



Comissão
Europeia

Os seus direitos de segurança social

na Finlândia

O presente guia foi redigido e atualizado em estreita colaboração com os correspondentes nacionais do Sistema de Informação Mútua sobre a Proteção Social (MISSOC). Estão disponíveis mais informações sobre a rede MISSOC em: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=pt&catId=815>

O presente guia apresenta uma descrição geral do regime de segurança social aplicável no respetivo país. Pode obter mais informações através de outras publicações MISSOC disponíveis na hiperligação supramencionada; pode igualmente contactar as autoridades e instituições competentes enunciadas no anexo do presente guia.

A Comissão Europeia, ou qualquer pessoa que atue em seu nome, declina toda a responsabilidade pela utilização que possa ser feita das informações constantes da presente publicação.

Índice

Capítulo I: Introdução, organização e financiamento	5
Introdução	5
Organização da proteção social.....	5
Financiamento.....	6
Capítulo II: Cuidados de saúde.....	7
Aquisição do direito aos cuidados de saúde	7
Cobertura	7
Acesso aos cuidados de saúde	8
Capítulo III: Prestações pecuniárias por doença	11
Aquisição do direito a prestações pecuniárias por doença	11
Cobertura	11
Acesso às prestações pecuniárias por doença	11
Capítulo IV: Prestações por maternidade e por paternidade	13
Aquisição do direito a prestações por maternidade ou por paternidade	13
Cobertura	13
Acesso às prestações por maternidade e paternidade	14
Capítulo V: Prestações por invalidez.....	15
Aquisição do direito a prestações por invalidez	15
Cobertura	16
Acesso às prestações por invalidez.....	17
Capítulo VI: Pensões e prestações por velhice	18
Aquisição do direito a prestações por velhice	18
Cobertura	18
Pensão garantida	19
Acesso às prestações por velhice	20
Capítulo VII: Prestações por sobrevivência	21
Aquisição do direito a prestações por sobrevivência	21
Cobertura	22
Acesso às prestações por sobrevivência.....	22
Capítulo VIII: Prestações por acidentes de trabalho e doenças profissionais.....	24
Aquisição do direito a prestações por acidentes de trabalho e doenças profissionais	24
Cobertura	25
Acesso às prestações por acidentes de trabalho e doenças profissionais	25
Capítulo IX: Prestações familiares.....	27
Aquisição do direito a prestações familiares.....	27
Cobertura	27
Acesso às prestações familiares	28
Capítulo X: Desemprego	29
Aquisição do direito a prestações por desemprego	29
Cobertura	30
Acesso às prestações por desemprego.....	30
Capítulo XI: Recursos mínimos.....	32
Aquisição do direito a prestações de recursos mínimos	32
Cobertura	33
Acesso às prestações de recursos mínimos	33
Capítulo XII: Cuidados de longa duração	34
Aquisição do direito a cuidados de longa duração.....	34
Cobertura	34
Acesso a cuidados de longa duração.....	35

Anexo : Informações de contacto das instituições e endereços úteis na Internet.....36

Capítulo I: Introdução, organização e financiamento

Introdução

Na Finlândia, todos os residentes são abrangidos por regimes de segurança social que regulam as pensões de base (pensões nacionais e pensão garantida), as prestações por doença e maternidade, bem como as prestações familiares. Além disso, todos os trabalhadores por conta de outrem têm direito a prestações com base na atividade profissional, nomeadamente as pensões contributivas estatutárias e as prestações por acidentes de trabalho e doenças profissionais e, ainda, por desemprego. Todos os residentes num município têm acesso a cuidados de saúde e a serviços sociais por ele prestados.

O sistema obrigatório de pensões da Finlândia consiste numa pensão contributiva e numa pensão nacional. As pensões de invalidez, sobrevivência e velhice integram estes dois regimes.

O objetivo das pensões contributivas consiste em manter o nível de vida que uma pessoa, assalariada ou independente, possuía antes de se reformar. O sistema de pensão de reforma do regime contributivo baseia-se em diversas leis. A principal é a lei que regulamenta a reforma dos trabalhadores por conta de outrem (*TyEL*), aplicável aos trabalhadores do setor privado, ou seja a 60% da totalidade dos trabalhadores. As pensões dos trabalhadores independentes, dos marítimos, dos agricultores e dos funcionários são regidas por leis específicas.

As pensões nacionais e as pensões garantidas oferecem um rendimento de subsistência mínimo aos pensionistas que não beneficiem de nenhuma outra pensão, ou que tenham uma pensão muito reduzida. O montante da pensão nacional reduz-se à medida que aumenta a pensão contributiva e, no caso de esta superar um determinado montante, não é paga a pensão nacional. Também o montante da pensão garantida é afetado por qualquer outro rendimento de pensões.

Existem relativamente poucos regimes complementares de reforma não obrigatórios na Finlândia, dado que todos os trabalhadores por conta de outrem e independentes estão abrangidos pelo regime de pensões contributivas. Não existe limite máximo de rendimentos a ter em conta para efeitos de cálculo da pensão profissional, pelo que o montante da pensão a pagar não está sujeito a limite máximo.

As decisões relativas à segurança social podem ser alvo de recurso. O procedimento e as entidades de recurso são descritos nas secções seguintes do presente documento.

Organização da proteção social

O Ministério da Saúde e Assuntos Sociais (*Sosiaali-ja terveystministeriö*) é responsável pela segurança social na Finlândia.

O sistema é gerido por várias organizações e caracteriza-se pelo facto de confiar a companhias de seguros privadas (autorizadas) a gestão de uma parte da proteção social.

O sistema de segurança social baseado na residência é gerido pelo Instituto de Seguro Social (*Kansaneläkelaitos* ou *Kela*), um organismo autónomo de direito público que

depende diretamente do Parlamento finlandês. As autoridades locais são responsáveis pelos serviços de saúde.

Os organismos de seguros de reforma, as caixas de pensões e os fundos de pensões autorizados gerem os regimes de pensões dos trabalhadores do setor privado. O Centro Finlandês das Pensões (*Eläketurvakeskus* ou *ETK*) é a entidade coordenadora dos regimes de reforma dos trabalhadores, e é também responsável pelas questões dos seguros e pensões internacionais. O serviço de controlo financeiro supervisiona os organismos de seguro e de reforma.

O Keva gere o regime de reforma dos funcionários de Estado e dos trabalhadores das autarquias.

As companhias de seguros de acidentes asseguram a cobertura dos riscos de acidentes de trabalho e doenças profissionais dos empregados do setor privado. Em contrapartida, é a Fazenda Pública quem gere o seguro de acidentes de trabalho dos funcionários do Estado. A Associação dos Organismos de Seguros de Acidentes é a organização pública responsável pelas questões de seguro de acidentes. Entre as suas funções inclui-se a de instituição do local de residência e de estada, de acordo com as obrigações internacionais da Finlândia.

O Instituto de Seguro Social (*KELA*) é responsável pelas prestações de desemprego de base. Os fundos de desemprego, em colaboração com as organizações sindicais, gerem as prestações de desemprego concedidas em função dos rendimentos. A inscrição nestes fundos é facultativa.

Financiamento

As prestações familiares são financiadas pelo Estado. O sistema de apoio ao mercado de trabalho é financiado em 50% pelo Estado e 50% pela administração local. O subsídio de desemprego é financiado em parte por fundos públicos e noutra parte pelas contribuições das empresas e pelas quotizações dos trabalhadores para fundos de desemprego; o Estado financia a componente de base. As autoridades locais financiam os serviços de cuidados de saúde através dos impostos locais e dos pagamentos efetuados pelos utentes; além disso, o Estado paga à autoridade local a sua parte do financiamento dos serviços sociais e de cuidados de saúde. As pensões são financiadas pelas contribuições das empresas e pelas quotizações dos trabalhadores. O Estado subsidia os regimes de pensões para agricultores, trabalhadores marítimos e trabalhadores independentes. O Estado financia as pensões nacionais e as pensões garantidas. Os trabalhadores por conta de outrem, os trabalhadores independentes, as empresas, os segurados e o Estado contribuem para o financiamento do seguro de doença. O seguro contra acidentes baseia-se nas contribuições dos empregadores.

Capítulo II: Cuidados de saúde

Aquisição do direito aos cuidados de saúde

A responsabilidade pela prestação de serviços de saúde cabe, em primeiro lugar, à administração local. Todos os residentes num município têm direito aos cuidados de saúde por ela prestados. Os serviços de saúde públicos são complementados pelos serviços de saúde privados.

Os trabalhadores por conta de outrem e os trabalhadores independentes estão igualmente seguros, sob determinadas condições, ainda que não residam na Finlândia a título permanente.

Cobertura

Serviços de saúde

A legislação estabelece os serviços que as autoridades locais são obrigadas a prestar. Uma autoridade local pode organizar ela própria os serviços, em conjunto com outras autoridades locais ou adquirindo-os junto de outra autoridade local ou de outros prestadores de serviços públicos ou privados. Os serviços organizados pela autarquia incluem a educação para a saúde e as consultas médicas, cuidados médicos, reabilitação (desde que não abrangida por outro sistema), saúde mental, transporte de doentes, cuidados dentários, serviços de orientação, medicina nas escolas, universidades e empresas, bem como os exames periódicos e o rastreio.

Seguro de saúde

O seguro médico cobre os medicamentos prescritos em regime ambulatorio e as despesas de deslocação devido a doença, bem como as prestações pecuniárias por doença, maternidade e paternidade.

O seguro de doença reembolsa ainda serviços de cuidados de saúde do setor privado, nomeadamente parte dos honorários de médicos privados, das despesas de tratamentos médicos e hospitalares, incluindo cuidados dentários, tratamentos e fisioterapia, exames psicológicos e análises realizadas em laboratórios.

Além disso, são reembolsados os preparados dietéticos ou produtos similares utilizados no tratamento de determinadas doenças graves, bem como as pomadas destinadas ao tratamento de doenças da pele prolongadas.

As despesas de deslocação são reembolsadas, deduzido o montante da taxa moderadora fixa por trajeto. A deslocação pode incluir uma visita para receber cuidados ou a visita de médicos especialistas ao doente. Se as despesas de deslocação ultrapassarem a chamada franquia anual, o excedente é reembolsado integralmente.

Acesso aos cuidados de saúde

Serviços de saúde

No âmbito do Estado, os cuidados são dispensados principalmente pelos centros de saúde e pelos hospitais. Estes serviços de saúde primários são, sobretudo, destinados às pessoas domiciliadas no município em questão. Nos centros de saúde trabalham sobretudo médicos de clínica geral. Para consultas de especialidade, os pacientes são referenciados pelos médicos de clínica geral (que exercem a sua atividade nos referidos centros ou a título privado) para consultas hospitalares. Em caso de urgência, o doente pode dirigir-se diretamente a um hospital sem passar previamente por um clínico geral.

Os doentes podem aceder aos serviços dos centros de saúde localizados fora do seu município de residência se permanecerem noutra município com regularidade ou durante longos períodos, por exemplo, por motivos de trabalho ou de lazer, para visitar um parente próximo ou por outro motivo comparável. O doente tem de notificar o centro de saúde do outro município da sua necessidade de recorrer aos seus serviços com pelo menos três semanas de antecedência em relação à primeira visita. Além disso, o doente deve possuir um plano de cuidados elaborado pelo centro de saúde do seu município de residência: o plano define os serviços a que o doente tem direito noutra centro de saúde. O plano de cuidados é obrigatório para serviços não urgentes. Em caso de urgência, é possível utilizar os serviços do centro de saúde de qualquer município.

Além disso, o doente pode alterar o seu posto de saúde no município de residência ou área de cooperação uma vez por ano. O doente deve notificar tanto o novo como o antigo posto de saúde da alteração três semanas antes da primeira visita. É também possível escolher a unidade de cuidados de saúde especializados dentro da chamada área de responsabilidade, formada por distritos hospitalares vizinhos. O doente escolhe a unidade de cuidados de saúde especializados em conjunto com o médico que prescreve os cuidados.

Os cuidados de emergência são prestados ao doente de forma imediata. Quanto aos tratamentos não urgentes, os prazos de execução são fixados pela lei. Os centros de saúde devem estar diretamente contactáveis durante o seu horário de abertura. O tratamento de que o doente necessita pode ser, muitas vezes, avaliado a partir de entrevista telefónica, que pode ser efetuada por um profissional da saúde que não seja médico. Se a avaliação dos cuidados necessários exigir uma deslocação ao centro de saúde, esta deve ter lugar nos três dias seguintes à entrevista telefónica. Os cuidados dispensados no centro de saúde têm início, geralmente, a partir da primeira visita do doente. Se tal não for possível, o tratamento deve ser proposto, o mais tardar, num prazo de três meses. Os doentes referenciados para consulta hospitalar devem obter uma consulta nas três semanas seguintes à data de referência. Se, após serem examinados, os doentes necessitarem de internamento para tratamento, deverão ser internados nos seis meses seguintes. Os tratamentos de crianças e jovens do âmbito da saúde mental que forem considerados necessários devem ser prestados num prazo de três meses. Qualquer tratamento considerado necessário do ponto de vista odontológico deve ser dispensado num prazo razoável, o mais tardar num período de seis meses.

Os centros de saúde exigem, em geral, o pagamento de uma taxa moderadora. Nos hospitais, os doentes externos pagam uma taxa moderadora fixa por consulta ; os

internados pagam uma taxa moderadora fixa por dia. Os cuidados de cirurgia ambulatória estão igualmente sujeitos a uma taxa moderadora fixa. No caso de doença prolongada, as tarifas cobradas aos doentes são fixadas com base no rendimento.

Os serviços pelos quais o doente tiver já despendido um determinado montante no período de 12 meses são gratuitos a partir desse montante. Para tratamentos hospitalares de curta duração (menos de 3 meses), o estabelecimento de saúde pode exigir o pagamento de uma taxa moderadora fixa.

É possível apresentar um pedido de retificação de uma fatura de cuidados médicos à comissão municipal de saúde ou ao organismo responsável que determinou a prestação de cuidados de saúde especializados. O pedido deve ser efetuado por escrito, num prazo de catorze dias a contar da data da notificação da fatura ao interessado.

O doente pode apresentar queixa ao diretor do centro de saúde ou do hospital visado relativamente a outros assuntos inerentes aos cuidados de saúde e hospitalares ou ao tratamento associado. O doente também pode apresentar uma queixa às autoridades responsáveis pela supervisão dos estabelecimentos médicos e hospitalares.

Seguro de saúde

O reembolso dos honorários médicos, dos exames e dos tratamentos efetua-se segundo as tarifas convencionadas. Estas tarifas definem o montante dos honorários utilizados como base de reembolso pelo Instituto de Seguro Social. São reembolsados 60% da tarifa oficial. Os custos dos exames e dos tratamentos são reembolsados a uma taxa de 75% dos custos que ultrapassem o copagamento de acordo com uma tabela de honorários. Porém, na prática, o reembolso constitui uma parte mais pequena dos custos efetivos.

O reembolso dos honorários dos dentistas e dos exames e medicamentos por eles prescritos, bem como as despesas de deslocação, é efetuado de acordo com os mesmos princípios aplicáveis a qualquer outro tipo de tratamento prescrito por um médico de clínica geral.

O regime de seguro de doença reembolsa, parcial ou integralmente, todos os medicamentos prescritos por um médico para o tratamento de uma doença. Os reembolsos de medicamentos efetuam-se segundo três categorias de comparticipação. O reembolso é calculado por produto, em percentagem das despesas farmacêuticas. O doente paga a taxa moderadora de cada medicamento para os produtos da categoria de reembolso especial superior. Não há taxa moderadora por medicamento para os produtos da categoria de reembolso de base, nem para a categoria de reembolso especial inferior.

O reembolso de base dos medicamentos vendidos com receita médica ascende a 42% do custo dos medicamentos. No que diz respeito a determinadas doenças graves e prolongadas, o reembolso corresponde a 72% ou 100%, uma vez deduzida a taxa moderadora. Existe um limite máximo anual para as despesas com medicamentos a pagar pelo utente. Acima deste limite, os medicamentos são reembolsados a 100%, após a dedução da taxa moderadora por medicamento.

Os pedidos de reembolso das despesas de saúde devem ser apresentados num prazo de dois meses após o pagamento dos honorários ou tratamentos.

Existe sempre a possibilidade de recorrer de uma decisão em matéria de seguro de doença. Os recursos devem ser apresentados aos serviços locais do Instituto de Seguro Social ou caixa profissional responsável pela decisão contestada, que irá analisar a possibilidade de revisão da decisão. Caso essa entidade não possa rever a decisão, compete à comissão de recurso da Segurança Social apreciar a reclamação. Também existe a possibilidade de recorrer da decisão desta comissão para o Tribunal da Segurança Social.

Capítulo III: Prestações pecuniárias por doença

Aquisição do direito a prestações pecuniárias por doença

Estão cobertos todos os residentes com idades compreendidas entre os 16 e os 67 anos e os não residentes que exercem atividade por conta de outrem ou por conta própria na Finlândia há, pelo menos, quatro meses. O direito ao subsídio adquire-se ao fim de nove dias úteis de doença (excluindo o dia em que o trabalhador fica doente). Este subsídio de doença é concedido por um período máximo de 300 dias úteis.

Cobertura

Subsídio por doença

A entidade patronal paga o salário por inteiro nos primeiros nove dias se a relação laboral durar há, pelo menos, um mês. Se a relação laboral durar há menos de um mês, é pago 50% do salário. Ao abrigo de convenções coletivas, a maioria das entidades patronais paga o salário por inteiro no primeiro mês ou nos dois primeiros meses.

Prestação pecuniária por doença

O montante diário da prestação pecuniária por doença é determinado em função do rendimento anual declarado e posteriormente submetido a comprovação ou com base no rendimento do interessado durante um período de seis meses. O montante do subsídio diário aumenta em função do rendimento anual.

O progenitor que se encarregue dos cuidados e da reabilitação de um filho com menos de 16 anos hospitalizado tem direito a um subsídio especial por doença.

O subsídio está sujeito ao imposto sobre o rendimento. A análise dos recursos económicos inclui qualquer outro rendimento que o segurado e o seu cônjuge recebam.

Subsídio de reabilitação

Durante o período de reabilitação, a pessoa em causa recebe o subsídio pertinente, desde que o objetivo dessa reabilitação consista no prosseguimento ou recomeço de uma atividade profissional ou no acesso à vida ativa. Regra geral, o montante do subsídio de reabilitação é determinado da mesma forma que o subsídio pago pelo seguro de doença.

Acesso às prestações pecuniárias por doença

Os pedidos deste subsídio devem ser apresentados aos serviços locais do Instituto de Seguro Social ou à caixa profissional.

Os pedidos de reabilitação e do subsídio de reabilitação devem ser apresentados aos serviços locais do Instituto de Seguro Social. É possível recorrer da decisão do instituto para a Comissão de Recurso e recorrer da decisão desta para o Tribunal da Segurança Social.

Capítulo IV: Prestações por maternidade e por paternidade

Aquisição do direito a prestações por maternidade ou por paternidade

Todos os residentes têm direito a estas prestações. Estão igualmente cobertos os não residentes que exercem atividade por conta de outrem ou por conta própria na Finlândia há, pelo menos, quatro meses.

A mãe (subsídio de maternidade, *äitiysraha*, e subsídio de licença parental) e o pai (subsídio de paternidade, *isyysraha*, e subsídio de licença parental) deverão ter residido na Finlândia, pelo menos, 180 dias imediatamente antes da data prevista para o parto.

Para beneficiar de prestações em espécie não é necessário cumprir um período de garantia.

Cobertura

O subsídio por maternidade é pago à mãe durante os primeiros 105 dias. O direito ao subsídio por maternidade tem início entre 30 e 50 dias úteis antes da data prevista para o parto. O subsídio parental é pago durante os 158 dias úteis seguintes, à mãe ou ao pai, caso um deles opte por ocupar-se do filho. O subsídio parental não pode ser pago simultaneamente ao pai e à mãe. Os pais adotivos também podem receber o subsídio parental se a criança for adotada antes de completar sete anos.

A mãe tem direito a uma prestação especial de maternidade durante a gravidez nos casos em que uma substância química, radiação ou doença contagiosa relacionadas com as funções que desempenha ou o seu local de trabalho possam pôr em perigo o desenvolvimento do feto ou a gravidez e desde que não seja possível transferi-la para outras funções.

Após o parto, o pai pode requerer um subsídio e uma licença de paternidade com a duração máxima de 18 dias úteis, que gozará em quatro vezes ao longo do período de pagamento do subsídio por maternidade e do subsídio parental. O direito ao subsídio por paternidade é prolongado por 1 a 12 dias úteis se o pai tiver beneficiado de um subsídio parental, no mínimo, nos últimos 12 dias úteis do período de concessão do subsídio parental.

O montante dos subsídios de maternidade e parental é idêntico ao do subsídio de doença. Os pais de um menor de 16 anos que receba tratamento ou reabilitação num hospital ou, em determinados casos, no domicílio, podem receber um subsídio especial. Este subsídio é pago durante um período máximo de 60 dias úteis por filho e ano civil. O montante deste subsídio é idêntico ao do subsídio de doença.

Montantes das prestações

A prestação diária aumenta proporcionalmente aos rendimentos anuais da pessoa, sendo definida uma prestação pecuniária mínima.

Prestações pecuniárias

Os exames médicos em maternidades ou serviços pediátricos durante e após a gravidez são gratuitos.

Acesso às prestações por maternidade e paternidade

Os pedidos destes subsídios devem ser apresentados aos serviços locais do Instituto de Seguro Social ou à caixa profissional. O subsídio por maternidade deve ser requerido com dois meses de antecedência em relação à data prevista do parto, e o subsídio por paternidade deve ser requerido dois meses antes da data pretendida para o início da prestação. As prestações parentais devem ser requeridas um mês antes da data pretendida para o início do seu pagamento.

Existe sempre a possibilidade de recorrer de uma decisão em matéria de prestações parentais. Os recursos devem ser apresentados aos serviços locais do Instituto de Seguro Social ou caixa profissional responsável pela decisão contestada, que irá analisar a possibilidade de revisão da decisão. Caso essa entidade não possa rever a decisão, compete à comissão de recurso da Segurança Social apreciar a reclamação. Também existe a possibilidade de recorrer da decisão desta comissão para o Tribunal da Segurança Social.

Capítulo V: Prestações por invalidez

Aquisição do direito a prestações por invalidez

As prestações por invalidez fazem essencialmente parte do regime de pensões.

Na Finlândia existe um sistema duplo:

- um sistema de seguro (pensão contributiva legal, *Työeläke*) financiado por quotizações de toda a população ativa (trabalhadores por conta de outrem, trabalhadores independentes e agricultores) com idades compreendidas entre os 18 e os 68 anos;
- um sistema universal financiado pelas receitas fiscais (pensão nacional, *Kansaneläke*, e pensão garantida, *Takuueläke*) que garante um nível de pensão mínimo a todos os residentes com idades compreendidas entre os 16 e os 65 anos.

Os regimes de pensões são integrados e, caso a pensão contributiva legal ultrapasse determinado montante, não é paga a pensão nacional ou pensão garantida.

Para receber uma **pensão nacional** ou **pensão garantida**, é necessário ter residido durante três anos na Finlândia após os 16 anos de idade. Se uma pessoa não tiver residido na Finlândia durante três anos, são igualmente contabilizados os períodos de residência noutros Estados-Membros da UE, Islândia, Liechtenstein, Noruega e Suíça. No entanto, é sempre necessário um ano de residência na Finlândia.

No caso dos trabalhadores por conta de outrem, o direito à **pensão contributiva legal** não está sujeito a período de garantia. Os trabalhadores independentes deverão ter cumprido um período de atividade independente de, pelo menos, quatro meses.

As prestações do sistema nacional, bem como do sistema contributivo, podem assumir várias formas:

- A pensão por invalidez é concedida a um segurado que perdeu a capacidade de trabalho por doença resultante numa incapacidade prevista de, pelo menos, um ano, ou ainda por deficiência ou lesão permanente. O sistema contributivo concede uma pensão por invalidez ao trabalhador cuja capacidade de trabalho sofrer uma redução de, pelo menos, três quintos (no caso de uma redução de dois quintos é concedida uma pensão por invalidez parcial). No regime de pensão nacional, a condição a satisfazer é uma redução da capacidade de trabalho de, pelo menos, três quintos (não está prevista uma pensão parcial). A partir dos 60 anos de idade, os critérios da pensão por invalidez são menos rígidos. No caso dos menores de 20 anos, a concessão de uma pensão depende da avaliação das perspetivas de reabilitação. Regra geral, a pensão por invalidez é concedida se a pessoa em causa tiver recebido o subsídio diário de doença durante 300 dias.
- É pago um subsídio de reabilitação aos trabalhadores quando se afigura provável a cura do seu estado de invalidez devido a deficiência ou doença, através de terapias ou de reabilitação. A concessão deste subsídio é condicionada a um programa de tratamentos e de reabilitação.

Cobertura

Pensão de incapacidade

A pensão por invalidez é paga a partir do final do período máximo de concessão das prestações por doença (300 dias) enquanto forem satisfeitas as condições e até poder ser paga a pensão por velhice (aos 63 anos no caso do regime de pensões contributivas e aos 65 no caso do regime de pensão nacional).

No regime contributivo, o cálculo da pensão por invalidez tem em conta, em determinadas condições, o período futuro (entre a ocorrência do risco e a idade de reforma). A remuneração do período futuro é geralmente definida com base nos rendimentos profissionais obtidos durante os cinco anos anteriores ao ano da ocorrência do risco (período de referência). No período de referência, apenas se consideram os rendimentos do trabalho segurados nos termos da lei finlandesa relativa às reformas. A pensão por invalidez parcial corresponde a 50% da pensão por inteiro.

No regime de pensão nacional, o montante das prestações depende do tempo de residência na Finlândia, do estado civil e do montante de outras pensões contributivas. Se o interessado residiu na Finlândia 80% do tempo após os 16 anos de idade e até ao início da concessão da pensão, é-lhe devido o montante por inteiro. Caso essa condição não se verifique, a pensão é adaptada em função do período de residência. Acima de determinado limite, o montante da pensão sofre uma redução equivalente a 50% do montante da pensão contributiva e de outras pensões nacionais e estrangeiras.

Pensão garantida

Um residente que receba uma pensão por invalidez total tem direito a uma pensão garantida se o total dos rendimentos de pensão brutos for inferior ao montante total da pensão garantida. Também os imigrantes (ou seja, os residentes sem direito a uma pensão nacional) que não recebam uma pensão nacional podem receber uma pensão garantida se tiverem 16 ou mais anos de idade e forem portadores de deficiência nos termos da Lei das pensões nacionais.

O montante da pensão garantida é afetado por qualquer outro rendimento de pensão que possa ser recebido da Finlândia ou de outro Estado. Qualquer outro rendimento de pensão é deduzido do montante total da pensão garantida. A pensão garantida não é reduzida pela remuneração, pelo rendimento do capital ou pelo património. O seu montante também não é afetado pelo subsídio de cuidados para pensionistas, pelo subsídio de alojamento para pensionistas ou pelo subsídio de cuidados informais.

Subsídio de reabilitação

A concessão da pensão por invalidez está condicionada às perspetivas de reabilitação do requerente, que devem ser avaliadas.

O fornecedor das pensões paga ao segurado um subsídio de reabilitação durante os meses em que este não puder trabalhar devido a essa reabilitação. Um reformado em reabilitação recebe uma pensão majorada durante o período correspondente.

O subsídio de reabilitação é pago durante um período determinado.

No regime contributivo, o subsídio de reabilitação equivale à pensão por invalidez completa, majorada de um complemento de 33% nos períodos de reabilitação ativa.

No regime de pensão nacional, o subsídio de reabilitação corresponde a 75% da remuneração e é pago após um período de espera de 1 ou 1+9 dias. É devido quando o período de reabilitação é superior a 30 dias. O subsídio de reabilitação é um suplemento de 10% do montante da pensão nacional e os custos dos serviços de reabilitação são cobertos na sua totalidade.

Outras prestações por invalidez

Por exemplo:

- O subsídio de dependência (*Eläkettä saavan hoitotuki*), que é uma prestação paga a pensionistas em três escalões, de acordo com a necessidade de assistência ou a fim de compensar os custos resultantes da assistência no domicílio ou outras despesas especiais decorrentes de doença ou lesão;
- O subsídio por invalidez (*16 vuotta täyttäneen vammaistuki*), que é pago a pessoas com idades compreendidas entre os 16 e os 64 anos que não recebem pensão e cuja saúde esteja afetada por doença ou lesão, compensa a falta de recursos, os serviços necessários, etc. O montante depende do grau de invalidez, da necessidade de cuidados e das despesas suplementares,
- O subsídios de habitação do pensionista (*Eläkkeensaajan asumistuki*), que pode ser concedido a pensionistas a residirem na Finlândia. O montante é proporcional aos rendimentos do pensionista e aos custos da habitação, bem como a outros fatores.

Acesso às prestações por invalidez

O pedido deve ser apresentado ao prestador de pensões competente.

O grau de invalidez é determinado com base no estado de saúde do trabalhador. Na avaliação da incapacidade para trabalhar, são tidos em conta, para além do relatório médico entre outras coisas, o nível de formação da pessoa, a experiência profissional, idade e oportunidades de emprego.

O subsídio de reabilitação pode ser retirado caso se produza uma alteração na capacidade de trabalho ou o beneficiário rejeitar a reabilitação sem um motivo válido.

No regime contributivo, a pensão por invalidez completa e o subsídio de reabilitação completo podem transformar-se em pensão por invalidez parcial e subsídio de reabilitação parcial caso haja uma alteração da capacidade para o trabalho, bem como dos rendimentos.

Na eventualidade de litígios resultantes de questões relacionadas com prestações por invalidez, o requerente pode recorrer junto do prestador da pensão, que irá analisar uma possível correção. Na impossibilidade de o fazer a este nível, o requerente deverá dirigir-se ao Conselho de Arbitragem dos Seguros Sociais ou ao Conselho de Arbitragem de Pensões Relacionadas com rendimentos. As decisões dos conselhos de arbitragem podem ainda ser alvo de recurso junto do Tribunal dos Seguros Sociais.

Capítulo VI: Pensões e prestações por velhice

Aquisição do direito a prestações por velhice

A Finlândia tem dois sistemas de pensões: o regime contributivo legal e o regime de pensão nacional (incluindo a pensão garantida, *Takuueläke*). O regime contributivo atribui pensões em função dos rendimentos e com base em seguros, ao passo que o regime de pensão nacional concede pensões mínimas com base na residência.

Em conjunto, estas duas pensões formam a pensão legal completa. As pensões são integradas e, no caso de a pensão contributiva legal ultrapassar determinado montante, não é paga a pensão nacional ou pensão garantida.

Ao abrigo dos **regimes contributivos**, é possível um trabalhador reformar-se entre os 63 e os 68 anos.

As pensões contributivas do setor privado são geridas por cerca de 30 prestadores de pensões. Quando o segurado é abrangido por vários regimes de pensões (isto é, teve vários prestadores de pensões), o último prestador de pensões atribui o montante da pensão e paga-a na totalidade.

Os residentes na Finlândia ou noutro Estado-Membro que tenham completado 65 anos têm direito à **pensão por velhice e pensão garantida**, no âmbito do regime geral de pensão nacional. A pensão por velhice é concedida aos cidadãos finlandeses e de outros Estados-Membros que tenham residido na Finlândia pelo menos três anos desde a idade de 16 anos. Se uma pessoa não tiver residido na Finlândia durante três anos, são igualmente contabilizados os períodos de residência noutros Estados-Membros da UE, Islândia, Liechtenstein, Noruega e Suíça. No entanto, é sempre necessário um ano de residência na Finlândia.

A partir dos 62 anos de idade, tanto no regime contributivo como no regime nacional, os beneficiários podem requerer a pensão de reforma antecipada, a qual sofrerá, neste caso, uma redução de 0,6% ou 0,4%, respetivamente, por cada mês entre a data efetiva de reforma e a idade legal de reforma. A pensão por velhice também pode ser diferida para depois da idade normal de reforma, o que implica uma majoração proporcional da pensão.

Cobertura

Pensão contributiva legal

No regime de pensão de reforma, os períodos que dão direito à pensão por velhice são anos de serviço cumpridos entre os 18 anos e os 68 anos:

As pensões são calculadas com base na remuneração anual, ou nos rendimentos anuais consolidados para os trabalhadores independentes. O direito à pensão aumenta de acordo com as percentagens seguintes, em função da idade:

- 1,5% dos 18 aos 52 anos;
- 1,9% dos 53 aos 62 anos;
- 4,5% dos 63 aos 68 anos.

Se, depois de requerer a reforma, o beneficiário continuar a trabalhar ou voltar a ter uma atividade profissional, o direito anual de pensão relativo a este trabalho é de 1,5% por ano. O direito a pensão aumenta igualmente em função das remunerações resultantes das prestações de segurança social contributivas (por exemplo a prestação por doença).

Os estudos comprovados por um diploma e os períodos de guarda de crianças com idade inferior a 3 anos dão lugar a uma majoração do direito à pensão de reforma, a qual é financiada pelo Estado.

Pensão nacional

No âmbito do regime geral da pensão nacional, o montante da pensão por velhice depende das pensões recebidas: acima de um determinado nível, a pensão de velhice não é paga. Trata-se de pensões pagas pela Finlândia ou por qualquer outro país e de formas de indemnização permanente equiparadas a pensões. As pensões pagas nos termos do Regulamento (CEE) n.º 883/2004 decorrentes do seguro do interessado e que são pagas por outros Estados-Membros não são consideradas rendimento.

O montante da pensão nacional depende igualmente do tempo de residência na Finlândia entre os 16 e os 65 anos. Para receber uma pensão por velhice por inteiro, é necessário ter residido na Finlândia, pelo menos, 40 anos. Se o tempo de residência for inferior a 80% do período entre os 16 e os 65 anos, a pensão é ajustada na proporção do tempo de residência.

A pensão pode incluir um suplemento por filho a cargo.

Além disso, existem vários outros complementos para pensionistas por velhice:

- O subsídio de dependência (*Eläkettä saavan hoitotuki*), que é uma prestação paga a pensionistas em três escalões, de acordo com a necessidade de assistência ou a fim de compensar os custos resultantes da assistência no domicílio ou outras despesas especiais decorrentes de doença ou lesão;
- O subsídio de alojamento para reformados (*Eläkkeensaajan asumistuki*), que pode ser atribuído a pensionistas residentes na Finlândia e cujo montante é proporcional ao rendimento e às despesas com alojamento e ainda a outros fatores.

Pensão garantida

Um residente que receba uma pensão por invalidez total tem direito a uma pensão garantida se o total dos rendimentos de pensão brutos for inferior ao montante total da pensão garantida. Também os imigrantes (ou seja, os residentes sem direito a uma pensão nacional) que não recebam uma pensão nacional podem receber uma pensão garantida a partir dos 65 anos.

O montante da pensão garantida é afetado por qualquer outro rendimento de pensão que possa ser recebido da Finlândia ou de outro Estado. Qualquer outro rendimento de pensão é deduzido do montante total da pensão garantida. A pensão garantida não é reduzida pela remuneração, pelo rendimento do capital ou pelo património. O seu montante também não é afetado pelo subsídio de cuidados para pensionistas, pelo subsídio de alojamento para pensionistas ou pelo subsídio de cuidados informais.

Acesso às prestações por velhice

Deverá ser efetuado o pedido junto do prestador da pensão competente. O Centro Nacional de Pensões (*Eläketurvakeskus*, ou *ETK*) é a entidade coordenadora deste regime relacionado com os rendimentos. O setor público tem prestadores de pensões próprios, Keva. As pensões nacionais e pensões garantidas são geridas pelo Instituto de Seguro Social (*Kansaneläkelaitos*, ou *Kela*).

Na eventualidade de litígios resultantes de questões relacionadas com prestações por velhice, o requerente pode recorrer junto do prestador da pensão, que irá analisar uma possível correção. Na impossibilidade de o fazer a este nível, o requerente deverá dirigir-se ao Conselho de Arbitragem dos Seguros Sociais ou ao Conselho de Arbitragem de Pensões Relacionadas com rendimentos. As decisões dos conselhos de arbitragem podem ainda ser alvo de recurso junto do Tribunal dos Seguros Sociais.

Capítulo VII: Prestações por sobrevivência

Aquisição do direito a prestações por sobrevivência

No que diz respeito a outros tipos de prestações (**velhice** e **invalidez**), na Finlândia existe um sistema duplo: uma pensão contributiva com base em seguros, por um lado, e um sistema universal com base nas receitas fiscais que concede uma pensão mínima, por outro.

Têm direito a prestações o cônjuge sobrevivente (incluindo o parceiro sobrevivente de uma união de facto registada), o cônjuge divorciado, no caso de se verificar o direito a pensão de alimentos antes do falecimento (apenas no que se refere à pensão contributiva legal) e as crianças do agregado familiar (filho; menor em acolhimento do falecido ou do cônjuge sobrevivente; criança que recebia pensão de alimentos do falecido; criança que vivia no mesmo agregado familiar que o falecido desde que este fosse casado com o seu progenitor).

A pensão cessa se a/o viúva/o casar novamente antes de completar 50 anos. Neste caso, recebe um montante único correspondente a três anos de pensão.

Pensão contributiva

O cônjuge sobrevivente tem sempre direito à pensão de viuvez se o casal tem ou teve um filho. Se o casal não tiver tido filhos, é necessário preencher as seguintes condições:

- o cônjuge sobrevivente ter, pelo menos, 50 anos à data da morte do cônjuge;
- o cônjuge sobrevivente receber uma pensão por invalidez há, pelo menos, três anos.

Além disso, o casamento deve ter ocorrido antes de o cônjuge sobrevivente atingir a idade de 50 anos, e esta união deve ter durado, pelo menos, cinco anos. O cônjuge sobrevivente, sem filhos, nascido antes de 1 de julho de 1950, pode beneficiar de uma pensão de viuvez em condições menos estritas.

Pensão nacional

A pensão de viuvez é concedida após a morte do cônjuge nas seguintes condições:

- o falecido tinha menos de 65 anos quando ocorreu o casamento;
- o cônjuge sobrevivente tem menos de 65 anos e não recebe uma pensão do regime geral;
- o falecido residiu na Finlândia três anos após os 16 anos de idade;
- o cônjuge sobrevivente reside na Finlândia ou noutro Estado-Membro da União Europeia;
- o/a viúvo/a teve um filho em comum com a/o falecida/o. Se não existirem filhos do casamento, a pensão só é concedida se o cônjuge sobrevivente tiver, pelo menos, 50 anos à data da morte do cônjuge, o casamento tiver ocorrido antes de o cônjuge sobrevivente ter completado 50 anos e o casamento tiver durado, pelo menos, cinco anos.

O beneficiário deve preencher todos estes critérios.

Cobertura

Pensão contributiva legal

A **pensão de viuvez** corresponde a 17% a 50% da pensão do falecido, de acordo com o número de filhos com direito a complemento por descendentes a cargo. Esta pensão equivale à pensão do falecido quando os beneficiários são o cônjuge sobrevivente e dois filhos. Se o falecido não estava reformado à data da morte, a pensão de sobrevivência é calculada com base na pensão de invalidez a que o falecido teria direito nessa mesma data. A pensão de viuvez é cumulativa com a pensão de reforma (ou pensão antecipada) do cônjuge sobrevivente. Se o valor total ultrapassar determinado montante, a pensão do cônjuge sobrevivente sofre uma redução correspondente. A pensão de sobrevivência a pagar é calculada segundo a seguinte fórmula: 50% da pensão do falecido – 50% (da pensão do cônjuge sobrevivente – montante de base).

No caso de um antigo cônjuge divorciado, a pensão do cônjuge é dividida. A parte a pagar ao antigo cônjuge depende do montante da pensão de alimentos que recebe nos termos do divórcio.

Os menores de 18 anos têm direito a **pensão de orfandade** . A pensão corresponde a 33% a 83% da pensão do falecido, de acordo com o número de menores com direito a complemento por descendentes a cargo.

Pensão nacional

Nos primeiros seis meses, o cônjuge recebe uma pensão inicial, sendo um montante mensal fixo (montante adaptado em função do período de residência do falecido na Finlândia). Após estes seis meses, a **pensão de viuvez** é prolongada se o cônjuge sobrevivente tem a seu cargo um menor de 18 anos, com um montante base e suplemento sujeito a condição de recursos. Na ausência de um menor a cargo, não será possível pagar o montante de base.

A **pensão de orfandade** é paga a uma criança que tenha perdido um ou ambos os progenitores, que seja menor de 18 anos e que resida na Finlândia ou noutro país da UE. A pensão de orfandade pode ser paga até aos 21 anos de idade se o beneficiário prosseguir os estudos a tempo inteiro. O órfão de pai e mãe recebe duas pensões distintas, uma pela mãe e outra pelo pai.

A pensão de orfandade tem sempre um montante de base e pode incluir um complemento. O montante deste complemento depende das outras pensões de sobrevivência recebidas pelos filhos. Caso o órfão tenha entre 18 e 20 anos, só tem direito ao montante de base.

Acesso às prestações por sobrevivência

Deverá ser efetuado o pedido junto do prestador da pensão competente. O Centro Nacional de Pensões (*Eläketurvakeskus*, ou *ETK*) é a entidade coordenadora deste regime. O setor público tem prestadores de pensões próprios, Keva. As pensões nacionais são geridas pelo Instituto de Seguro Social (*Kansaneläkelaitos*, ou *Kela*).

Na eventualidade de litígios resultantes de questões relacionadas com prestações de sobrevivência, o requerente pode recorrer junto do prestador da pensão, que irá

analisar uma possível correção. Na impossibilidade de o fazer a este nível, o requerente deverá dirigir-se ao Conselho de Arbitragem dos Seguros Sociais ou ao Conselho de Arbitragem de Pensões Relacionadas com rendimentos. As decisões dos conselhos de arbitragem podem ainda ser alvo de recurso junto do Tribunal dos Seguros Sociais.

Capítulo VIII: Prestações por acidentes de trabalho e doenças profissionais

Aquisição do direito a prestações por acidentes de trabalho e doenças profissionais

No âmbito da cobertura obrigatória do seguro de doença e do regime de pensões na Finlândia, o seguro obrigatório de acidentes constitui o principal regime de indemnização por doenças profissionais e acidentes de trabalho. O seguro de acidentes confere ao trabalhador o direito a receber uma indemnização pela perda financeira provocada por um acidente no trabalho ou por uma doença profissional. A gestão do seguro de acidentes de trabalho é assegurada por companhias de seguros privadas. Uma companhia de seguros não pode recusar-se a efetuar ou manter um seguro que lhe seja solicitado em conformidade com a lei.

O seguro de acidentes para agricultores que trabalham por conta própria encontra-se sob a alçada do Instituto de Proteção Social dos Agricultores. A Fazenda Pública é responsável pelas indemnizações por acidentes aos funcionários e demais trabalhadores por conta do Estado.

Os empregadores são obrigados a segurar os seus trabalhadores que prestem mais de 12 dias de trabalho num ano civil. Se a entidade empregadora não cumprir esta obrigação legal, ou caso não esteja sujeito à mesma, o trabalhador acidentado continuará a ter, não obstante, direito às prestações previstas pela Lei relativa ao seguro de acidentes. A federação dos Institutos de Seguros de Acidentes é a entidade responsável nestes casos, pagando também as prestações.

Nos termos da Lei relativa ao seguro de acidentes, o direito às prestações adquire-se em função da existência de um vínculo contratual no setor privado ou no setor público. O seguro cobre os acidentes de trabalho e as doenças profissionais. Entende-se por acidente de trabalho um acidente de que o trabalhador é vítima no trabalho ou em circunstâncias decorrentes deste, no trajeto entre o domicílio e o local de trabalho, ou durante a realização de tarefas confiadas pela entidade empregadora. Considera-se doença profissional qualquer doença cuja causa principal possa ser atribuída a um fator físico, biológico ou químico relacionado com o trabalho realizado durante um período de emprego..

O seguro de acidentes cobre os trabalhadores com vínculo contratual nos setores público ou privado, excluindo os familiares dos empregadores e os quadros superiores das empresas que, de forma individual ou conjuntamente com familiares, possuam mais de 50% do capital social da empresa. Em geral, os estudantes que efetuem um estágio prático também estão seguros. Estão normalmente cobertos pelo seguro de acidentes também os trabalhadores enviados em missão ao estrangeiro.

Apesar de os empresários e os membros das suas famílias e os quadros dirigentes não serem abrangidos pelo seguro obrigatório de acidentes, podem, nos termos da Lei relativa ao seguro de acidentes, subscrever um seguro individual facultativo que lhes garante prestações idênticas às do seguro obrigatório.

Cobertura

O seguro de acidentes obrigatório garante a indemnização relativa aos cuidados de saúde necessários e à perda de rendimentos. Durante uma incapacidade para o trabalho temporária, é paga uma indemnização diária por um período máximo de um ano. Durante as quatro primeiras semanas a seguir ao acidente, o montante equivale ao do subsídio de doença. Posteriormente, a indemnização diária do trabalhador acidentado é igual a 1/360 da sua remuneração anual. Normalmente, o rendimento anual é calculado com base no nível de rendimento no momento do acidente.

Se a incapacidade para o trabalho persistir por um período superior a um ano após o acidente, o trabalhador recebe uma pensão por acidente de trabalho, cujo montante, nos casos de invalidez absoluta, ascende a 85% da sua remuneração anual até à idade de 65 anos, baixando em seguida para 70% da referida remuneração.

Em caso de incapacidade parcial para o trabalho, também podem ser pagos um subsídio parcial e uma pensão parcial de acidentes de trabalho. Estes subsídios e esta pensão constituem rendimentos tributáveis. Os reembolsos dos cuidados médicos não são passíveis de imposto.

Se uma lesão na sequência de um acidente de trabalho ou uma doença profissional resultar numa incapacidade geral permanente, o segurado tem direito a um subsídio de inconveniência. Estão agrupadas várias lesões e doenças em 20 categorias de incapacidade dependendo da respetiva gravidade, segundo as regras do Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde. A indemnização por incapacidade não é tributável. Em caso de óbito, é pago um subsídio para despesas de funeral ao estado do falecido ou a quem suportou os custos do funeral, o/a viúvo/a e filhos menores de 18 anos (ou de 25, caso estejam a estudar) recebem uma pensão de sobrevivência. A pensão de sobrevivência não é tributável.

As despesas de reabilitação médica e profissional também estão cobertas pelo seguro de acidentes. A reabilitação tem como objetivo principal facilitar o acesso do trabalhador incapacitado a um emprego remunerado adequado e facilitar a sua autonomia na vida quotidiana. O reembolso individual das despesas legítimas de reabilitação ou readaptação, bem como da perda de rendimentos está previsto, geralmente, sob forma de pensão por acidente de trabalho.

Acesso às prestações por acidentes de trabalho e doenças profissionais

O trabalhador vítima de um acidente deve informar imediatamente a entidade empregadora, que lhe entregará um certificado de seguro. Contra apresentação desse certificado, o trabalhador receberá a assistência médica necessária e os medicamentos prescritos pelo médico, sendo os custos suportados pela entidade seguradora de acidentes. A entidade empregadora deve enviar à entidade seguradora uma declaração de acidente, para que seja acionado o procedimento de indemnização.

Na eventualidade de litígios resultantes de questões relacionadas com prestações por acidentes no trabalho ou doenças profissionais, o requerente pode recorrer junto do prestador da pensão, que irá analisar uma possível correção. Na impossibilidade de o fazer a este nível, o requerente deverá dirigir-se ao Conselho de Arbitragem dos Seguros Sociais ou ao Conselho de Arbitragem de Pensões Relacionadas com

rendimentos. As decisões dos conselhos de arbitragem podem ainda ser alvo de recurso junto do Tribunal dos Seguros Sociais.

Capítulo IX: Prestações familiares

Aquisição do direito a prestações familiares

O abono de família é pago pelos filhos menores de 17 anos residentes na Finlândia.

Cada mulher residente na Finlândia que esteja grávida de pelo menos 154 dias e que tenha efetuado um exame médico durante os primeiros 4 meses de gravidez tem direito a um subsídio de maternidade. Os pais adotivos de uma criança com menos de dezoito anos também têm direito a este subsídio.

A título de alternativa às estruturas de acolhimento municipais, qualquer família pode optar por um subsídio por assistência a menores, se contar com um filho de idade inferior a três anos. Neste caso, o direito ao subsídio é pago igualmente por cada uma das outras crianças da família em idade pré-escolar.

Cobertura

Abonos de família

A taxa do abono de família depende do número de filhos elegíveis no agregado familiar. O abono de família é acrescido para cada filho de família monoparental. O abono de família não é tributável.

Subsídio de maternidade

O subsídio de maternidade pode ser atribuído (à escolha da futura mãe) em espécie ou sob a forma de um enxoval incluindo roupas e produtos de cuidados para o bebé. O subsídio de maternidade não é tributável.

Prestações por assistência a filho

O subsídio por assistência a menores pode ser atribuído a famílias que, optando por não utilizar as estruturas de acolhimento municipais, cuidam dos filhos de idade inferior a três anos no domicílio ou recorrem a outras alternativas. O subsídio consiste numa base, um suplemento por cada filho a partir do segundo e um complemento em função dos rendimentos.

A família pode optar pelo subsídio de guarda privada se os filhos estiverem ao cuidado de um prestador de serviços de guarda privada. Além do montante de base, pode ser concedido um suplemento em função dos rendimentos. O subsídio é pago diretamente ao prestador de cuidados.

Um progenitor de uma criança menor de três anos ou que frequente os dois primeiros anos de escola que reduza o horário de trabalho para um máximo de 30 horas por semana tem direito a um subsídio de assistência a menores parcial.

Acesso às prestações familiares

O pedido de abono de família deverá ser apresentado aos serviços locais do Instituto de Seguro Social. É possível recorrer da decisão do Instituto de Seguro Social para a comissão de recurso da Segurança Social e recorrer da decisão desta para o Tribunal da Segurança Social.

O pedido de subsídio de maternidade deve ser apresentado aos serviços locais do Instituto de Seguro Social o mais tardar dois meses antes da data prevista para o parto. Em caso de adoção, o pedido deverá ser apresentado antes de a criança cumprir um ano de idade.

O pedido de subsídio de maternidade pode ser apresentado em simultâneo com os pedidos de subsídio por maternidade, de paternidade e parental, e com o pedido de abono de família.

.

Capítulo X: Desemprego

Aquisição do direito a prestações por desemprego

As prestações por desemprego assumem a forma de um subsídio calculado em função da remuneração, de um subsídio de base e de um subsídio do sistema de apoio ao mercado de trabalho. A maioria dos trabalhadores está coberta pelo fundo de desemprego do setor em que exerce atividade e, nesse caso, tem direito a um subsídio calculado em função da remuneração. O subsídio é pago pelo fundo de desemprego. O subsídio de base e o subsídio do sistema de apoio ao mercado de trabalho são pagos pelo Instituto de Seguro Social (*Kansaneläkelaitos*, ou *Kela*).

Para ter direito ao subsídio de desemprego, o trabalhador deve preencher as seguintes condições:

- encontrar-se em situação de desemprego involuntário;
- não estar a exercer uma atividade profissional;
- estar apto para trabalhar;
- estar inscrito como candidato a emprego;
- estar à disposição dos serviços de emprego; e
- residir na Finlândia.

Seguro de desemprego

O subsídio de desemprego é concedido às pessoas desempregadas à procura de emprego com idades entre 17 e 64 anos, que tenham trabalhado pelo menos 34 semanas durante os 28 meses que precederam o desemprego. Os trabalhadores por conta própria podem candidatar-se se tiverem exercido uma atividade por conta própria durante 18 meses nos 48 meses que precedem o desemprego e se a atividade desenvolvida tiver tido uma amplitude substancial.

No caso dos subsídios calculados em função da remuneração, vigoram os mesmos limites de idade e prazos de garantia, mas só são pagos a requerentes que se encontravam inscritos num fundo de desemprego durante o período de garantia. A inscrição num fundo de desemprego é facultativa.

Apoio ao mercado de trabalho

As pessoas de idades compreendidas entre os 17 e os 64 anos residentes na Finlândia que estão desempregadas e que não têm direito a subsídio de desemprego ou que esgotaram o direito a esse subsídio têm direito ao subsídio do sistema de apoio ao mercado de trabalho. As pessoas de idades compreendidas entre os 17 e os 24 anos têm direito a este subsídio durante a sua participação em iniciativas de promoção do emprego (estágio, aprendizagem, formação ou reabilitação).

Quem entra pela primeira vez no mercado de trabalho tem de cumprir um período de estágio de três meses. Este período não é aplicável a quem tenha recebido formação num centro de formação profissional.

Cobertura

Seguro de desemprego

O subsídio de base e o subsídio calculado em função da remuneração são pagos a trabalhadores desempregados que tenham estado inscritos nos serviços de emprego, pelo menos, sete dias durante oito semanas consecutivas.

O subsídio é pago cinco dias por semana durante um período máximo de 500 dias úteis.

Os desempregados idosos que preenchem a condição de emprego anterior têm direito a um prolongamento do subsídio de desemprego.

Montantes das prestações

O subsídio de desemprego de base (*peruspäiväraha*) consiste numa prestação fixa por dia da semana.

O montante dos subsídios calculados em função da remuneração corresponde à soma do subsídio de base com 45% da diferença entre o salário diário e o subsídio de base. Se o salário mensal for superior a 105 vezes o montante de base, esse montante corresponde a 20% do excesso. Em determinadas condições, a parcela relativa ao subsídio calculado em função da remuneração é aumentada.

Apoio ao mercado de trabalho

O subsídio do sistema de apoio ao mercado de trabalho é pago a trabalhadores que tenham estado inscritos nos serviços de emprego, pelo menos, cinco dias durante oito semanas consecutivas.

O subsídio do sistema de apoio ao mercado de trabalho é uma prestação idêntica ao subsídio de desemprego de base, condicionada à avaliação dos recursos. A verificação dos recursos tem em conta a totalidade dos rendimentos da pessoa em causa, bem como os do cônjuge que excedam um determinado limite.

O subsídio do sistema de apoio ao mercado de trabalho é concedido, sem avaliação dos recursos, durante 180 dias após o período máximo de 500 dias de pagamento do subsídio de desemprego, durante a participação em iniciativas de promoção do emprego, bem como a determinados desempregados de idade mais avançada.

O subsídio do sistema de apoio ao mercado de trabalho pode ser atribuído por tempo indeterminado.

Acesso às prestações por desemprego

O pedido de subsídio de base e de subsídio do sistema de apoio ao mercado de trabalho deve ser apresentado aos serviços locais do Instituto de Seguro Social e o pedido de subsídio calculado em função da remuneração ao fundo de desemprego em que o requerente estiver inscrito. Os serviços de emprego transmitem ao Instituto de Seguro Social e ao fundo de desemprego um parecer vinculativo relativo às condições a que a prestação está sujeita no âmbito da política de emprego.

Os recursos de decisões relativas a prestações de desemprego tomadas pelo Instituto de Seguro Social ou pelo fundo de desemprego poderão ser apresentados ao serviço ou fundo responsável pela decisão, que irá analisar a possibilidade de a rever. Caso essa entidade não possa rever a decisão, compete à Comissão de Seguro de Desemprego apreciar a reclamação. Também existe a possibilidade de recorrer da decisão desta comissão para o Tribunal da Segurança Social.

Capítulo XI: Recursos mínimos

Aquisição do direito a prestações de recursos mínimos

Assistência social geral

A assistência social é uma ajuda de último recurso que visa garantir a subsistência mínima da pessoa (ou da família). Esta ajuda é atribuída quando a pessoa (ou a família) não dispõe, temporariamente (independentemente de o período ser curto ou longo), de meios para suportar o custo de vida. A prestação é paga pelo município da área de residência do requerente (ou da família).

Todos os residentes permanentes têm direito à assistência social. Este direito não está condicionado à idade ou à nacionalidade.

Recursos mínimos específicos

O **subsídio de dependência** é uma prestação paga a pensionistas em três taxas diferentes, dependendo da necessidade de assistência, ou para compensar os custos associados a uma assistência ao domicílio ou outras despesas especiais em consequência da doença ou lesão.

O **subsídio de ajuda às pessoas com deficiência**, entre os 16 e os 64 anos de idade, destina-se a ajudá-las financeiramente na sua vida quotidiana, bem como na sua atividade profissional e nos seus estudos. Este subsídio pode ser atribuído a pessoas que ainda não recebam outra pensão, e o seu montante é escalonado em categorias.

O **subsídio de alojamento para pensionistas** é atribuído a pessoas com 65 anos completos que vivam permanentemente na Finlândia ou a pessoas entre os 16 e os 64 anos titulares de uma pensão. Esta prestação é concedida a fim de suportar despesas de alojamento razoáveis que excedam 85% da franquia fixada. Os limites são fixados anualmente, tendo em conta o custo da habitação e o município onde se situa, bem como a dimensão da família. O montante do subsídio depende, além disso, dos laços familiares e da importância dos rendimentos e bens do interessado.

O **subsídio de alojamento geral** abrange 80% dos custos de alojamento razoáveis acima de uma base tributável (o montante obrigatoriamente a cargo do agregado). O montante tributável é influenciado pela localização da habitação, a dimensão do agregado familiar e o rendimento anual bruto do agregado. As taxas do valor base tributável são definidas anualmente. Os agregados familiares cujo rendimento confira o direito ao subsídio de alojamento por inteiro estão isentos do valor base tributável.

Apoio ao mercado de trabalho

Ver a secção sobre desemprego.

Cobertura

Assistência social geral

Esta prestação consiste num montante de base fixo e numa ajuda adicional, que varia em função das necessidades. O montante depende da composição da família, tal como se especifica a seguir:

- pessoas solteiras e progenitores sozinhos: montante de base por semana;
- outras pessoas com 18 anos completos: 85% do montante de base;
- filhos com 18 anos completos que habitam em casa dos pais: 73% do montante de base;
- filhos com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos: 70% do montante de base;
- crianças com menos de 10 anos; 63% do montante de base;
- famílias com filhos com menos de 17 anos: o montante de base é reduzido em 5% a partir do segundo filho e em 10% por cada filho a partir do terceiro.

As despesas médicas elevadas entram em linha de conta, caso a caso, na determinação do montante da assistência social.

Pode atribuir-se assistência social complementar no caso de outras despesas, nomeadamente, 100% das despesas razoáveis de alojamento, despesas de creche e outras despesas consideradas essenciais.

Acesso às prestações de recursos mínimos

A assistência social é atribuída pelo município durante um período determinado, geralmente, por um mês de cada vez. O processo é regulado por requisitos legais do município e cumpre as normas administrativas habituais.

O beneficiário é obrigado a informar a entidade competente de quaisquer alterações das circunstâncias que serviram de base à decisão. Nesses casos, a necessidade da assistência é reavaliada.

Capítulo XII: Cuidados de longa duração

Aquisição do direito a cuidados de longa duração

Todos os residentes têm direito a cuidados de longa duração, sem período de garantia ou limite de idade.

Estão cobertas as pessoas que necessitam de assistência ou cuidados constantes ou regulares (geralmente, pelo menos, uma vez por semana).

As condições de acesso a esta assistência não estão definidas de forma universal (dependem do regime e do município).

Cobertura

Prestações pecuniárias

Podem ser assegurados serviços no domicílio e serviços prestados a trabalhadores inválidos (transportes, assistente pessoal, adaptações na habitação), bem como apoio para cuidados informais (subsídio de assistência, licença legal para o prestador de cuidados, apoio e aconselhamento).

Está igualmente previsto um serviço de alojamento para idosos e pessoas com deficiência que necessitem de um tipo de apoio e assistência do exterior que não pode ser disponibilizado numa habitação normal.

Os serviços institucionais legais de prestação de cuidados incluem os serviços prestados em lares para pessoas idosas, bem como em enfermarias de internamento dos centros de saúde municipais e em unidades de saúde especializadas para pessoas com deficiência mental. Os cuidados institucionais de longa duração são prestados em vários tipos de lares para a terceira idade e em lares para antigos combatentes inválidos. As ONG e as empresas privadas também prestam cuidados institucionais em lares para a terceira idade e em hospitais privados.

A comparticipação pessoal para cuidados de longa duração (mais de três meses) organizados por entidades públicas é calculada em função do rendimento. O montante não poderá ultrapassar 85% do rendimento líquido mensal do requerente. Independentemente disso, deverá restar um montante mínimo por mês para uso pessoal do beneficiário.

Prestações pecuniárias

O subsídio de assistência ao pensionista (*Eläkkeensaajien hoitotuki*) está ordenado em três categorias em função das necessidades de assistência:

- Prestação de base: paga em caso de doença ou lesão que resulte na necessidade de, pelo menos, assistência semanal a atividades pessoais quotidianas ou ainda orientação ou supervisão das mesmas;
- Prestação acrescida: paga em caso de doença ou lesão que resulte na necessidade de assistência diária a várias atividades pessoais ou na necessidade de orientação e supervisão regular;

- Prestação especial: paga em caso de doença ou lesão que resulte na necessidade de assistência 24 horas por dia e da orientação de outra pessoa.

Outras prestações pecuniárias de longa duração:

- Subsídio por invalidez para criança e subsídio de ajuda a pessoas com deficiência: ambos os subsídios têm três escalões em função da gravidade da situação. É pago um subsídio de assistência para a criança quando ela, em consequência de uma doença, de deficiência ou de uma lesão, necessita, durante pelo menos seis meses, de cuidados e de reabilitação que constituem um encargo especial, financeiro ou outro. O subsídio de ajuda a pessoas com deficiência, entre os 16 e os 64 anos de idade, destina-se a ajudá-las financeiramente na sua vida quotidiana, bem como na sua atividade profissional e nos seus estudos. É atribuído apenas a pessoas que não recebem qualquer outra pensão;
- Subsídio por assistência: este subsídio varia de acordo com a autarquia. Em função de um acordo com o município, os prestadores de cuidados têm direito a três dias de licença por mês.

Acesso a cuidados de longa duração

As autarquias prestam serviços, que lhes deverão ser solicitados. Os municípios são responsáveis pelos serviços, que podem ser prestados pelas próprias autarquias, por organismos intermunicipais ou através de contratos com prestadores de serviços privados.

Anexo : Informações de contacto das instituições e endereços úteis na Internet

Poderão ser obtidas informações mais detalhadas sobre as condições de atribuição e as prestações de segurança social na Finlândia junto dos institutos públicos responsáveis pela gestão do sistema de proteção social.

Os pedidos de informações relativos à incidência nas prestações dos períodos de seguro cumpridos em dois ou mais Estados-Membros devem ser dirigidos a:

Kansaneläkelaitos
(Instituto de Seguro Social)

Informações a título individual:
Serviço local do Instituto de Seguro Social (no local de residência ou de estada)

Outras informações:
Nordenskiöldinkatu 12
PL 450
00101 Helsínquia
Telefone: 020 434 11
Fax : 020 434 5058
E-mail: International.affairs@kela.fi
<http://www.kela.fi>

Eläketurvakeskus
(Centro Finlandês de Pensões)
00065 Eläketurvakeskus
Telefone: 010 7511
<http://www.etk.fi>

Tapaturmavakuutuslaitosten liitto
(Associação dos Organismos de Seguros de Acidentes)
Bulevardi 28
00120 Helsinki
Telefone: (09) 680 401
E-mail: tv1@vakes.fi
<http://www.etk.fi>

Työttömyyskassojen Yhteisjärjestö ry (TYJ)
(Federação das Caixas de Desemprego da Finlândia)
Mäkelänkatu 2 C
00500 Helsinki
<http://www.tyj.fi>

Instituições de reforma profissional

Eläke-Fennia
00041 Eläke-Fennia
Telefone: 010 5031
Tapiola

PL 9
02010 Tapiola
Telefone: (09) 4531

Varma
PL 1
00098 Varma
Telefone: 010 51513

Ilmarinen
00018 Ilmarinen
Telefone: (09) 1841

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

Veritas
PL 133
20101 Turku
Telefone: 010 55 010

Etera
PL 20
00241 Helsínquia
Telefone: 010 553 300

As caixas de reforma e os fundos de pensão são da competência das empresas, sendo o seu endereço o da entidade empregadora em causa.

Maatalousyrittäjien eläkelaitos
(Instituto de Proteção Social dos Agricultores)
PL 16
02101 Espoo
Telefone: (09) 43 511

Merimieseläkekassa
(Caixa de Reforma dos Marítimos)
PL 327
00121 Helsinki
Telefone: 010 633 990

Keva
PL 425
00101 Helsínquia
Telefone: 010 3141

Finanssivalvonta
(Autoridade de Supervisão Financeira)
PL 449
00101 Helsínquia
Telefone: (09) 415 5950