disponibles à l'adresse mentionnée ci-dessus. Vous pouvez également contacter les autorités et institutions compétentes énumérées à l'annexe du présent guide.

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission ne sont responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans cette publication.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Chapitre I: Généralités, organisation et financement | 4 |
| Introduction | 4 |
| Organisation de la protection sociale | 4 |
| Financement | 5 |
| Chapitre II: Soins de santé | 6 |
| Ouverture des droits | 6 |
| Couverture de l'assurance..... | 6 |
| Modalités d'accès | 7 |
| Chapitre III : Prestations de maladie en espèces | 9 |
| Ouverture des droits | 9 |
| Couverture de l'assurance..... | 9 |
| Modalités d'accès | 9 |
| Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité..... | 11 |
| Ouverture des droits | 11 |
| Couverture de l'assurance..... | 11 |
| Modalités d'accès | 12 |
| Chapitre V: Prestations d'invalidité | 13 |
| Ouverture des droits | 13 |
| Couverture de l'assurance..... | 14 |
| Modalités d'accès | 15 |
| Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse | 16 |
| Ouverture des droits | 16 |
| Couverture de l'assurance..... | 16 |
| Modalités d'accès | 18 |
| Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants..... | 19 |
| Ouverture des droits | 19 |
| Couverture de l'assurance..... | 20 |
| Modalités d'accès | 20 |
| Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles | 22 |
| Ouverture des droits | 22 |
| Couverture de l'assurance..... | 23 |
| Modalités d'accès | 23 |
| Chapitre IX: Prestations familiales | 25 |
| Ouverture des droits | 25 |
| Couverture de l'assurance..... | 25 |
| Modalités d'accès | 26 |
| Chapitre X: Chômage..... | 27 |
| Ouverture des droits | 27 |
| Couverture de l'assurance..... | 28 |
| Modalités d'accès | 28 |
| Chapitre XI : Garantie de ressources..... | 30 |
| Ouverture des droits | 30 |
| Couverture de l'assurance..... | 31 |
| Modalités d'accès | 31 |
| Chapitre XII : Soins de longue durée | 32 |
| Ouverture des droits | 32 |
| Couverture de l'assurance..... | 32 |
| Modalités d'accès | 33 |
| Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles | 34 |

Chapitre I : Généralités, organisation et financement

Introduction

En Finlande, tous les résidents sont couverts par des régimes de sécurité sociale qui gèrent les pensions de base (pensions nationales et pension de garantie), ainsi que les prestations de maladie, de maternité et de famille. De plus, tous les salariés ont droit à des prestations basées sur l'emploi, comme les pensions obligatoires professionnelles, ainsi qu'à des prestations pour accidents du travail, maladies professionnelles et chômage. Tous les résidents des communes ont accès aux services sanitaires et sociaux.

En Finlande, le système légal de retraite comprend la pension de retraite et la pension nationale. Parmi les prestations de ces deux régimes figurent la pension d'invalidité, la pension de réversion et la pension de vieillesse.

La pension de retraite vise à garantir au travailleur ayant exercé une activité salariée ou indépendante le niveau de vie qui était le sien pendant son activité. Le système de pension de retraite repose sur un certain nombre de lois, la principale étant la loi sur les pensions des salariés (TyEL), qui couvre l'ensemble des salariés du secteur privé, à savoir 60% des forces totales de travail. Les indépendants, les marins, les agriculteurs et les fonctionnaires ont leurs propres régimes de pension.

La pension nationale et la pension de garantie fournissent un revenu minimal aux retraités qui ne perçoivent pas d'autre pension ou dont la couverture de retraite est faible. Le niveau de la pension nationale décroît au fur et à mesure qu'augmente celui de la pension assise sur les revenus, pour disparaître complètement si cette dernière dépasse un certain montant. Tout autre revenu de pension est pris en compte pour la détermination du montant de la pension de garantie.

En Finlande, la part des régimes de retraite complémentaires non obligatoires est assez limitée, car tous les travailleurs salariés et indépendants relèvent du système de pensions de retraite. Il n'existe pas de plafond aux revenus pris en compte pour le calcul de la retraite professionnelle et le montant de la pension servie n'est pas plafonné.

Les décisions en matière de sécurité sociale peuvent faire l'objet de recours. La procédure et les instances de recours dans le cas des différentes prestations sont indiquées dans les sections suivantes.

Organisation de la protection sociale

Le ministère des affaires sociales et de la santé (*Sosiaali-ja terveystieteiden ministeriö*) est responsable de la sécurité sociale en Finlande.

Plusieurs organisations participent à la mise en œuvre du système de sécurité sociale. L'une des particularités du système finlandais d'assurance sociale est que certains de ses volets sont gérés par des compagnies (agrées) privées d'assurance.

L'Institution d'assurances sociales (*Kansaneläkelaitos*, ou *Kela*) est un organisme autonome de droit public qui gère le régime général de sécurité sociale basé sur la

résidence. Administrativement, cet organisme est placé sous la tutelle directe du Parlement finlandais. Les services de soins de santé relèvent de la responsabilité des autorités locales.

L'assurance retraite professionnelle des salariés du secteur privé est gérée par des compagnies d'assurance retraite spécialement agréées, des caisses de retraite et des fonds de pension. Le Centre des pensions (*Eläketurvakeskus*, ou *ETK*) est l'organe coordonnateur des régimes d'assurance retraite professionnels; il est également responsable des questions d'assurance et de retraite au plan international. L'office de contrôle financier exerce la surveillance des organismes d'assurance et de retraite.

Les régimes de retraite des agents de l'État et des agents des autorités locaux sont gérés par la *Keva*.

Les organismes d'assurance accidents sont chargés de l'assurance accidents et maladies professionnelles des travailleurs du secteur privé. Le Trésor public est responsable de l'assurance accidents des agents de l'État. La fédération des organismes d'assurance accidents est l'organisation publique chargée des questions d'assurance accidents. Elle sert notamment d'institution du lieu de résidence ou de séjour conformément aux obligations internationales de la Finlande.

La protection contre le chômage relève de la *Kela* pour les indemnités de base. Les caisses de chômage, œuvrant principalement de concert avec les syndicats, sont responsables de l'administration des prestations professionnelles de chômage. L'affiliation à ces caisses n'est pas obligatoire.

Financement

Les prestations familiales sont financées par l'État. Le soutien au marché du travail est financé, à raison de 50/50, par l'État et les autorités locales. Les prestations de chômage sont financées en partie par des fonds publics et en partie par les cotisations d'assurance chômage versées par les travailleurs, les employeurs et les souscripteurs à des caisses d'assurance chômage; les finances de l'État en paient une bonne part. Les services de santé publics sont financés par les municipalités sur la fiscalité locale et le ticket modérateur; l'État effectue également des transferts vers les autorités locales pour aider les services sanitaires et sociaux. Les retraites professionnelles sont financées à partir des cotisations versées par les employeurs et les travailleurs. L'État subventionne les régimes des agriculteurs, des marins et des indépendants. La pension nationale et la pension de garantie sont financées par l'État. Le système d'assurance sociale est soutenu par les forces de travail (salariés et indépendants), les employeurs, les assurés et l'État. L'assurance accidents repose sur les cotisations d'assurance versées par les employeurs.

Chapitre II: Soins de santé

Ouverture des droits

Ce sont les autorités locales qui sont responsables, à la base, de la fourniture des services de santé. Tous les personnes résidant dans une commune a droit à des soins de santé. Les services de santé publics sont épaulés par des prestataires publics de soins.

Les salariés et les travailleurs indépendants sont également assurés à certaines conditions, même s'ils ne résident pas en Finlande à titre permanent.

Couverture de l'assurance

Services publics de santé

Les dispositions légales fixent les services obligatoirement assurés par la commune. La commune peut organiser ces services elle-même, en association avec d'autres communes ou en acquérant ces services auprès d'une autre commune ou d'un autre prestataire public ou privé. Ces services sont l'éducation sanitaire et les consultations, les soins médicaux, les services de rééducation (s'ils ne sont pas couverts par un autre système), la santé mentale, le transport des patients, les soins dentaires, les services d'orientation, l'école, les soins aux étudiants et aux professionnels, les examens réguliers et les tests de dépistage.

Assurance maladie

Le système d'assurance maladie rembourse les médicaments prescrits aux patients ambulatoires pour cause de maladie; il verse également des prestations en espèces de maladie, de maternité et de paternité.

Le système d'assurance maladie rembourse également les services de soins du secteur privé, en particulier les dépassements d'honoraires des médecins non conventionnés, les frais de cliniques privées et les soins médicaux, notamment les soins dentaires, thérapeutiques et physiothérapeutiques, les examens psychologiques et les analyses de laboratoire.

Les préparations diététiques spéciales prescrites pour le traitement d'affections graves, ainsi que les pommades destinées au traitement de maladies de la peau persistantes sont également remboursées.

Les frais de transport dépassant le ticket modérateur forfaitaire sont remboursés par trajet. Il peut s'agir de visites pour des traitements et de visites payées à des patients par des spécialistes. Au-dessus d'un certain montant annuel, les frais de transport sont remboursés intégralement.

Modalités d'accès

Services publics de santé

Dans le cadre public, les soins sont dispensés principalement par les centres de santé et les hôpitaux. Ces services sanitaires sont avant tout destinés aux personnes domiciliées dans la commune concernée. Dans les centres de santé, les soins sont dispensés par des médecins généralistes. S'il est nécessaire que le patient voie un spécialiste, il doit lui être adressé par le généraliste (exerçant en libéral ou dans un centre de santé) vers le milieu hospitalier. En cas d'urgence, il est également possible de consulter directement à l'hôpital sans s'adresser au préalable à un généraliste.

Les patients ont accès aux services des centres de santé, même en dehors de leur commune de résidence s'ils séjournent dans une autre municipalité sur une base régulière ou à long terme par exemple, pour le travail, les loisirs, un proche parent ou pour toute autre raison comparable. Le patient doit informer le centre de santé de l'autre municipalité de ses besoins de services au moins trois semaines avant la première visite. De plus, il/elle doit avoir un plan de soins, qui est établi par le centre de santé de sa municipalité de résidence. Le plan définit les services auxquels le patient a droit dans un autre centre de santé. Le plan de soins est requis pour les services non urgents. En cas d'urgence, il est toujours possible d'utiliser les services fournis dans toute municipalité.

En outre, le patient peut changer de centre de santé dans les limites de sa municipalité de résidence ou de la zone de coopération. Le patient doit informer à la fois le nouveau centre de santé et l'ancien du changement, trois semaines avant la première visite. Il est également possible de choisir l'unité de soins spécialisés dans une zone dite de responsabilité, qui est formée par les districts hospitaliers voisins. Le patient choisit l'unité de soins spécialisés en collaboration avec le médecin qui établit le recours aux soins.

Les soins d'urgence sont prodigués au patient immédiatement. En ce qui concerne les traitements non urgents, les délais d'exécution sont fixés par la loi. Les centres de santé doivent être joignables directement pendant leurs heures d'ouverture. Le traitement dont le patient a besoin peut souvent être évalué dès l'entretien téléphonique, qui peut être mené par un professionnel de la santé autre qu'un médecin. S'il apparaît qu'une visite en centre de santé est nécessaire, elle doit être organisée dans un délai de trois jours suivant la consultation téléphonique. Les soins dispensés au centre de santé débutent généralement dès la première visite du patient. Si ce n'est pas possible, le traitement doit être proposé au plus tard dans les trois mois. Les patients adressés à l'hôpital doivent être vus dans un délai de trois semaines à compter de la décision. Si les examens font apparaître que le patient nécessite des soins hospitaliers, ceux-ci doivent débuter au plus tard dans les six mois qui suivent l'évaluation. Les traitements jugés nécessaires destinés aux enfants et aux jeunes en matière de santé mentale doivent être prodigués dans les trois mois. Tout traitement jugé nécessaire du point de vue odontologique doit être dispensé dans un délai raisonnable, au plus tard dans les six mois.

Le patient doit généralement acquitter une somme forfaitaire pour tout traitement dans un centre de santé. Les patients ambulatoires en milieu hospitalier paient une somme forfaitaire par consultation; les patients admis à l'hôpital paient une somme forfaitaire par jour. Le ticket modérateur pour de la chirurgie ambulatoire est

également une somme forfaitaire. Pour les maladies de longue durée, il est basé essentiellement sur les revenus.

Les services pour lesquels le patient a déjà acquitté une certaine somme durant une période de 12 mois sont ensuite gratuits. Pour les traitements en hôpital de courte durée (moins de trois mois), l'établissement peut demander une somme forfaitaire.

Il est possible d'adresser une demande de rectification d'une facture de soins médicaux à la commission communale de la santé ou à l'organisme correspondant, ou encore à l'organisme ayant ordonné les soins médicaux spécialisés. La demande de rectification doit être présentée par écrit dans les 14 jours qui suivent la notification de la facture à l'intéressé.

Le patient peut adresser une plainte, concernant tout aspect de ses soins médicaux ou hospitaliers ou des traitements connexes, au directeur du centre de santé ou de l'hôpital concerné, ainsi qu'aux autorités de contrôle compétentes.

Assurance maladie

Les remboursements s'effectuent sur base d'une grille de tarifs fixes établie par l'Institution d'assurances sociales. Les honoraires des médecins et des dentistes ainsi que les frais d'examen et de traitements sont remboursés. Les frais de déplacement sont généralement remboursés en tenant compte de la façon la moins coûteuse pour se rendre chez le médecin (qu'il s'agisse des médecins privés ou de ceux des établissements publics) ou chez le prestataire de soins le plus proche. Dans la pratique, toutefois, les remboursements représentent une partie plus petite des frais réels.

L'assurance maladie rembourse partiellement ou intégralement les médicaments remboursables prescrits par le médecin dans le cadre du traitement. Les remboursements des médicaments s'effectuent selon trois catégories d'indemnisation. Le remboursement est calculé par produit en pourcentage des frais pharmaceutiques. Le patient paie le ticket modérateur de chaque médicament pour les produits de la catégorie de remboursement spéciale supérieure. Il n'y a pas de ticket modérateur par médicament pour les produits de la catégorie de remboursement de base et la catégorie de remboursement spéciale inférieure.

Le remboursement de base pour les médicaments prescrits est de 35% du prix. Pour certaines maladies graves et de longue durée, le taux de remboursement est de 65 ou 100%, après déduction du ticket modérateur. Il existe un plafond annuel pour les frais pharmaceutiques à charge de l'usager. Au-delà, la personne acquitte seulement un ticket modérateur par article.

La demande de remboursement des frais de maladie doit être introduite dans les six mois qui suivent le règlement des honoraires ou des soins.

Il existe toujours un droit de réclamation en matière d'assurance maladie. La réclamation doit être adressée au bureau de l'Institution d'assurances sociales ou à la caisse professionnelle ayant arrêté la décision contestée, qui examine si une rectification est possible. Si les conditions requises pour procéder à une rectification à ce niveau ne sont pas réunies, la plainte est examinée par la commission de recours des assurances sociales. Il est possible de faire appel de la décision de cette commission auprès du tribunal des assurances sociales.

Chapitre III : Prestations de maladie en espèces

Ouverture des droits

Tous les résidents âgés de 16 à 67 ans, ainsi que les non résidents salariés ou indépendants travaillant en Finlande depuis au moins quatre mois sont couverts. Le droit à l'indemnité est ouvert neuf jours ouvrables après le début de la maladie (non compris le jour où celle-ci s'est déclarée). L'indemnité journalière de maladie est versée pendant 300 jours ouvrables au maximum.

Couverture de l'assurance

Salaire de maladie

L'employeur verse le salaire intégral pendant les neuf premiers jours si la relation de travail a duré au moins un mois, et 50% si la relation a duré moins d'un mois. Dans le cadre des conventions collectives, la plupart des employeurs versent le salaire intégral durant le premier ou les deux premiers mois.

Indemnités de maladie

Le montant de l'indemnité journalière est calculé sur la base du revenu annuel déclaré et vérifié de l'assuré ou sur la base de ses revenus semestriels. L'indemnité journalière augmente en fonction des revenus annuels de l'intéressé.

Des indemnités spéciales de maladie sont dues au parent prenant en charge la garde et la rééducation de son enfant hospitalisé de moins de 16 ans.

Les indemnités journalières sont soumises à l'impôt sur le revenu. L'examen des conditions de ressources tient compte des autres revenus de l'assuré et de son conjoint.

Allocation de rééducation

Une allocation de rééducation est versée au cours du traitement si celui-ci vise à permettre la poursuite ou la reprise d'une activité professionnelle ou l'entrée dans la vie active. En règle générale, le montant de l'allocation de rééducation est fixé aux mêmes conditions que l'indemnité journalière de maladie.

Modalités d'accès

Les demandes de prestations sont adressées au bureau local de l'Institution d'assurances sociales ou à la caisse professionnelle.

Les demandes de rééducation et d'allocation correspondante sont adressées au bureau local de l'Institution d'assurances sociales. À l'exception des rééducations organisées à titre facultatif, il est possible de contester la décision prise en saisissant la commission

de recours des assurances sociales et de faire appel de la décision de cette dernière auprès du tribunal des assurances sociales.

Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité

Ouverture des droits

Tous les résidents sont éligibles. En outre, les non résidents salariés ou indépendants travaillant en Finlande depuis au moins quatre mois sont immédiatement couverts.

Tant la mère (allocation de maternité, *äitiysraha*, et allocation parentale, *vanhempainraha*) que le père (allocation de paternité, *isyysraha*, et allocation parentale, *vanhempainraha*) doivent être résidents en Finlande depuis au moins les 180 jours précédant immédiatement la date escomptée de l'accouchement.

Aucune période d'affiliation n'est requise pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces.

Couverture de l'assurance

L'allocation de maternité est versée à la mère pendant les 105 premiers jours. Le droit à l'allocation de maternité s'ouvre entre 30 et 50 jours ouvrables avant la date de naissance prévue. L'allocation parentale est versée pendant les 158 jours ouvrables suivants soit à la mère, soit au père, si celui-ci choisit de rester au foyer pour s'occuper de l'enfant. L'allocation parentale ne peut être versée simultanément au père et à la mère. Les parents adoptifs bénéficient également de l'allocation parentale si l'enfant adopté a moins de sept ans.

La femme enceinte a droit à une indemnité spéciale de maternité pendant la grossesse lorsqu'un produit chimique, des rayonnements ou une maladie contagieuse liés à son travail ou à son lieu de travail risquent de mettre en danger le développement du fœtus ou de compromettre la grossesse. Cette disposition n'est applicable que s'il est impossible de l'affecter à un autre poste de travail.

Le congé de paternité est de 54 jours ouvrables au total. Après l'accouchement, le père peut demander une allocation et un congé de paternité d'une durée maximale de 18 jours ouvrables, qu'il prendra en quatre fois au cours de la période de versement de l'allocation de maternité et de l'allocation parentale. La partie restante du congé de paternité ou la totalité de celui-ci (54 jours) peut être prise après les congés de maternité et parental.

L'allocation de maternité et l'allocation parentale sont égales à l'indemnité journalière de maladie. Les parents dont l'enfant de moins de 16 ans reçoit des soins ou suit une rééducation en hôpital ou, dans certains cas, à domicile peuvent percevoir une allocation spéciale de soins. Cette allocation est généralement versée en tout pendant 60 jours ouvrables au maximum par enfant au cours d'une année civile. Le montant de l'allocation spéciale de soins pour enfant est égal à l'indemnité journalière.

Montant de la prestation

L'indemnité journalière augmente en fonction des revenus annuels de la personne. Une prestation minimale en espèces est établie.

Prestations en nature

Les examens médicaux dans les maternités et les centres sanitaires pour enfants durant et après la grossesse sont gratuits.

Modalités d'accès

Les demandes de prestations sont adressées au bureau local de l'Institution d'assurances sociales ou à la caisse professionnelle. L'allocation de maternité doit être demandée deux mois avant la date prévue de l'accouchement et l'allocation de paternité dans un délai de deux mois par rapport à la date souhaitée du début du versement des prestations. Les demandes d'allocations parentales doivent être présentées un mois avant la date souhaitée du début du versement de ces prestations.

Il existe un droit de réclamation en matière d'allocations parentales. La réclamation doit être adressée au bureau de l'Institution d'assurances sociales ou à la caisse professionnelle ayant arrêté la décision contestée, qui examine si une rectification est possible. Si les conditions requises pour procéder à une rectification à ce niveau ne sont pas réunies, la plainte est examinée par la commission de recours des assurances sociales. Il est possible de faire appel de la décision de cette commission auprès du tribunal des assurances sociales.

Chapitre V: Prestations d'invalidité

Ouverture des droits

Les prestations d'invalidités font essentiellement partie du régime des pensions.

Il existe un système à deux volets, en Finlande:

- un système d'assurance (pension professionnelle obligatoire, *Työeläke*) financé par les cotisations couvrant l'ensemble des personnes actives (salariés, indépendants, agriculteurs) âgées de 18 à 68 ans;
- un système universel financé par l'impôt (pension nationale, *Kansaneläke* et pension de garantie, *Takuueläke*) garantissant une pension minimale à tous les résidents âgés de 16 à 65 ans.

Les régimes de pensions sont intégrés et, quand la pension professionnelle dépasse une certaine limite, aucune pension nationale ou pension de garantie n'est versée.

Pour être éligible à la pension nationale ou à la pension de garantie, il faut trois ans de résidence après le 16ème anniversaire. Si une personne n'a pas résidé en Finlande pendant trois ans, les périodes de résidence dans d'autres États membres de l'UE, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse sont également prises en compte. Cependant, une année de résidence en Finlande est toujours requise.

Pour les salariés, le droit à la pension professionnelle (calculée sur les revenus) n'est sujet à aucune durée d'assurance. Les indépendants doivent avoir accompli une période de travail en indépendant d'au moins quatre mois.

Les prestations peuvent prendre différentes formes selon l'un ou l'autre des systèmes (national/professionnel):

- La pension d'invalidité est octroyée à l'assuré qui a perdu sa capacité de travail soit suite à une maladie (incapacité censée durer au moins une année), soit suite à une lésion ou un accident (à titre permanent). Pour bénéficier de la pension d'invalidité au titre du système professionnel, vous devez avoir perdu au moins les 3/5 de votre capacité de travail (2/5 pour une pension d'invalidité partielle). Dans le cadre du régime national, la condition est une perte de la capacité de travail d'au moins 3/5 (aucune pension partielle n'est versée). À partir de l'âge de 60 ans, des critères plus souples sont appliqués pour la pension d'invalidité. Les personnes de moins de 20 ans ne peuvent bénéficier d'une pension avant que leurs perspectives de réadaptation n'aient été évaluées. La pension d'invalidité est en général versée après que la personne a reçu des prestations de maladie pendant une période d'environ 300 jours.
- L'allocation de réadaptation est versée au travailleur lorsqu'il paraît vraisemblable que son état d'invalidité, dû à une déficience ou une maladie, s'améliorera grâce à des soins ou à une rééducation. L'octroi de cette prestation suppose que le bénéficiaire suive un programme de soins et de rééducation.

Couverture de l'assurance

Pension d'invalidité,

La pension d'invalidité est versée au terme de la période maximale d'octroi des prestations maladie (300 jours) et ce aussi longtemps que les conditions sont remplies jusqu'à l'âge de la pension (63 ans pour le régime professionnel et 65 ans pour le régime national).

Dans le régime professionnel, la pension d'invalidité est calculée pour prendre en compte, sous certaines conditions, la période entre la réalisation du risque et l'âge de la retraite. La rémunération de la période future est généralement définie sur la base des revenus professionnels au cours des cinq années précédant l'année de la réalisation du risque (période de référence). Sont uniquement pris en compte dans la période de référence les revenus du travail assurés en vertu de la loi finlandaise sur les retraites. La pension d'invalidité partielle est égale à 50% de la pension d'invalidité intégrale.

Dans le régime national, le montant des prestations dépend de la durée de résidence en Finlande, de la situation de famille et du montant des autres pensions générées par l'emploi. Le montant intégral est versé à la personne qui a résidé en Finlande 80% du temps passé entre l'âge de 16 ans et le début de la pension. Sinon, la pension est ajustée en fonction de la durée de résidence. Au-dessus d'un certain plafond, le montant de la pension est réduit de 50% de la somme des pensions professionnelles et autres pensions finlandaises ou étrangères.

Pension de garantie

Un résident qui reçoit une pension d'invalidité complète a droit à une pension de garantie si son revenu de pension total brut est inférieur au montant intégral de la pension de garantie. Les immigrants (résidents qui n'ont pas droit à une pension nationale) qui ne reçoivent pas de pension nationale y ont également droit, à condition qu'ils soient âgés de 16 ans ou plus et qu'ils soient handicapés au sens de la Loi sur les pensions nationales.

Tout autre revenu de pension que l'on peut obtenir en Finlande ou à l'étranger est pris en compte pour la détermination du montant de la pension de garantie. Les revenus de pension sont déduits du montant intégral de la pension de garantie. La pension de garantie n'est pas réduite par les revenus, les revenus du capital ou les actifs. Son montant n'est pas non plus affecté par l'allocation d'assistance externe pour les bénéficiaires d'une pension, l'allocation de logement pour pensionnés ou l'allocation de soins informels.

Allocation de rééducation

Avant l'octroi de la pension d'invalidité, l'assureur pension doit s'assurer que les perspectives de réadaptation de l'intéressé ont bien été évaluées.

L'assureur pension verse une allocation de réadaptation pendant les mois au cours desquels l'assuré ne peut exercer une activité rémunérée en raison des soins de réadaptation professionnelle. Le titulaire d'une pension perçoit un montant de pension majoré pendant la durée de la réadaptation.

L'allocation de réadaptation est versée pendant une période bien définie.

Dans le régime professionnel, l'allocation de réadaptation est égale au montant intégral de la pension plus un supplément de 33% pendant les périodes de rééducation active.

Dans le régime national, l'allocation de réadaptation est égale à 75% du revenu et est versée après une période de carence de 1 jour ou de 1+9 jours. Elle est versée lorsque la période de rééducation dure plus de 30 jours. L'allocation de réadaptation correspond au montant de la pension nationale plus 10%, et les frais des services de rééducation sont totalement pris en charge.

Autres prestations d'invalidité

Il s'agit notamment de:

- l'allocation de soins (*Eläkettä saavan hoitotuki*), qui est une prestation versée aux pensionnés selon différents tarifs, en fonction du besoin d'assistance ou pour indemniser les frais de soins à domicile ou autres dépenses spécifiques causées par la maladie ou l'accident;
- l'allocation d'invalidité (*16 vuotta täyttäneen vammaistuki*), qui est versée aux personnes de 16 à 64 ans qui n'ont aucune pension et dont la santé est fragilisée par la maladie ou l'accident, pour indemniser les dommages, les services requis etc. Son montant dépend du taux d'invalidité, du besoin d'assistance et des frais annexes.
- l'allocation de logement pour pensionnés (*eläkkeensaajan asumistuki*), qui peut être accordée aux pensionnés résidant en Finlande et dont le montant varie en fonction du revenu du pensionné et des dépenses de logement, ainsi que d'autres facteurs.

Modalités d'accès

La demande d'indemnité doit être adressée à l'assureur pension concerné.

Le taux d'invalidité est établi en fonction de votre état de santé. Outre les rapports médicaux, l'évaluation de l'invalidité prend notamment en considération le niveau de formation de l'intéressé, son expérience professionnelle, son âge et son aptitude à trouver un emploi.

L'allocation de réadaptation peut être interrompue en cas de changement dans la capacité de travail de personne, ou de refus de sa part de suivre le traitement de rééducation sans raison valable.

Dans le régime professionnel, la pension intégrale d'invalidité et l'allocation intégrale de rééducation peuvent être converties en pension partielle d'invalidité et allocation partielle de rééducation en cas de changement dans la capacité de travail ou les revenus de la personne.

En cas de litige découlant de toute question relative aux prestations d'invalidité, le demandeur peut introduire un recours auprès de l'assureur pension, qui prendra en considération une éventuelle rectification. Si cela n'est pas possible à ce niveau, la plainte est transmise à la commission de recours des assurances sociales ou à la commission de recours en matière de pension professionnelle. Les décisions des commissions de recours peuvent être contestées devant le tribunal des assurances sociales.

Chapitre VI : Pensions et prestations de vieillesse

Ouverture des droits

La Finlande possède deux systèmes de pensions: le régime de pension professionnel (assis sur les revenus) et le régime de pension national (y compris la pension de garantie, *Takuueläke*). Le régime professionnel débouche sur des pensions assises sur des revenus et des périodes d'assurance, tandis que le régime national octroie des pensions minimales fondées sur la résidence.

Ensemble, ces deux pensions constituent la pension complète obligatoire. Elles sont intégrées et, quand la pension professionnelle dépasse une certaine limite, aucune pension nationale ou pension de garantie n'est versée.

Dans les régimes de **pension professionnelle**, il est possible de prendre sa retraite entre 63 et 68 ans.

Les pensions professionnelles du secteur privé sont gérées par environ 30 assureurs pension. Si la personne a été couverte par plusieurs statuts de pension (à savoir qu'elle a eu plusieurs assureurs pension), c'est le dernier assureur qui attribue et liquide l'intégralité de la pension.

Les personnes qui résident en Finlande ou dans un autre État membre et sont âgées de 65 ans révolus ont droit à la **pension de vieillesse nationale** et à la **pension de garantie**. Les citoyens finlandais et ceux des autres États membres doivent avoir résidé en Finlande au moins trois ans depuis l'âge de 16 ans. Si une personne n'a pas résidé en Finlande pendant trois ans, les périodes de résidence dans d'autres États membres de l'UE, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse sont également prises en compte. Cependant, une année de résidence en Finlande est toujours requise.

Que ce soit au titre du régime professionnel ou du régime national, les bénéficiaires peuvent faire une demande de retraite anticipée après l'âge de 62 ans, auquel cas le montant de la pension est réduit respectivement de 0,6 ou 0,4% pour chaque mois entre le début effectif de la retraite et l'âge légal de départ en retraite. La liquidation de la pension de vieillesse peut être différée après l'âge normal de la retraite, ce qui entraîne une majoration proportionnelle du montant de la pension servie.

Couverture de l'assurance

Pension professionnelle

Dans le régime professionnel, les périodes retenues pour le calcul de la pension sont les années de service effectuées entre l'âge de 18 ans et l'âge de 68 ans.

Les pensions sont calculées sur la base de la rémunération annuelle ou des revenus annuels consolidés pour les travailleurs indépendants. Le droit à pension augmente des pourcentages suivants en fonction de l'âge:

- 1,5% de 18 à 52 ans;
- 1,9% de 53 à 62 ans;
- 4,5% de 63 à 68 ans.

Si vous continuez à travailler ou changez de travail une fois en retraite, la bonification annuelle au titre de ce travail est de 1,5% par an sur le montant de votre pension. Le droit à pension augmente également en fonction des rémunérations résultant des prestations d'assurance sociale contributives (par ex. la prestation de maladie).

Les études sanctionnées par un diplôme et les périodes de garde des enfants de moins de trois ans entraînent une majoration du droit à la pension de retraite, qui est financée par l'État.

Pension nationale

Son montant dépend des pensions versées par ailleurs: au-dessus d'un certain niveau de revenus de pension, elle n'est plus payée. Il s'agit des pensions versées par la Finlande ou tout autre pays, ainsi que des formes d'indemnisation permanente assimilables à une pension. Les pensions versées au titre du règlement (CE) 883/2004 qui relèvent de l'assurance de l'intéressé et sont payées par un autre État membre ne sont pas considérées comme des revenus.

Le montant de la pension nationale dépend également de la durée de résidence en Finlande entre l'âge de 16 et de 65 ans. Pour une pension complète, il faut un minimum de 40 années de résidence. Si les années de résidence représentent moins que 80% du temps passé entre l'âge de 16 et de 65 ans, la pension est ajustée en proportion de la durée de résidence.

La pension peut inclure un complément pour enfant à charge.

En outre, il y a un certain nombre de compléments spécifiques pour les titulaires de pensions de vieillesse:

- l'allocation de soins (*Eläkettä saavan hoitotuki*), qui est une prestation versée aux pensionnés selon différents tarifs, en fonction du besoin d'assistance ou pour indemniser les frais de soins à domicile ou autres dépenses spécifiques causées par la maladie ou l'accident;
- l'allocation de logement pour pensionnés (*eläkkeensaajan asumistuki*), qui peut être accordée aux pensionnés résidant en Finlande et dont le montant varie en fonction du revenu du pensionné et des dépenses de logement, ainsi que d'autres facteurs.

Pension de garantie

Un résident qui reçoit une pension de vieillesse a droit à une pension de garantie si son revenu de pension total brut est inférieur au montant intégral de la pension de garantie. Les immigrants (résidents qui n'ont pas droit à une pension nationale) qui ne reçoivent pas de pension nationale y ont également droit dès l'âge de 65 ans.

Le montant de la pension de garantie est affecté par tout autre revenu de pension que l'on peut obtenir en Finlande ou à l'étranger. Les autres revenus de pension sont déduits du montant intégral de la pension de garantie. La pension de garantie n'est pas réduite par les revenus, les revenus du capital ou les actifs. Son montant n'est pas

non plus affecté par l'allocation d'assistance externe pour les bénéficiaires d'une pension, l'allocation de logement pour pensionnés ou l'allocation de soins informels.

Modalités d'accès

La demande doit être adressée à l'assureur pension concerné. Le Centre des pensions (*Eläketurvakeskus, ETK*) est l'organisme central chargé du régime professionnel. Le secteur public a ses propres caisses de retraite, Keva. Les pensions nationales et les pensions de garantie sont gérées par l'Institution d'assurances sociales (*Kansaneläkelaitos, Kela*).

En cas de litige découlant de toute question relative aux prestations de vieillesse, le demandeur peut introduire un recours auprès de l'assureur pension, qui prendra en considération une éventuelle rectification. Si cela n'est pas possible à ce niveau, la plainte est transmise à la commission de recours des assurances sociales ou à la commission de recours en matière de pension professionnelle. Les décisions des commissions de recours peuvent être contestées devant le tribunal des assurances sociales.

Chapitre VII : Prestations en faveur des survivants

Ouverture des droits

Comme pour les autres types de prestations ([vieillesse](#) et [invalidité](#)), le système finlandais présente deux volets: un régime d'assurance professionnel d'un côté, et un système universel financé par l'impôt et les cotisations et fournissant une pension minimale de l'autre.

Le conjoint survivant (y compris le partenaire survivant dans un pacte enregistré), le conjoint divorcé s'il avait droit à une pension alimentaire avant le décès (ceci concerne uniquement les pensions professionnelles) et les enfants (propre enfant; enfant d'accueil du défunt ou de l'époux survivant; enfant percevant une pension alimentaire du défunt; enfant vivant sous le même toit que le défunt s'il était marié au parent de l'enfant) ont droit à cette prestation.

Sous les deux régimes, la pension de veuvage peut être interrompue si le conjoint survivant se remarie avant l'âge de 50 ans, auquel cas la personne reçoit une indemnisation forfaitaire égale au triple de la pension annuelle.

Pension professionnelle

Le conjoint survivant a toujours droit à la pension de veuvage si un enfant est issu du mariage. Si le couple est sans enfant, il faut:

- que le conjoint survivant soit âgé de 50 ans au moins au moment du décès, ou que
- le conjoint survivant ait reçu une pension d'invalidité pendant au moins trois ans.

Le mariage doit en outre être intervenu avant que le conjoint survivant ait atteint l'âge de 50 ans et il doit avoir duré au moins cinq ans. Le conjoint survivant, sans enfant, né avant le 1er juillet 1950, peut bénéficier d'une pension de veuvage à des conditions moins strictes.

Pension nationale

La pension de veuvage est attribuée suite au décès du conjoint si:

- la personne décédée était âgée de moins de 65 ans au moment du mariage;
- le conjoint survivant a moins de 65 ans et ne reçoit pas de pension nationale;
- le défunt a résidé en Finlande pendant trois ans après l'âge de 16 ans;
- le conjoint survivant réside en Finlande ou dans un autre pays de l'UE;
- le conjoint survivant a eu un enfant avec le défunt. S'il n'y a pas d'enfant issu du mariage, la pension ne peut être versée que si le survivant était âgé de plus de 50 ans au moment du décès de son conjoint et de moins de 50 ans au moment du mariage et que cette union a duré au moins cinq ans.

Tous ces critères doivent être respectés.

Couverture de l'assurance

Pension professionnelle

La pension de veuvage représente 17 à 50% de la pension du défunt, en fonction du nombre d'enfants pouvant prétendre à une pension. Pour un veuf/une veuve et deux enfants, la pension est égale à la pension du défunt. Si le défunt n'était pas en retraite au moment de son décès, la pension de survie est calculée sur base de la pension d'invalidité que le défunt aurait touchée au moment du décès. La pension de veuvage est intégrée à la propre pension (ou anticipative) du bénéficiaire. Si cette intégration dépasse un certain plafond, la pension de veuvage est réduite en proportion. La pension de survie, pour être liquidée, est ensuite calculée selon la formule suivante: 50% de la pension du défunt – 50% (pension de veuvage – montant de base).

Dans le cas d'un ex-conjoint divorcé, la pension du conjoint est divisée. La part à verser à l'ex-conjoint dépend du montant de la pension alimentaire qu'il reçoit suite au règlement du divorce.

Une pension d'orphelin peut être versée aux enfants de moins de 18 ans. Cette pension représente 33 à 83% de la pension du défunt, en fonction du nombre d'enfants pouvant prétendre à une pension.

Pension nationale

Pendant les six premiers mois, le conjoint reçoit une pension initiale, qui est une somme forfaitaire mensuelle (ajustée par rapport à la durée de résidence du défunt en Finlande). Après ces six mois, la pension de veuvage continue à être versée si le conjoint survivant entretient un enfant de moins de 18 ans, avec un montant de base plus un complément sous conditions de ressources. En l'absence d'enfants, le montant de base ne peut pas être versé.

La pension d'orphelin est versée à l'orphelin de père et/ou de mère, âgé de moins de 18 ans et résidant en Finlande ou dans un autre État membre. Une pension d'orphelin peut être versée à un enfant de 21 ans au maximum si le bénéficiaire étudie à plein temps. L'orphelin de père et de mère perçoit une pension distincte au titre de chacun de ses parents.

La pension d'orphelin comprend toujours un montant de base éventuellement assorti d'un complément. Le montant de ce complément dépend des autres pensions de survie payées à l'enfant. Les enfants âgés de 18 à 20 ans perçoivent uniquement le montant de base.

Modalités d'accès

La demande doit être adressée à l'assureur pension concerné. Le Centre des pensions (*Eläketurvakeskus, ETK*) est l'organisme central chargé du régime professionnel. Le secteur public a ses propres caisses de retraite, Keva. Les pensions nationales sont gérées par l'Institution d'assurances sociales (*Kansaneläkelaitos, Kela*).

En cas de litige découlant de toute question relative aux prestations en faveur des survivants, le demandeur peut introduire un recours auprès de l'assureur pension, qui prendra en considération une éventuelle rectification. Si cela n'est pas possible à ce

niveau, la plainte est transmise à la commission de recours des assurances sociales ou à la commission de recours en matière de pension professionnelle. Les décisions des commissions de recours peuvent être contestées devant le tribunal des assurances sociales.

Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles

Ouverture des droits

L'assurance légale contre les accidents du travail est le principal régime d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le contexte de l'assurance maladie et de l'assurance pension légale. Au titre de l'assurance contre les accidents du travail, l'assuré a droit à une indemnisation en cas de préjudice économique causé par un accident du travail ou une maladie professionnelle. L'assurance accidents du travail est gérée par des compagnies d'assurance privées. Une compagnie d'assurances ne peut refuser d'accorder et de maintenir en vigueur une assurance accidents du travail demandée légalement.

L'assurance accidents des agriculteurs indépendants relève de l'Institution d'assurances sociales des exploitants agricoles. Les fonctionnaires et les agents de l'État sont indemnisés par le Trésor public.

L'employeur est tenu d'assurer tout travailleur qu'il emploie plus de 12 jours au cours d'une année civile. Si l'employeur manque à l'obligation d'assurance légale ou s'il n'est pas soumis à cette obligation, le travailleur ayant subi un préjudice a cependant droit aux indemnités prévues par la loi sur l'assurance accidents. L'examen de la demande et le versement de ces indemnités sont effectués par la Fédération des organismes d'assurance accidents.

Conformément à la loi sur l'assurance accidents, le droit aux indemnités est lié à l'existence d'une relation de travail dans le secteur privé ou public. Cette assurance couvre les accidents du travail et les maladies professionnelles. On entend par accident du travail un accident survenu au travail ou dans des circonstances en rapport avec celui-ci, sur le trajet entre le domicile et le lieu de travail ou dans le cadre d'une tâche ou mission confiée par l'employeur. Est considérée comme maladie professionnelle toute maladie vraisemblablement causée par des facteurs physiques, des substances chimiques ou des agents biologiques en relation avec le travail effectué pendant une période d'activité professionnelle.

Tous les travailleurs ayant une relation de travail dans le secteur privé ou public sont assurés, sauf les membres de la famille de l'employeur et les cadres dirigeants de l'entreprise qui, individuellement ou collectivement avec les membres de leur famille, détiennent plus de la moitié de ladite entreprise. En général, les étudiants effectuant un stage pratique sont également assurés. En règle générale, l'assurance contre les accidents couvre également les travailleurs envoyés en mission à l'étranger.

Bien que les chefs d'entreprise et les membres de leur famille ainsi que les cadres dirigeants susmentionnés ne relèvent pas de l'assurance accidents obligatoire, ils peuvent néanmoins souscrire, conformément à la loi sur l'assurance accidents, une assurance facultative offrant les mêmes prestations que l'assurance obligatoire.

Couverture de l'assurance

Le régime légal de l'assurance accidents garantit l'indemnisation des soins médicaux essentiels et de la perte de revenus. En cas d'incapacité temporaire de travail, des indemnités journalières sont versées pendant un an au maximum. Durant les quatre premières semaines à compter de l'accident, le montant est égal à celui de l'allocation maladie. L'indemnité journalière est ensuite égale à 1/360e du salaire annuel du travailleur accidenté. Le salaire annuel est déterminé en règle générale sur la base du niveau de revenu au moment de l'accident.

Si l'accident entraîne une incapacité de travail d'une durée supérieure à un an, le travailleur perçoit une pension d'accident du travail. Le montant de la pension d'accident du travail versée au travailleur en invalidité totale s'élève à 85% du salaire annuel jusqu'à l'âge de 65 ans, après quoi la pension qui lui est servie représente 70% de son salaire annuel.

Des indemnités journalières et une pension d'accident du travail partielles peuvent être versées en cas d'incapacité partielle. Ces indemnités et cette pension constituent des revenus imposables. Les remboursements des soins médicaux ne sont pas imposables.

Si une lésion due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle entraîne en général un handicap général permanent, l'assuré a droit à une prestation de handicap. Les diverses lésions et maladies sont regroupées en 20 catégories de handicap en fonction de leur gravité, sur la base d'une décision rendue par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. La prestation de handicap est une prestation non imposable. En cas de décès, il est versé une allocation pour frais funéraires à la succession de la personne décédée ou à ceux qui ont pris en charge les frais funéraires ainsi qu'une pension de réversion au conjoint survivant ainsi qu'aux enfants âgés de moins de 18 ans ou de moins de 25 ans s'ils poursuivent des études. La pension de réversion constitue un revenu imposable.

Les frais de rééducation médicale et de réadaptation professionnelle sont également couverts par l'assurance accidents. La rééducation a principalement pour but de permettre au travailleur de retrouver une activité rémunérée appropriée et de faciliter son autonomie dans la vie quotidienne. Le remboursement individuel des frais légitimes de rééducation ou de réadaptation ainsi que de la perte de revenus est prévu, généralement sous la forme d'une pension d'accident du travail.

Modalités d'accès

En cas d'accident, le travailleur doit informer immédiatement son employeur qui lui fournira une attestation d'assurance. Sur présentation de ce document, le traitement médical et les médicaments prescrits par le médecin seront pris en charge par l'organisme d'assurance accidents. L'employeur doit adresser à l'organisme d'assurance une déclaration d'accident, cette formalité permettant d'engager la procédure d'indemnisation.

En cas de litige découlant de toute question relative aux prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles, le demandeur peut introduire un recours auprès de l'assureur, qui prendra en considération une éventuelle rectification. Si cela n'est pas possible à ce niveau, la plainte est transmise à la commission de recours en

matière des accidents du travail. Les décisions de cette commission de recours peuvent être contestées devant le tribunal des assurances sociales.

Chapitre IX: Prestations familiales

Ouverture des droits

Des allocations familiales sont versées pour chaque enfant résidant en Finlande jusqu'à ce que celui-ci atteigne sa dix-septième année.

La future mère qui réside en Finlande a droit à la prime de maternité si elle est enceinte depuis au moins 154 jours et a subi un examen médical au cours des quatre premiers mois de grossesse. Les parents qui adoptent un enfant âgé de moins de 18 ans ont également droit à cette prestation.

À titre d'alternative aux structures d'accueil proposées par la commune, toute famille peut opter pour une allocation de garde d'enfant si elle compte un enfant de moins de trois ans. Dans ce cas, le droit à l'allocation s'étend également aux autres enfants de la famille en âge préscolaire.

Couverture de l'assurance

Allocations familiales

Le taux de l'allocation familiale varie en fonction du nombre d'enfants y ayant droit dans la famille. L'allocation familiale est majorée pour chaque enfant d'une famille monoparentale. Les allocations familiales ne sont pas imposables.

Prime de maternité

La prime de maternité est versée, au choix de la mère, sous la forme d'un paiement cash ou en nature, sous la forme d'un "colis de naissance" contenant divers vêtements et produits de soins pour enfants. La prime de maternité n'est pas imposable.

Allocations familiales

L'allocation de garde d'enfant est servie aux familles qui, au lieu de faire appel à un soignant envoyé par la municipalité, gardent leur enfant de moins de trois ans à la maison ou selon tout autre arrangement. L'allocation consiste en un montant de base, d'un complément familial et d'un complément sous conditions de ressources.

Une allocation privée de garde d'enfant est versée si la famille organise la garde de façon privée. En plus du montant de base, un complément sous conditions de ressources peut être versé. L'allocation est versée directement au soignant.

Une allocation partielle de garde d'enfant est versée au parent d'un enfant de moins de trois ans (ou pendant les deux premières années scolaires de l'enfant) qui réduit ses heures de travail jusqu'à concurrence de 30 heures par semaine.

Modalités d'accès

La demande d'allocations familiales est adressée au bureau local de l'Institution d'assurances sociales. Il est possible de faire appel d'une décision de l'Institution d'assurances sociales auprès de la commission de recours des assurances sociales. Il est possible de contester la décision de cette commission de recours auprès du tribunal des assurances sociales.

La demande de prime de maternité doit être adressée au bureau local de l'Institution d'assurances sociales deux mois au plus tard avant la date d'accouchement prévue. Les parents adoptifs doivent présenter la demande d'allocation prénatale avant que l'enfant ait atteint l'âge d'un an.

La demande de prime de maternité peut être faite en même temps que la demande d'allocations de maternité, de paternité, parentales ou familiales.

Chapitre X: Chômage

Ouverture des droits

Les prestations de chômage consistent en une allocation professionnelle, une allocation de base et un soutien du marché du travail. La plupart des salaires sont couverts par la caisse de chômage de leur propre branche, auquel ils ont droit à une allocation professionnelle, qui est versée par la caisse de chômage. L'allocation de base et le soutien du marché du travail sont versés par l'Institution d'assurances sociales (*Kansaneläkelaitos, Kela*).

Pour pouvoir bénéficier des allocations de chômage, vous devez remplir les conditions suivantes:

- se retrouver au chômage involontairement;
- ne pas travailler
- être apte au travail;
- être enregistré en tant que demandeur d'emploi;
- être à la disposition du bureau de l'emploi; et
- résider en Finlande

Assurance-chômage

Les allocations de base sont versées aux chômeurs demandeurs d'emploi de 17 à 64 ans qui totalisent au moins 34 semaines d'activité au cours des 28 mois précédant le chômage. Les travailleurs indépendants doivent quant à eux avoir exercé une activité non salariée pendant 18 mois en tout au cours des 48 mois précédant immédiatement le chômage et cette activité professionnelle doit avoir été d'une ampleur substantielle.

Les mêmes limites d'âge et périodes d'ouverture de droits s'appliquent aux allocations professionnelles, mais il convient d'être en même temps membre d'une caisse d'assurance chômage. L'affiliation à une caisse d'assurance chômage est facultative.

Soutien du marché du travail

Les personnes âgées de 17 à 64 ans qui résident en Finlande, sans emploi et qui n'ont pas droit à des prestations chômage ou ont épuisé leurs droits, peuvent bénéficier d'un soutien du marché du travail. Les personnes de 17 à 24 ans ont droit à cette prestation dans le cadre de la participation aux mesures de promotion de l'emploi (placement provisoire, apprentissage, formation professionnelle ou réadaptation).

Une période de stage de cinq mois s'applique aux personnes qui accèdent pour la première fois au marché du travail. Aucune période de stage n'est exigée des élèves de l'enseignement professionnel.

Couverture de l'assurance

Assurance-chômage

Les allocations de chômage (montant de base et part professionnelle) sont versées aux chômeurs inscrits depuis au moins sept jours, sur huit semaines consécutives, auprès d'une agence pour l'emploi.

Les allocations sont versées cinq jours par semaine pendant 500 jours ouvrables au maximum.

Les chômeurs âgés qui remplissent la condition relative à l'emploi précédent ont droit à une indemnité de chômage prolongée.

Montant des prestations

L'allocation de base (*peruspäiväraha*) est un montant forfaitaire par jour de semaine.

Le montant des allocations professionnelles correspond à la somme du montant de base et à 45% de la différence entre le salaire journalier et le montant de base. Si le salaire mensuel est supérieur à 105 fois le montant de base, l'allocation s'établit à 20% du salaire en excès. Dans certaines conditions, la composante professionnelle est augmentée.

Soutien du marché du travail

Le soutien du marché du travail est versé aux chômeurs inscrits depuis au moins sept jours, sur huit semaines consécutives, auprès d'une agence pour l'emploi.

Le soutien du marché du travail est une prestation égale à l'allocation de chômage de base, soumise à conditions de ressources. Les conditions de ressource sont les revenus totaux de la personne et la part des revenus des parents dépassant un certain plafond.

Le soutien du marché du travail est versé sans conditions de ressources pendant 180 jours après épuisement de la période maximale de 500 jours de versement des allocations chômage, pendant la participation aux mesures de promotion de l'emploi et à certains chômeurs âgés.

Le soutien du marché du travail est payable indéfiniment.

Modalités d'accès

La demande d'allocations de base et de soutien du marché du travail est adressée au bureau local de l'Institution d'assurances sociales et la demande d'allocation professionnelle à la caisse d'assurance chômage de l'affilié. L'agence pour l'emploi communique à l'Institution d'assurances sociales ou à la caisse d'assurance chômage un avis contraignant concernant les conditions requises en vertu de la politique de l'emploi pour l'octroi de la prestation.

Il est possible de faire appel d'une décision de l'Institution d'assurances sociales ou de la caisse d'assurance chômage relative à la protection contre le chômage auprès du bureau ou de la caisse ayant arrêté la décision, qui examine si cette dernière peut être rectifiée. Si les conditions requises pour procéder à une rectification à ce niveau ne sont pas réunies, la plainte est examinée par la commission de l'assurance chômage. Il est possible de faire appel de la décision de cette commission auprès du tribunal des assurances sociales.

Chapitre XI : Garantie de ressources

Ouverture des droits

Assistance sociale générale

L'assistance est une forme d'aide de dernier ressort censée apporter une subsistance minimale à la personne (famille). Elle est payée aux personnes (ou familles) qui sont temporairement (pour une période plus ou moins longue) sans moyens suffisants pour faire face aux coûts de la vie. Elle est versée par la municipalité dont dépend le lieu de résidence de la personne (famille).

Le droit à l'assistance sociale est ouvert à tous les résidents permanents, sans conditions d'âge ou de nationalité.

Ressources minimales spécifiques

L'**allocation d'assistance externe** est une prestation versée aux bénéficiaires d'une pension à trois taux différents, en fonction du besoin d'assistance ou afin de compenser les coûts engendrés par les soins à domicile ou d'autres dépenses spéciales liées à une maladie ou à un accident.

L'**allocation d'invalidité** vise à aider financièrement les personnes handicapées de 16 à 64 ans dans leur vie quotidienne ainsi que dans leur activité professionnelle et leurs études. Cette allocation peut être accordée à des personnes ne percevant pas de pension par ailleurs. Le montant de cette aide est échelonné selon trois catégories.

L'**allocation de logement pour pensionnés** est versée aux personnes âgées de plus de 65 ans vivant en location en Finlande ou aux pensionnés âgés de 16 à 64 ans. Cette prestation est versée pour des frais de logement raisonnables, à raison de 85% au-dessus d'un certain plafond. Les plafonds sont révisés chaque année, prenant en considération le coût des logements municipaux et la taille de la famille. Le montant de l'allocation dépend en outre des liens familiaux et de l'importance des revenus et des biens de l'intéressé.

L'**allocation générale de logement** couvre 80% des dépenses de logement raisonnables dépassant une franchise de base (le montant que le ménage doit en toute circonstance payer lui-même). Le montant de la franchise varie selon l'emplacement de la maison, la taille du ménage et le revenu annuel brut du ménage. Les taux de la franchise de base sont fixés chaque année. Les ménages dont le revenu leur donne droit à l'allocation de logement au taux plein sont exonérés de la franchise de base.

Soutien du marché du travail

Voir la partie sur le [chômage](#).

Couverture de l'assurance

Assistance sociale générale

Cette prestation consiste en un montant fixe et en une aide complémentaire variable en fonction des besoins. Son montant dépend de la composition de la famille, comme il est décrit ci-dessous:

- parents et personnes isolés: le montant de base par mois;
- autres personnes âgées d'au moins 18 ans: 85% du montant de base;
- enfants de 18 ans ou vivant chez leurs parents: 73% du montant de base;
- enfants âgés de 10 à 17 ans: 70% du montant de base;
- enfants de moins de 10 ans: 63% du montant de base;
- familles avec des enfants de moins de 18 ans: le montant de base est diminué de 5% à compter du deuxième enfant et de 10% pour chaque enfant à compter du troisième.

Les dépenses médicales importantes sont prises en considération via un examen au cas par cas dans le cadre de la fixation du montant de l'assistance sociale.

Autres dépenses pouvant justifier un complément d'assistance sociale: 100% des frais raisonnables de logement, frais de garde d'enfants et autres frais réputés essentiels.

Les municipalités accordent également une assistance sociale préventive selon des critères qui relèvent de leur pouvoir de décision. L'objectif de l'assistance sociale préventive est de promouvoir le droit à une vie autonome des personnes et des familles ainsi que de prévenir l'exclusion sociale.

Modalités d'accès

L'assistance sociale est attribuée par les municipalités pour une certaine période, généralement un mois à la fois. La procédure est régie par les exigences municipales en la matière et suit les règles administratives normales.

Le bénéficiaire est tenu d'informer les autorités compétentes de tout changement susceptible d'affecter les conditions ayant motivé la décision. Le besoin d'aide est alors réévalué.

Chapitre XII : Soins de longue durée

Ouverture des droits

Tous les résidents sont éligibles aux soins de longue durée, sans période d'ouverture de droits ni limite d'âge.

Les personnes ayant constamment ou régulièrement besoin de soins ou d'assistance (en général au moins une fois par semaine) sont couvertes.

Il n'y a pas de définition universelle de ce droit, dans la mesure où il dépend du régime et de la municipalité.

Couverture de l'assurance

Prestations en nature

Des services à domicile et des services aux handicapés (transport, aide personnelle, logement) peuvent être mis à disposition, ainsi qu'un soutien pour des soins informels (allocation de soins, congé légal du soignant, support et conseil).

Des sommes sont provisionnées pour l'hébergement des services aux vieilles personnes et aux handicapés nécessitant un soutien et une aide extérieurs, services qui ne peuvent être organisés dans un logement ordinaire.

Des services de soins en institutions sont ceux apportés aux vieilles personnes en foyer, dans les unités d'admission des centres municipaux de santé et dans les unités de soins spécialisées aux personnes atteintes de désordres mentaux. Des soins de longue durée en institutions sont donnés dans divers types de foyers médicalisés et de foyers pour anciens combattants handicapés. Des ONG et des sociétés privées prodiguent également des soins institutionnels dans des foyers pour personnes âgées et dans des cliniques privées.

Certains services sont gratuits (par exemple certains services pour les personnes handicapées). Pour les autres services, la participation du bénéficiaire est la même pour tout le monde (par exemple pour certains services de soins à domicile) ou est établie en fonction du revenu et de la composition de la famille (par exemple pour les soins résidentiels).

Prestations en espèces

L'allocation d'assistance externe pour les bénéficiaires d'une pension (*Eläkkeensaajien hoitotuki*) est attribuée selon trois catégories dépendant du besoin d'assistance:

- taux de base: payable en cas de maladie ou d'accident, résultant d'une aide au moins hebdomadaire pour des activités personnelles de la vie quotidienne, des conseils ou une supervision y afférents;

- taux bonifié: payable en cas de maladie ou d'accident, résultant d'une aide au moins journalière pour plusieurs activités personnelles de la vie quotidienne, ainsi que d'un besoin de conseils et de supervision y afférents;
- taux spécial: payable en cas de maladie ou d'accident, résultant d'un besoin d'aide 24 h sur 24 et de conseils par un tiers.

Autres prestations en espèces pour des soins de longue durée:

- allocation pour enfants handicapés et allocation d'invalidité: ces deux prestations se déclinent selon trois taux en fonction du degré de dépendance. La première prestation peut être versée pour les soins à un enfant dont la condition, pour cause de maladie, de déficience ou d'accident, nécessite des soins et de la rééducation pendant au moins six mois et risque de constituer une charge spécifique, financière ou autre. La deuxième vise à aider financièrement les personnes handicapées de 16 à 64 ans dans leur vie quotidienne ainsi que dans leur activité professionnelle et leurs études. Elle n'est versée qu'aux personnes ne recevant aucune autre pension.
- allocation pour prestataire de soins: cette prestation dépend de la municipalité. Les soignants ayant passé une convention avec la municipalité ont droit à trois jours de congé par mois.

Modalités d'accès

Les services étant fournis par les municipalités, les demandes doivent leur être adressées. Les municipalités sont responsables de ces services, qui peuvent être prestés par la municipalité elle-même, par un regroupement de communes ou sur base d'une convention signée avec un prestataire de services privé.

Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles

De plus amples informations sur les conditions d'ouverture des droits et les prestations individuelles de sécurité sociale en Finlande sont disponibles auprès des organismes publics gérant le système de protection sociale.

Les demandes de renseignements concernant l'incidence des périodes d'assurance accomplies dans plusieurs États membres sur les pensions et autres prestations doivent être adressées à:

Kansaneläkelaitos
(Institution d'assurances sociales)

Demandes de renseignements individuels:
Bureau local concerné (domicile ou lieu de séjour de l'intéressé)

Autres renseignements:
Nordenskiöldinkatu 12
PL 450
00101 Helsinki
Tél.: 020 434 11
Fax: 020 434 5058
E-mail: International.affairs@kela.fi
<http://www.kela.fi>

Eläketurvakeskus
(Centre des pensions)
00065 Eläketurvakeskus
Tél.: 010 7511
<http://www.etk.fi>

Tapaturmavakuutuslaitosten liitto
(Fédération des organismes d'assurance accidents)
Bulevardi 28
00120 Helsinki
Tél.: (09) 680 401
E-mail: <mailto:tv1@vakes.fi>
<http://www.tv1.fi>

Työttömyyskassojen Yhteisjärjestö ry (TYJ)
(Fédération des caisses de chômage)
Mäkelänkatu 2 C
00500 Helsinki
<http://www.tyj.fi>

Institutions de retraite professionnelle

Eläke-Fennia
00041 Eläke-Fennia
Tél.: 010 5031

Tapiola
PL 9
02010 Tapiola
Tél.: (09) 4531

Varma
PL 1
00098 Varma
Tél.: 010 51513

Ilmarinen
00018 Ilmarinen
Tél.: (09) 1841

Pensions-Alandia
PB 121
22101 Mariehamn
Tél.: (018) 29 000

Veritas
PL 133
20101 Turku
Tél.: 010 55 010

Etera
PL 20
00241 Helsinki
Tél.: 010 553 300

Les caisses de retraite et les fonds de pension relèvent de l'entreprise et leur adresse est celle de l'employeur concerné.

Maatalousyrittäjien eläkelaitos
(Institution d'assurances sociales des exploitants agricoles)
PL 16
02101 Espoo
Tél.: (09) 43 511

Merimieseläkekassa
(Caisse de retraite des gens de mer)
PL 327
00121 Helsinki
Tél.: 010 633 990

Keva
PL 425
00101 Helsinki
Tél.: 010 3141

Finanssivalvonta
(Office de contrôle financier)
PL 449
00101 Helsinki
Tél.: (09) 415 5950