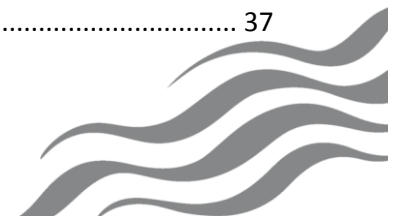


**ARVIOMUISTIO RAJAT YLITTÄVÄSTÄ TERVEYDENHUOLLOSTA**

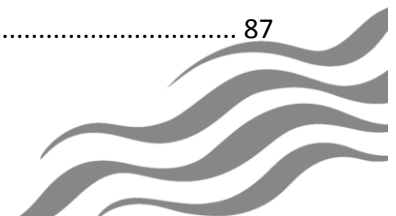
14.2.2013



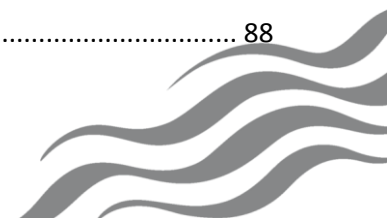
ARVIOMUISTIO RAJAT YLITTÄVÄSTÄ TERVEYDENHUOLLOSTA .....	1
1. JOHDANTO.....	6
2. POTILASDIREKTIIVI .....	12
2.1. Yleistä .....	12
2.2. Direktiivin sisältö .....	13
2.2.1. Direktiivin tarkoitus ja soveltamisala.....	13
2.2.2. Rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevat jäsenvaltioiden velvollisuudet .....	14
2.2.3. Rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaaminen potilaalle .....	15
2.2.4. Ennakkolupaa edellyttävä terveydenhuolto .....	15
2.2.5. Jäsenvaltioiden yhteistyö terveydenhuollon alalla .....	16
2.2.6. Muut säännökset .....	18
3. NYKYTILA .....	19
3.1. Julkinen terveydenhuolto .....	19
3.1.1. Perustuslain säännökset ja terveydenhuolto .....	20
3.1.2. Potilaan oikeus hoitoon.....	21
3.1.3. Valinnanvapaus.....	22
3.1.4. Asiakasmaksut .....	23
3.2. Sairausvakuutusjärjestelmä.....	24
3.2.1. Sairaanhoidokorvaukset.....	25
3.2.2. Matkakorvaukset .....	26
3.2.3. Lääkekorvaukset .....	27
3.3. Muu terveydenhuolto .....	29
3.3.1. Työterveyshuolto.....	29
3.3.2. Opiskeluterveydenhuolto .....	30
3.3.3. Kuntoutus .....	31
3.3.4. Työtapaturmien ja ammattitautien hoito .....	32
3.3.5. Liikennevakuutusjärjestelmä.....	33
3.3.6. Muu yksityinen terveydenhuolto .....	34
3.4. Terveydenhuollon menot ja rahoitus .....	34
3.5. Oikeus käyttää terveystalvuuja ja saada korvauksia rajat ylittävissä tilanteissa .....	37
3.5.1. EU-asetukset sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta .....	37



3.5.2.	Muut rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteet .....	40
3.6.	Kustannusten hallinnointi.....	42
3.7.	Maahanmuuttodirektiivit .....	44
3.8.	Toisessa valtiossa annetun lääkemääräyksen toimittaminen Suomessa.....	46
3.9.	EU-oikeuskäytäntö.....	46
3.10.	Direktiivin toimeenpano muissa EU- ja Eta-valtioissa .....	50
3.10.1.	Ruotsi.....	50
4.	VALMISTELUVAIHEEN EHDOTUKSIA JA NIIDEN VAIKUTUKSIA.....	53
4.1.	Yhteyspiste tiedonantajaksi.....	53
4.2.	Muualta tulevien henkilöiden oikeus saada hoitoa Suomessa .....	54
4.3.	Potilasvahingot .....	56
4.4.	Lääkemääräysten vastavuoroinen tunnustaminen .....	57
4.5.	Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima.....	58
4.6.	Viranomaisyhteistyö.....	60
4.7.	Tulevat kustannusvaikutukset .....	61
4.8.	Matka- ja lääkekustannukset.....	63
4.9.	Vaikutukset ihmisiin .....	64
5.	KORVAUSMALLIVAIHTOEHTOJA.....	65
5.1.	Ostavastuuosuusmalli .....	67
5.2.	Sairausvakuutusmalli.....	73
5.3.	Hoitosuhteeseen sidottu sekamalli .....	76
5.4.	Direktiivin ennakkolupa sidottu sekamalli .....	82
6.	LUONNOS RAJAT YLITTÄVÄN TERVEYDENHUOLLON SÄÄNNÖKSISTÄ.....	87
•	Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta .....	87
1 luku	– Yleiset säännökset .....	87
1 §	Soveltamisala.....	87
2 §	Henkilöllinen soveltamisala .....	87
3 §	Soveltamisalan rajoitukset .....	87
4 §	Määritelmät.....	87
2 luku	– Oikeus rajat ylittävän terveydenhuollon palveluihin.....	87
5 §	Oikeus hakea terveydenhuollon palveluja ulkomailta .....	87
6 §	Oikeus saada hoitoa Suomessa .....	87
3 luku	– Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima .....	87



7 §	Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima.....	87
8 §	Palveluvalikoimaa määrittävä toimielin .....	87
4 luku	– Kustannusten korvaaminen .....	87
9 §	Potilaan oikeus korvaukseen EU- tai Eta-valtioissa tai Sveitsissä toteutuneen terveydenhuollon palvelun kustannuksesta .....	87
10 §	Potilaan oikeus korvaukseen muissa kuin EU- tai Eta-valtioissa tai Sveitsissä toteutuneen terveydenhuollon palvelun kustannuksesta.....	87
11 §	Ennakkolupaa edellyttävä terveydenhuolto .....	87
12 §	Ennakkoluvan myöntäminen .....	87
13 §	Korvauksen hakeminen .....	87
14 §	Korvauksen määrän vahvistaminen ja maksaminen .....	87
5 luku	– Kustannusten hallinnointi .....	87
15 §	Kansaneläkelaitoksen kustannusten korvaamiseen liittyvät tehtävät .....	87
16 §	Kustannusten korvaaminen valtioiden välillä.....	87
17 §	Kunnan, kuntayhtymän ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vastuu korvausten kustannuksista 87	
18 §	Valtion korvaus julkiselle terveydenhuollolle.....	88
19 §	Yleinen asetuksenantovaltuus.....	88
6 luku	– Toimeenpanoa koskevat säännökset.....	88
20 §	Kansaneläkelaitoksen tehtävät.....	88
21 §	Päätös oikeudesta hoitoon.....	88
22 §	Ulkomailla käytettävät hoitoetuustodistukset .....	88
23 §	Suomessa käytettävät hoitoetuustodistukset.....	88
24 §	Lupa saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella .....	88
7 luku	– Muutoksenhaku .....	88
25 §	Muutoksenhaku sosiaaliturvan muutoksenhakulautakuntaan .....	88
26 §	Muutoksenhaku hallinto-oikeuteen .....	88
27 §	Itseoikaisu .....	88
28 §	Muutoksenhakuajan jälkeen tullut valitus .....	88
29 §	Päätöksen poistaminen sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnassa.....	88
30 §	Virheen korjaaminen .....	88
8 luku	– Tietojen saaminen, luovuttaminen ja salassapito .....	88
31 §	Tiedot etuuden ratkaisemista varten .....	88
32 §	Tietojen luovuttaminen .....	88
33 §	Muuta etuutta varten saatujen tietojen käyttäminen .....	88



34 § Tiedot etuuden hakijalle .....	88
9 luku – Erinäiset säännökset .....	88
35 § Kansallinen yhteyspiste .....	88
36 § Kansallinen yhteyspiste .....	88
10 luku Voimaantulo .....	88
• Laki lääkelain 6 luvun muuttamisesta .....	89
• Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta .....	89
• Laki sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain muuttamisesta .....	89



## 1. JOHDANTO

Suomen on kansallisesti saatettava täytäntöön Euroopan parlamentin ja neuvoston 9.3.2011 antama direktiivi [2011/24/EU](#) potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävissä terveydenhuollossa, jäljempänä *potilasdirektiivi*. Direktiivi tuli voimaan 24.4.2011 ja EU:n jäsenvaltioiden on saatettava se osaksi kansallista lainsäädäntöään viimeistään 25.10.2013.

Direktiivin tarkoituksena on selkeyttää potilaan oikeuksia tilanteissa, joissa nämä hakeutuvat hoitoon toiseen EU-valtioon. Direktiivillä pyritään myös varmistamaan, että jokaisen EU-valtion terveydenhuoltojärjestelmässä on tietyt muun muassa hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvät peruselementit, jotka hyödyttävät myös niitä potilaita, jotka eivät hakeudu muualle hoitoon. Lisäksi direktiiviin sisältyy rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyviä jäsenvaltioiden yhteistyötä vahvistavia säännöksiä. Direktiivi vahvistaa EU:n sisämarkkinavapauksia erityisesti terveydenhuoltopalvelujen tarjoamisen vapauden osalta sekä edistää potilaiden vapaata liikkuvuutta ja valinnanvapautta.

Euroopan unionin kehittämisessä on tavoitteena pääomien, tavaroiden, työvoiman ja palvelujen vapaa liikkuvuus. Sisämarkkinoiden vapauksien turvaamiseksi EU on laajentanut toimivaltaansa ja kehittänyt jäsenvaltiota sitovaa oikeusnormistoa lisääntyvästi myös niille aloille, jotka olivat aiemmin kansallisessa päätösvallassa. Euroopan unionin tuomioistuimen antamalla yksittäisillä päätöksillä on ollut merkittävä rooli tässä kehityksessä. EU-tuomioistuimen yleisinä periaatteina on ollut toisaalta turvata yksilöiden oikeudet ja toisaalta unionin lainsäädännön tehokkuus ja yhtenäisyys.

Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen (SEUT) 168 artiklan mukaisesti EU pyrkii kaikissa politiikoissaan ja toimissaan kehittämään terveydensuojelun tasoa. Unionin terveystalouden tavoitteena on ennen kaikkea parantaa kansanterveyttä, ehkäistä sairauksia ja terveyteen kohdistuvia vaaroja sekä torjua laajalle levinneitä vaarallisia sairauksia edistämällä tutkimusta. Unionin toiminta täydentää kansallisia politiikkoja ja EU kannustaa jäsenvaltioiden välistä terveysalan yhteistyötä. Kansallisen terveystalouden määrittäminen ja terveystalouden ja sairaanhoidon järjestäminen, tarjoaminen ja hallinnointi sekä niihin osoitettujen voimavarojen kohdentaminen kuuluvat perussopimusten mukaan jäsenvaltioiden yksinomaiseen toimivaltaan.

### *Eurooppalaisten sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittaminen*

Euroopan maiden sosiaaliturvajärjestelmät ovat erilaisia, minkä vuoksi EU:ssa on laadittu säännöksiä niiden yhteensovittamiseksi. Yhteensovittamisella ei ole tarkoitus puuttua kansallisen lainsäädännön sisältöön ja yhdenmukaistaa valtioiden järjestelmiä, vaan sovittaa yhteen niitä niin, etteivät ihmiset erilaisissa rajat ylittävissä tilanteissa menetä sosiaaliturvaansa. EU:n sosiaaliturvan yhteensovittamisäännökset ovat olleet voimassa jo yli 50 vuotta, ja niitä on uudistettu



säännöllisesti yhteiskunnan ja EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön kehitykseen. Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetuilla asetuksilla (EY) N:o 883/2004 (jäljempänä [EU-asetus 883/04](#)<sup>1</sup>) ja (EY) N:o 987/2009 (jäljempänä [EU-asetus 987/09](#)<sup>2</sup>) on selkeytetty ja tehostettu EU:n lainsäädäntöä ja vahvistettu kansalaisten oikeuksia. EU-asetusta 883/04 sovelletaan kaikkiin henkilöihin, jotka kuuluvat asetuksessa mainittujen sosiaaliturvajärjestelmien alaisuuteen. EU-asetus 883/04 koskee myös kaikkia pitkäaikaisesti ja laillisesti EU:n alueella oleskelevia kolmansien valtioiden kansalaisia.

Merkittävin ero unionilainsäädännön ja Suomen asumisperusteisen sosiaaliturvalainsäädännön välillä on työnteen merkitys sosiaaliturvaoikeuden syntymisen kannalta. Unionilainsäädäntö pohjautuu järjestelmille, jotka perustuvat työnteen vakuuttamiseen, kun taas Suomessa valtaosa sosiaaliturvasta perustuu maassa asumiseen. Näitä asumisperusteiseen sosiaaliturvaan ja myös sairaanhoitoon liittyviä kysymyksiä on Suomessa pohdittu niin kutsutuissa Solmu-työryhmissä, jotka ovat julkaisseet raportteja<sup>3</sup>.

EU-asetuksissa 883/04 ja 987/09 säädetään henkilön oikeudesta saada hoitoa kohdevaltiossa, jos hän oleskelee siellä tilapäisesti ja joutuu sairaanhoidon tarpeeseen. Lisäksi EU-asetuksissa säädetään henkilön oikeudesta käyttää laajemmin kohdevaltion terveyspalveluja, jos hän muuttaa sinne asumaan pitkäkestoisesti tai pysyvästi. EU-asetuksen 883/04 20 artiklassa säädetään myös edellytyksistä, joiden mukaisesti potilaalla on oikeus saada lupa saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella. Lupa on myönnettävä, jos henkilölle ei voida asuinvaltiossa järjestää hänen tarvitsemaan hoitoa lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa.

Näissä kaikissa EU-asetusten mukaisissa tilanteissa henkilöä tulee kohdella samojen periaatteiden mukaisesti kuin kohdevaltion asukasta. Henkilö maksaa siten hoidonantajalle saman asiakasmaksun hoidosta kuin kohdevaltionkin asukas. Valtio, joka vastaa henkilön sairaanhoidon kustannuksista, korvaa aiheutuneet todelliset hoitokustannukset suoraan hoitoa antaneelle valtiolle. Tämä säännöstö on ollut olemassa jo 1970-luvulta alkaen, ja Suomi on soveltanut näitä säännöksiä Eta-sopimuksen voimaantulosta vuodesta 1994 alkaen.

#### *EU-tuomioistuin ja muu EU-lainsäädäntö*

Euroopan unionin tuomioistuimen tulkinnat unionin oikeudesta ovat kaikkia jäsenvaltioita sitovia. EU-tuomioistuimen rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevien ratkaisujen määrä on lisääntynyt selvästi viimeisten 15 vuoden aikana. EU-tuomioistuin on vahvistanut, että perustamissopimuksen palvelujen liikkumisvapautta koskevat tulkinnat koskevat myös terveyspalveluja. Ratkaisuissa EU-

<sup>1</sup> EU-asetus 883/04 korvasi 1.5.2010 alkaen neuvoston asetuksen (EY) N:o [1408/71](#) sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheenjäseniinsä (jäljempänä EY-asetus 1408/71).

<sup>2</sup> EU-asetus 987/09 korvasi 1.5.2010 alkaen neuvoston asetuksen (EY) N:o [574/72](#) neuvoston asetuksen EY-asetuksen 1408/71 täytäntöönpanomenettelystä.

<sup>3</sup> Solmu 3 -työryhmän loppuraportti, [STM-työryhmämuistio 2003:22](#) ja Solmu IV -raportti, [STM raportteja ja muistioita 2012:24](#).



tuomioistuin on katsonut, että potilaiden toisessa jäsenvaltiossa saamat terveyspalvelut on tietyin edellytyksin kustannettava oman maan järjestelmästä. Oikeuskäytäntö korostaa yksittäisen potilaan oikeuksia, liikkumis- ja valinnanvapautta ja oikeutta päästä taloudellisesti vähintään samaan asemaan kuin missä potilas olisi ollut, jos hoito olisi saatu asuinvaltiossa. Tavoitteena on, ettei potilaan liikkumisvapautta tai oikeutta hakea ja käyttää terveyspalveluja toisessa jäsenvaltiossa rajoiteta perusteettomasti.

Tuomioissa Decker C-[120/95](#) ja Kohll C-[158/98](#) EU-tuomioistuin vahvisti ensimmäistä kertaa selkeästi sen, että tavaroiden ja palveluiden vapaan liikkuvuuden periaate ulottuu myös sosiaaliturvajärjestelmistä korvattaviin terveyspalveluihin. Kansaneläkelaitos muutti tuomioiden antamisen jälkeen sairausvakuutuslakia koskevaa soveltamisohjettaan siten, että ulkomailla aiheutuneet sairaanhoitokustannukset korvattiin eräin rajoituksin samalla tavalla kuin ne olisi korvattu kotimaassa annetusta hoidosta. Sairasvakuutuslakia muutettiin vastaavasti 1.5.2006 alkaen. Lakiin lisättiin myös säännös, jonka mukaan ulkomailla syntyneiden kustannusten korvaaminen edellyttäisi, että korvaukseen oikeuttavan tutkimuksen tai hoidon suorittajalla tai toimintayksiköllä tulee olla hoitoa antaneen valtion lainsäädännön edellyttämät luvat toiminnalleen.

Tuomiossaan Müller-Fauré ja van Riet C-[385/99](#) EU-tuomioistuin katsoi, ettei palvelujen tarjoamisen vastaista ole edellyttää ennakkolupaa sairaalahoidosta, joka on saatu jossakin muussa jäsenvaltiossa olevalta hoitopalvelujen tarjoajalta, jonka kanssa vakuutetun sairausvakuutuskassa ei ollut tehnyt sopimusta. Palvelujen tarjoamisen vastaista ei myöskään ole, että luvan myöntäminen edellyttää, että hoito on ollut vakuutetun hoidon kannalta tarpeen. Ennakkolupa voidaan tuomion mukaan kuitenkin tällä perusteella evätä ainoastaan, jos potilas voi saada ajoissa samanlaista tai tehokkuudeltaan samanasteista hoitoa sellaisen jäsenvaltion laitoksessa, jonka kanssa vakuutetun sairausvakuutuskassa on tehnyt sopimuksen.

Sairalahoidon ulkopuolisen hoidon osalta tuomioistuin sen sijaan katsoi, että ennakkoluvan vaatimista oli pidettävä palvelujen tarjoamisen periaatteen vastaisena silloinkin, kun kansallisella lainsäädännöllä on otettu käyttöön terveydenhuoltojärjestelmä, jonka mukaan vakuutetuilla ei ole oikeutta korvaukseen heille aiheutuneista sairaanhoitokuluista vaan oikeus ilmaiseksi annettavaan hoitoon. Tuomioistuimen mukaan ainoastaan jäsenvaltioilla on mahdollisuus päättää vakuutettujen sairausvakuutuksen kattavuudesta, joten silloin, kun vakuutetut menevät hoidettavaksi ilman ennakkolupaa muuhun jäsenvaltioon, he eivät voi vaatia, että hoitokustannuksista vastattaisiin yli sen mitä heille taataan sen jäsenvaltion sairausvakuutuksesta, jossa heidät on vakuutettu. Jäsenvaltioiden on kuitenkin toimivaltaansa käyttäessään noudatettava unionin oikeutta.

Tuomioistuin totesi, että EU-asetuksen mukaan jäsenvaltioiden, jotka ovat ottaneet käyttöön terveyspalvelujärjestelmän tai kansalliset terveydenhoitopalvelut, on luotava menetelmä, jolla muussa jäsenvaltiossa annettu hoito korvataan jälkikäteen. EU-tuomioistuin totesi tuomiossaan Watts C-[372/04](#) sairaalahoidon osalta, että ”*vertailukohdaksi ei tule ottaa sitä, miten kansallisessa*





*lainsäädännössä kohdellaan potilaiden yksityisissä paikallisissa hoitolaitoksissa saamia sairaalahoitopalveluja. Vertailu on sitä vastoin tehtävä niiden edellytysten kanssa, joilla tämä järjestelmä tarjoaa näitä palveluja oman sairaalainfrastruktuurinsa piirissä.”*

Suomessa on katsottu, että järjestelmä, jonka mukaan henkilö, joka käyttää muita kuin kunnan järjestämiä terveydenhoitopalveluja Suomessa tai ulkomailla ja saa maksamistaan kustannuksista sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen, täyttäisi palvelujen vapaan liikkuvuuden edellytykset. EU-tuomioistuin on kuitenkin antanut useampia hoitoon hakeutumiseen liittyviä tuomioita, kuten Vanbraekel C-[368/98](#), Geraets (ent. Smits) ja Peerboms C-[157/99](#), Stamatelaki C-[444/05](#) ja Elchinov C-[173/09](#), joissa korostuvat potilaan oikeus hänelle edullisimpaan korvaukseen.

EU-tuomioistuimen ratkaisuissa korostuu palvelujen vapaan liikkuvuuden periaate myös sosiaali- ja terveyspolitiikan ja yleisemminkin sosiaaliturvan yhteensovittamisessa sisämarkkinoiden kanssa. Useissa tuomioistuimen ratkaisuissa on todettu, että myös sairaanhoitopalvelut kuuluvat taloudellisena toimintana palvelujen vapaan liikkuvuuden piiriin riippumatta siitä, miten ne on järjestetty tai rahoitettu. Potilasdirektiivin yhtenä tavoitteena on ollut selkeyttää oikeustilaa kokoamalla EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön mukaiset, jäsenvaltioita sitovat tulkinnat lain tasolle.

#### *Uuden kansallisen lain valmistelu*

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama rajat ylittävän terveydenhuollon ohjausryhmä valmistelee säädettäväksi uutta lakia rajat ylittävästä terveydenhuollosta. Lähtökohtana on potilaan vapaa oikeus hakeutua hoitoon toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin ja saada hoidosta aiheutuneista kustannuksista jälkikäteen korvaus.

EU-asetukset ja potilasdirektiivi muodostavat kaksi rinnakkaista säännöstöä potilaan oikeudesta hakea ja käyttää terveyspalveluja rajat ylittävissä tilanteissa. EU-asetuksen 883/04 ja potilasdirektiivin säännöt poikkeavat osin toisistaan sekä asiallisen soveltamisalan että eräiden muiden määräysten, kuten korvausperiaatteen, osalta. Ne koskevat kuitenkin suurelta osin myös samoja rajat ylittäviä tilanteita.

Potilasdirektiivin toimeenpano tukee osaltaan hallitusohjelman tavoitetta potilaan valinnanvapauden lisäämisestä ja täydentää potilaan laajenevaa kansallista vapautta valita hoitopaikkansa.

Keskusteluiden lähtökohtana on ollut, että potilas on oikeutettu korvaukseen vain sellaisesta EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä annetusta hoidosta, joka kuuluu suomalaiseen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelyä ja ylläpitämistä varten Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteyteen perustettaisiin palveluvalikoimaa määrittelevä toimielin, jonka toimintamenoista vastaisi valtio. Palveluvalikoimaan kuuluisi ehdotuksen mukaan kaikki lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu terveydenhuollon ammattihenkilön koulutuksensa mukaisesti ammattitoiminnassaan antama



yleisesti hyväksytty potilaan terveydentilan edellyttämä hoito. Palveluvalikoimaa sovellettaisiin sekä kansallisesti että rajat ylittävissä tilanteissa ja se sisältäisi kaiken julkisesti järjestetyn tai rahoitetun terveydenhuollon toiminnan.

Rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvää viestintää ja tietojenvaihtoa varten ehdotetaan perustettavaksi Kansaneläkelaitoksen yhteyteen kansallinen yhteyspiste, jonka toimintamenoista vastaisi valtio. Yhteyspisteen toiminta edellyttää myös viranomaistoimijoilta uudenlaista yhteistyötä ja tietojenvaihtoa.

Potilasdirektiivin nojalla henkilöillä on oikeus myös ulkomailta hakeutua hoitoon Suomeen sekä julkiseen että yksityiseen terveydenhuoltoon. Ulkomailta hoitoon tulevia henkilöitä on kohdeltava yhdenvertaisesti samoin menettelyin kuin Suomessa asuviakin potilaita. Ulkomailta hoitoon hakeutumiselle voidaan direktiivin perusteella asettaa vain poikkeustilanteissa rajoitteita. Kansallisesti tulee määritellä, missä tilanteissa tällaisten rajoitteiden käyttö olisi sallittua. Samoin on päätettävä, kuka rajoitteen käyttämisestä päättää ja miten asian laillisuutta seurataan. Rajoitteen käyttämisestä on ilmoitettava Euroopan komissiolle etukäteen.

Läkelakiin tulisi lisätä säännös, joka mahdollistaa toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä annetun lääkemääräyksen toimittamisen Suomessa. Esityksessä ei ehdoteta muutoksia voimassa oleviin säännöksiin lääkekustannusten korvaamisesta.

Potilaan tulee saada vastaava korvaus hoitokustannuksista kuten, jos hoito olisi annettu Suomessa. Kansallisesti on päätettävä, minkälaista korvausmallia tällöin sovelletaan. Arviomuistiossa esitetään erilaisia vaihtoehtoja korvausmalleista, joista rajat ylittävän terveydenhuollon ohjausryhmä on keskustellut.

Korvausmallin valinta vaikuttaa myös siihen, otettaisiinko Suomessa käyttöön potilasdirektiivin tarkoittama ennakkolupa. Valtiolla, joka vastaa potilaalle kustannusten korvaamisesta, on tietyissä direktiivin tarkkaan rajaamissa tilanteissa mahdollisuus edellyttää potilaalta ennakkoluvan hakemista.

Korvausmalleilla on erilaisia vaikutuksia siihen, kenen kustannukseksi potilaalle maksetut korvaukset lopulta jäisivät. Vaihtoehtoina ovat sairausvakuutusrahasto, potilaan kotikunta tai valtio.

Valtio vastaisi edelleen rajat ylittävän terveydenhuollon kustannuksista, kun niitä laskutetaan ja maksetaan valtioiden välillä. Valtio vastaisi jatkossa nykyistä laajemmin potilaalle hoidosta aiheutuneista kustannuksista, jos potilaalla ei ole Suomessa kotikuntaa. Lisäksi valtio vastaisi niistä Suomessa julkisessa terveydenhuollossa aiheutuvista hoitokustannuksista, kun hoitoa annetaan EU-asetuksen 883/04, sosiaaliturvasopimusten tai maahanmuuttodirektiivien perusteella ulkomailta Suomeen tulleelle henkilölle, jolla ei ole Suomessa kotikuntaa.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti toukokuussa 2011 rajat ylittävän terveydenhuollon ohjausryhmän, jonka tehtävänä on koordinoida ja valmistella potilasdirektiivin toimeenpano sekä EU-asetuksen 883/04 edellyttämät vakuutuslainsäädännön muutokset. Ohjausryhmässä ovat



olleet edustettuina sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi valtiovarainministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö, Kansaneläkelaitos, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Suomen Kuntaliitto, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Helsingin terveyskeskus, Lääkäripalveluyritykset ry ja Sosiaali- ja Terveysjärjestöjen Yhteistyöyhdistys Yty ry (1.1.2012 alkaen SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry).

Ohjausryhmän alaisuudessa on toiminut pysyviä ja määräaikaista työryhmiä, joiden työhön edellä mainittujen tahojen lisäksi on osallistunut myös Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. Ohjausryhmän alainen palvelukoriryhmä julkaisi suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa käsittelevän muistion, joka on julkaistu sosiaali- ja terveysministeriön julkaisusarjassa talvella 2013.

Ohjausryhmän toimikausi päättyy 31. päivänä joulukuuta 2013. Uusi valmisteltavana oleva laki rajat ylittävstä terveydenhuollosta tulisi voimaan 1. päivänä tammikuuta 2014.



## 2. POTILASDIREKTIIVI

### 2.1. Yleistä

Euroopan komissio antoi 2.7.2008 ehdotuksen Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi rajatylittävissä terveydenhuollossa sovellettavista potilaiden oikeuksista. Ehdotuksen antamista edelsi komission aiempi ehdotus saada terveyspalvelut osaksi Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviä [2006/123/EY](#) palveluista sisämarkkinoilla (jäljempänä palveludirektiivi).

Komission ehdotuksen kaaduttua Euroopan parlamentin ja useiden jäsenvaltioiden vastustukseen pidettiin erillisen terveyspalveluja koskevan direktiivin säätämistä tarpeellisena vallitsevan oikeustilan selkeyttämiseksi. EU-tuomioistuin oli tähän mennessä antanut useita rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyviä ratkaisuja, joissa vahvistettiin terveyspalvelujen kuuluvan palvelujen vapaan liikkuvuuden piiriin ja täsmennettiin potilaan oikeuksia korvauksiin toisessa jäsenmaassa aiheutuneista hoitokustannuksista. Uudella potilasdirektiivillä pyrittiin kirjaamaan lainsäädäntöön EUT:n oikeuskäytännössä vahvistetut, jäsenvaltioita sitovat periaatteet.

Potilasdirektiivin oikeusperustana on Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen (SEUT) 114 ja 168 artiklat. Lainsäädännön lähentämistä koskevan 114 artiklan ensisijaisena tavoitteena on sisämarkkinoiden toteuttaminen ja toiminta. Kansanterveyttä koskevan 168 artiklan tavoitteena on varmistaa ihmisten terveyden korkeatasoinen suojelu kaikkien unionin politiikkojen ja toimintojen määrittelyssä ja toteuttamisessa.

Direktiiviä sovelletaan EU:n alueella tarjottaviin terveydenhuoltopalveluihin ja siinä vahvistetaan säännöt turvallisen ja laadukkaan terveydenhuollon saatavuuden helpottamiseksi ja edistetään terveydenhuoltoa koskevaa yhteistyötä jäsenvaltioiden välillä. Hoitoa toisessa jäsenvaltiossa annetaan jatkossakin hoitoa antavan valtion kansallisen lainsäädännön mukaisesti. Päävastuu terveyspalvelujen järjestämisestä säilyy edelleen valtiolla, joka vastaa potilaan sairaanhoidon kustannuksista. Jos potilas kuitenkin matkustaa toiseen jäsenvaltioon hoitoon, hänen sairaanhoitokustannuksistaan vastuussa olevan valtion tulisi korvata hoitokustannukset, kuten hoito olisi annettu kyseisessä valtiossa. Korvauksen saanti edellyttää, että hoito ylipäätään kuuluu kustannuksista vastuussa olevan valtion lakisääteisen terveydenhuollon piiriin.

Direktiivin nojalla potilaalta voidaan edellyttää ennakkolupaa hakemista, jos hoito vaatii yöpymistä sairaalassa tai pitkälle erikoistunutta ja kallista lääketieteellistä infrastruktuuria tai lääketieteellistä laitteistoa. Lupa voidaan evätä, jos hoidosta arvioidaan olevan haittaa potilaalle tai väestölle tai jos kyseessä oleva hoito voidaan antaa potilaan asuinvaltiossa asianomaisen potilaan nykyisen terveydentilan ja sairauden todennäköisen kehityksen kannalta lääketieteellisesti hyväksyttävässä määräajassa.

Direktiivin myötä hoitoon hakeutumisen Suomesta toiseen jäsenvaltioon voidaan olettaa jonkin verran lisääntyvän. Direktiivin peruslähdekohta on, että potilaalla on oikeus kustannusten



korvaukseen toisessa jäsenmaassa saamastaan hoidosta samoin perustein kuin jos kustannus olisi aiheutunut potilaan kotivaltiossa.

Direktiiviä sovelletaan kaikkeen terveydenhuoltoon riippumatta siitä, miten se on järjestetty, tarjottu tai rahoitettu, tai onko se julkista tai yksityistä. Tämä koskee paitsi potilaan hankkimaa hoitoa ja sen korvaamista, myös terveydenhuoltojärjestelmille asetettuja vaatimuksia sekä jäsenvaltioiden yhteistyötä.

## 2.2. Direktiivin sisältö

### 2.2.1. Direktiivin tarkoitus ja soveltamisala

Direktiivin ensimmäinen luku (1-3 artiklat) sisältää yleiset säännökset direktiivin soveltamisesta ja sen suhteesta muuhun unionilainsäädäntöön sekä tärkeimpien käsitteiden määritelmät. Potilasdirektiivin tarkoituksesta ja soveltamisalasta säädetään 1 artiklassa, jonka mukaan direktiivin tarkoituksena on vahvistaa säännöt turvallisen ja laadukkaan terveydenhuollon saatavuuden helpottamiseksi ja edistää terveydenhuoltoa koskevaa yhteistyötä valtioiden välillä sekä huomioida täysimääräisesti kansallinen toimivalta terveydenhuollon järjestämisessä ja tarjoamisessa. Direktiiviä sovelletaan kaikkeen terveydenhuoltoon riippumatta siitä, kuinka terveydenhuolto on järjestetty, tarjottu ja rahoitettu sekä riippumatta siitä, onko se julkista tai yksityistä.

Direktiiviä ei sovelleta pitkäaikaishoitoon, jonka tarkoituksena on tukea tavanomaisissa päivittäisissä toiminnoissa apua tarvitsevia henkilöitä, eikä elinsiirtoja varten tapahtuvaan elinten luovutukseen ja saatavuuteen tai tartuntatauteja vastaan toteutettavaan julkisiin rokotusohjelmiin. Direktiivi ei vaikuta valtioiden lainsäädäntöön, joka koskee terveydenhuollon järjestämistä ja rahoittamista muissa kuin rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteissa. Direktiivi ei siten velvoita jäsenvaltiota korvaamaan alueelleen sijoittuneen terveydenhuollon palveluntarjoajan antaman hoidon kustannuksia, jos kyseinen palveluntarjoaja ei kuulu valtion korvausjärjestelmän piiriin.

Potilasdirektiivin henkilöllinen soveltamisala on ratkaistu viittaamalla EU-asetuksen 883/04 henkilölliseen soveltamisalaan, joten direktiivin ja asetuksen henkilöllinen soveltamisala on pääpiirteissään sama. Direktiivin henkilöllinen soveltamisala on kuitenkin hieman laajempi kuin asetuksen, koska se kattaa myös ne kolmannen valtion kansalaiset, jotka asuvat Tanskassa ja Isossa-Britanniassa eli valtioissa, jotka eivät sovelle EU-asetuksen 883/04 kolmannen valtion kansalaisia koskevaa laajennusta (EU-asetus 1231/2010).

Direktiivin 3 artiklassa määritellään direktiivissä yleisimmin käytetyt termit terveydenhuolto, vakuutettu, vakuutusjäsenvaltio, hoitojäsenvaltio, rajatylittävä terveydenhuolto, terveydenhuollon ammattihenkilö, terveydenhuollon tarjoaja, potilas, lääke, lääkinnällinen laite, resepti, terveysteknologia ja potilasasiakirja. Terveydenhuollolla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön potilaalle antamia terveyspalveluja potilaan terveydentilan arvioimiseksi,



ylläpitämiseksi tai palauttamiseksi, mukaan lukien lääkkeiden ja lääkinnällisten laitteiden määrääminen, toimittaminen ja tarjoaminen.

Rajat ylittävällä terveydenhuollolla tarkoitetaan muussa jäsenvaltiossa kuin vakuutusjäsenvaltiossa tarjottua tai määrättyä terveydenhuoltoa. Potilasdirektiivissä ei tehdä eroa kiireellisen ja suunnitellun hoidon välillä, vaan sitä sovelletaan kaikkeen toisessa jäsenvaltiossa annettuun hoitoon.

Terveydenhuollon tarjoajalla tarkoitetaan direktiivissä luonnollista henkilöä tai oikeushenkilöä tai muuta kokonaisuutta, joka tarjoaa laillisesti terveydenhuoltoa jonkin jäsenvaltion alueella. Määritelmä merkitsee sitä, että sekä julkiset että yksityiset terveydenhuollon palveluntarjoajat ovat direktiivin soveltamisalan piirissä.

### **2.2.2. Rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevat jäsenvaltioiden velvollisuudet**

Direktiivin toinen luku (4-6 artiklat) sisältää säännökset rajatylittävää terveydenhuoltoa koskevista jäsenvaltioiden velvollisuuksista. 4(1) artiklan mukaan rajatylittävää terveydenhuoltoa on tarjottava jäsenvaltion lainsäädännön, hoitojäsenvaltion laatua ja turvallisuutta koskevien vaatimusten ja suuntaviivojen sekä unionilainsäädännössä asetettujen turvallisuusvaatimusten mukaisesti. Palvelujen tarjoamisessa on huomioitava universaalisuuden, laadukkaan hoidon saatavuuden, oikeudenmukaisuuden ja yhteisvastuun periaatteet.

6(1) artikla velvoittaa jäsenvaltioita perustamaan yhden tai useamman kansallisen yhteyspisteen rajat ylittävään hoitoon hakeutumisen helpottamiseksi ja mahdollistamaan kansalaisten tietoon perustuvat valinnat. 4(2) artiklan mukaan hoitojäsenvaltion on varmistettava, että potilaat saavat kansallisesta yhteyspisteestä tiedot laatua ja turvallisuutta koskevista vaatimuksista ja suuntaviivoista, mihin näitä vaatimuksia ja suuntaviivoja sovelletaan ja onko vammaisilla henkilöillä esteetön pääsy sairaaloihin.

Lisäksi hoitojäsenvaltion on pidettävä huolta siitä, että terveydenhuollon tarjoajat antavat tietoa palvelujen saatavuudesta, laadusta ja turvallisuudesta, toimiluvastaan tai rekisteröitymisestään, hoitovaihtoehdoista, hoitokustannuksista ja laskusta sekä potilasvakuutuksesta. Potilaiden käytettävissä on oltava kansalliset valitusmenettelyt ja potilasvakuutus. Asiakas- ja potilastietojen käsittelyssä noudatetaan kansallisia tietosuoja- ja muita säännöksiä. Hoitoa saaneella on oikeus kirjalliseen tai sähköiseen potilasasiakirjaan, tai oikeus tutustua ainakin sellaisen kopioon.

Muista jäsenvaltioista tuleviin potilaisiin on sovellettava kansalaisuuteen perustuvan syrjinnän kieltämistä koskevaa periaatetta. Hoidonantajavaltio voi 4(3) artiklan mukaan toteuttaa hoidon saatavuutta koskevia toimenpiteitä, kun se on perusteltua yleistä etua koskevista pakottavista syistä, ja kun tarkoituksena on varmistaa riittävä ja pysyvä terveydenhuollon saatavuus hoidonantajavaltiossa. 4(4) artiklan mukaan hoidonantajavaltion on varmistettava, että palveluntarjoajat laskuttavat kotimaisen potilaan ja ulkomailta tulevan potilaan hoidosta aiheutuneita kustannuksia yhdenvertaisesti.



Vakuutusjäsenvaltion vastuita koskevassa 5 artiklassa säädetään vakuutusvaltion velvoitteesta varmistaa, että rajatylittävä terveydenhuolto korvataan direktiivin III luvun mukaisesti, potilaille annetaan pyynnöstä tiedot oikeuksistaan saada rajatylittävää terveydenhuoltoa ja että ulkomailla hoidetulle potilaalle tarjotaan jatkohoitoa samoin periaattein kuin jos terveydenhuolto olisi tarjottu vakuutusvaltiossa.

### 2.2.3. Rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaaminen potilaalle

Direktiivin kolmas luku (7-9 artiklat) sisältää säännökset rajatylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamisesta, mahdollisesta ennakkolupajärjestelmästä ja rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevista hallinnollisista menettelyistä.

Direktiivin mukaan korvaus määräytyy aina vakuutusvaltion korvaussääntöjen mukaisena. Potilas maksaa direktiivin mukaan ensin itse kaikki hoidon kustannukset ja saa korvauksen jälkikäteen vakuutusjäsenvaltiosta. Direktiivin mukaan vakuutusjäsenvaltion on korvattava tai maksettava halutessaan suoraan rajat ylittävän terveydenhuollon kustannukset enintään siihen määrään saakka, jonka vakuutusjäsenvaltio olisi korvannut, jos kyseinen terveydenhuolto olisi tarjottu sen alueella, ylittämättä kuitenkaan saadun terveydenhuollon tosiasiallisia kustannuksia.

Korvauksen edellytyksenä on, että hoidon tulee kuulua etuuksiin, jotka tarjotaan vakuutusjäsenvaltion lainsäädännössä ja joihin potilas on oikeutettu. Lisäksi todetaan, että vakuutusjäsenvaltio päättää korvattavasta terveydenhuollosta ja korvauksen tasosta riippumatta siitä, missä hoito tarjotaan. Jäsenvaltio voi itse päättää, korvaako se potilaalle aiheutuneet tosiasialliset kustannukset kokonaisuudessaan, vaikka ne ylittäisivät vakuutusvaltiossa annetun hoidon korvattavat kustannukset. Samoin rajat ylittävän terveydenhuollon liitännäiskustannusten, kuten matka- ja majoituskustannusten, korvaaminen on vakuutusjäsenvaltion harkittavissa. Korvausperiaatteiden tulee kuitenkin olla yhdenvertaiset valtion sisällä ja rajat ylittävän terveydenhuollon osalta.

### 2.2.4. Ennakkolupaa edellyttävä terveydenhuolto

Direktiivin 8 artikla sisältää säännökset mahdollisuudesta edellyttää ennakkolupaa rajat ylittävään hoitoon hakeutumiseksi. Rajat ylittävän hoidon kustannusten korvaaminen ei direktiivin mukaan lähtökohtaisesti edellytä ennakkolupaa. Ennakkolupajärjestelmä on tarkoitettu vakuutusvaltion tarkoin rajatuksi mahdollisuudeksi rajoittaa kustannusten korvaamista. Lupajärjestelmän, sen perusteiden ja niiden soveltamisen sekä yksittäisten ennakkoluvan epäämispäätösten tulee olla luonteeltaan välttämättömiä ja oikeasuhtaisia tavoitteeseen nähden, ne eivät saa olla mielivaltaisen syrjinnän väline tai perusteeton este potilaiden vapaalle liikkuvuudelle.

Ennakkolupaa voidaan vaatia silloin, kun kyse on hoidosta, joka edellyttää hoidon riittävän saatavuuden varmistamiseen tai kustannusten hallintaan liittyvää suunnittelua ja joko potilaan yöpymistä sairaalassa vähintään yhden yön tai pitkälle erikoistunutta ja kallista lääketieteellistä



infrastruktuuria tai lääketieteellistä laitteistoa. Jäsenvaltioiden on ilmoitettava Euroopan komissiolle ne ”terveydenhuollon alat”, joissa suunnitteluvaatimusten takia tarvitaan ennakkolupajärjestelmän soveltamista.

Ennakkolupaa voidaan edellä mainitusta riippumatta lisäksi edellyttää sellaisesta terveydenhuollosta, johon sisältyvistä hoidoista aiheutuu potilaalle tai väestölle erityinen riski tai jota tarjoaa sellainen palveluntarjoaja, joka voi tapauskohtaisesti aiheuttaa vakavaa ja erityistä huolta hoidon laadusta ja turvallisuudesta. Palveluntarjoajaan liittyvää kriteeriä ei sovelleta silloin, kun kyse on hoidosta, johon sovelletaan hoidon laatua ja turvallisuutta koskevaa unionilainsäädäntöä.

Jos potilaan hakiessa ennakkolupaa EU-asetuksen 883/04 ennakkoluvan myöntämisedellytykset täyttyvät, ennakkolupa on myönnettävä asetuksen nojalla, jollei potilas toisin pyydä.

Vakuutusvaltio ei voi kieltäytyä myöntämästä direktiivin ennakkolupaa, kun potilas on oikeutettu kyseiseen sairaanhoitoon vakuutusvaltiossaan ja kyseistä sairaanhoitoa ei voida tarjota määräajassa, joka on lääketieteellisesti hyväksyttävissä potilaan terveydentilan, sairaushistorian ja sairauden todennäköisen kulun sekä kipujen määrän ja/tai vamman laadun objektiivisen lääketieteellisen arvioinnin perustella sinä ajankohtana, jona lupahakemus tehtiin tai uudistettiin.

Vakuutusvaltio voi kieltäytyä myöntämästä direktiivin ennakkoluvan, jos potilaaseen kohdistuu hoidon johdosta kohtuullisen varmasti potilasturvallisuusriski tai suureen yleisöön merkittävä turvallisuusvaara tai jos hoidon tarjoaa sellainen palveluntarjoaja, joka aiheuttaa vakavaa ja konkreettista huolta hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta. Neljäntenä itsenäisenä luvan epäämiskriteerinä direktiivi mainitsee tilanteen, jossa kyseinen hoito voidaan tarjota vakuutusvaltiossa potilaan senhetkisen terveydentilan ja sairauden todennäköisen kehityksen kannalta lääketieteellisesti hyväksyttävässä määräajassa.

9 artiklan mukaan direktiivin nojalla annettavat rajat ylittävän terveydenhuollon käyttöä ja kustannusten korvaamista koskevat päätökset tulee perustella asianmukaisesti ja niistä on oltava muutoksenhakumahdollisuus sekä mahdollisuus riitauttaa päätös tuomioistuimenmenettelyssä.

#### **2.2.5. Jäsenvaltioiden yhteistyö terveydenhuollon alalla**

Direktiivin neljäs luku (10-15 artiklat) sisältää säännökset jäsenvaltioiden yhteistyöstä terveydenhuollon alalla.

10 artiklassa asetetaan jäsenvaltioille yleinen velvollisuus antaa vastavuoroista apua direktiivin toimeenpanemiseksi. Hoitojäsenvaltion on varmistettava, että muiden valtioiden viranomaiset saavat pyynnöstä tietoja rekisteriin kirjattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatinharjoittamisoikeuksista. Tietojen vaihtaminen tapahtuu sisämarkkinoiden tietojenvaihtojärjestelmän (IMI) avulla.





Direktiivin 11 artikla sisältää säännökset lääkemääräysten vastavuoroisesta tunnustamisesta. Artiklan mukaan toisessa jäsenvaltiossa annetun lääkemääräyksen tulee olla lunastettavissa niissä jäsenvaltioissa, jossa kyseisellä lääkkeellä on myyntilupa. Tätä voidaan rajoittaa vain, jos se on syrjimätöntä sekä välttämätöntä ja oikeasuhteista ihmisten terveyden turvaamiseksi, tai jos yksittäisen lääkemääräyksen aitouteen, sisältöön tai ymmärrettävyyteen kohdistuu perusteltuja epäilyksiä. Kansallisten säännösten nojalla apteekin työntekijällä on kuitenkin oikeus kieltäytyä direktiivin sitä rajoittamatta toimittamasta toisessa valtiossa määrättyä lääketta. Lääkemääräyksen tunnustamista ei sovelleta lääkkeisiin, jotka edellyttävät lääkedirektiivin 2001/83/EY mukaista erityislääkemääräystä.

Euroopan komissio on 22.12.2012 antanut toimeenpanodirektiivin 2012/52/EU toimenpiteistä toisessa jäsenvaltiossa annettujen lääkemääräysten tunnustamisen helpottamiseksi. Toimeenpanodirektiivi sisältää potilasdirektiivin 11(2) artiklassa tarkoitetun ei-kattavan luettelon seikoista, joiden on sisällyttävä rajat ylittäviin resepteihin, jotta terveydenhuollon ammattihenkilö voi todeta reseptin aitouden ja onko reseptin kirjoittanut laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Lisäksi komissio antaa suuntaviivat, joilla tuetaan sähköisten lääkemääräysten yhteentoimivuutta ja ryhtyy toimiin, joilla varmistetaan lääkkeiden tunnistaminen ja potilaille annettavien tietojen ymmärrettävyys.

12 artiklassa säädetään eurooppalaisten osaamisverkostojen kehittämisestä, jolla pyritään varmistamaan korkealaatuisen ja kustannustehokkaan hoidon tarjoaminen potilaille, joiden sairaus vaatii erityistä resurssien tai asiantuntemuksen keskittämistä, jakamaan tietoa ja tarjoamaan koulutusta terveydenhuollon ammattihenkilöille, levittämään laatua ja turvallisuutta koskevia vertailuarvoja sekä kehittämään ja levittämään hyviä toimintatapoja. Verkostot voivat toimia paitsi hoidon tarjoajina myös lääketieteellisen koulutuksen ja tutkimuksen, tiedon levittämisen sekä arvioinnin yhteispisteinä. Osaamiskeskusverkostojen odotetaan tuovan apua erityisesti harvinaissairauksista kärsiville. Verkostoihin osallistuminen on vapaaehtoista.

13 artikla sisältää säännökset komission toimista harvinaisten sairauksien diagnoosi- ja hoitokapasiteetin kehittämiseksi tehtävän vapaaehtoisen jäsenvaltioiden välisen yhteistyön tukemiseksi.

14 artikla sisältää säännökset sähköisten terveystalvelujen verkostosta, joka yhdistää sähköisistä terveystalveluista vastaavat kansalliset viranomaiset, ja verkoston tavoitteista ja tehtävistä. Verkosto, johon osallistuminen on vapaaehtoista, jatkaa jo vakiintunutta jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä eTerveys-asioissa.

Terveysteknologian arviointia koskevaa yhteistyötä sääntelevässä 15 artiklassa säädetään vapaaehtoisesta yhteistyöverkostosta, verkoston tehtävistä ja verkostolle myönnettävästä unionin rahoituksesta. Verkoston perustamista, hallinnointia ja toimintaa koskevat toimet sekä tuen myöntämistä koskevat järjestelyt ja tuen määrä vahvistetaan komitologiamenettelyssä.



### 2.2.6. Muut säännökset

Direktiivin viidennessä luvussa on tavanomaiset täytäntöönpano- ja loppusäännökset, jotka koskevat komitologiamenettelyä (16 artikla), siirretyn säädösvallan käyttämistä (17 artikla), säädösvallan siirron peruuttamista (18 artikla), delegoitujen säädösten vastustamista (19 artikla), raportointivelvoitteita (20 artikla) ja kansallisen täytäntöönpanon määräaikaa (21 artikla) ja direktiivin voimaantuloa (22 artikla).

Jäsenvaltioiden tulee saattaa direktiivin edellyttämät lait, asetukset ja hallinnolliset määräykset voimaan viimeistään 25.10.2013.



### 3. NYKYTILA

Rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteita syntyy, kun Suomessa asuva tai sairausvakuutettu henkilö sairastuu äkillisesti ulkomailla, oleskelee tilapäisesti ulkomailla tai muuttaa ulkomaille pysyvästi asumaan tai hakee ulkomailta terveydenhuoltopalveluja. Lisäksi vastaavia tilanteita syntyy, kun muualla asuva tai sairausvakuutettu henkilö tarvitsee, ostaa tai haluaa käyttää Suomessa terveydenhuoltopalveluja.

Rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteissa on kyse henkilön oikeudesta käyttää terveystalvaeluja ja saada hoitoa toisessa valtiossa sekä hoidosta maksettavasta kustannuksesta ja kustannusten korvaamisesta. Kyse on sekä Suomen ja toisen valtios välisistä hoitokustannusten laskutuksesta ja maksamisesta että Suomessa valtios, kuntien ja sairausvakuutusrahaston kustannuksista ja niiden hallinnoinnista. Rajat ylittävästä terveydenhuollosta on säännökset EU-lainsäädännössä ja sosiaaliturvasopimuksissa.

Nykyisin sairausvakuutuslain (1224/2004) 2 luvun 6 §:ssä on säädetty ulkomailla annetun hoidon kustannusten korvaamisesta. Muissa EU- ja Eta-valtioissa ja Sveitsissä annettu sairaanhoito korvataan tietyin edellytyksin samoin perustein kuin Suomessa annettu hoito ja enintään siihen määrään saakka mihin Suomessa annettu hoito olisi sairausvakuutuslain nojalla korvattu.

Potilaan oikeudesta saada lupa asianmukaiseen hoitoon asuinjäsenvaltios ulkopuolella säädetään EU-asetuksen 883/04 20 artiklassa. Tämän EU-asetuksen mukaisen ennakkoluvan käsittelystä on säännelty laissa sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta (352/2010, jäljempänä *EESSI-laki*) 14 §:ssa ja terveydenhuoltolain (1326/2010) 56 §:ssä. Sairaanhoitopiirin on annettava Kansaneläkelaitokselle sitova lausunto EU-asetuksessa 883/04 säädettyjen myöntämisedellytysten täyttymisestä. Kansaneläkelaitos myöntää potilaalle luvan, jos sairaanhoitopiiri sitä puoltaa.

Sairausvakuutuslain (15 luku 16 a §) mukaisesti sairaanhoitopiirit, kunnat ja kuntayhtymät voivat saada korvauksen hoitokustannuksista, kun julkisessa terveydenhuollossa on annettu henkilölle hoitoa EU-asetuksen 883/04 tai sosiaaliturvasopimuksen perusteella.

#### 3.1. Julkinen terveydenhuolto

Kunnan on kansanterveyslain, erikoissairaanhoitolain ja terveydenhuoltolain nojalla järjestettävä kunnan asukkaille tarvittavat terveydenhuollon palvelut. Lisäksi kunnan on huolehdittava siitä, että kunnan asukas saa tarvitsemaansa erikoissairaanhoitoa. Kiireellinen sairaanhoito on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.



Suomessa terveydenhuoltopalvelujen tuottaminen on julkisen vallan lakisääteinen velvoite. Terveydenhuollon järjestämisestä vastaavat ensisijaisesti kunnat ja kuntayhtymät. Nykyisessä terveydenhuollon lainsäädännössä voidaan erottaa erikseen säädökset, jotka koskevat palvelujen järjestämisvelvollisuutta ja tuottamista, terveydenhuollon sisältöä, terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa sekä potilaan asemaa ja oikeuksia. Kunnallista terveydenhuoltoa täydentää lakisääteinen sairausvakuutus, joka korvaa osittain yksityisen terveydenhuollon käytöstä syntyneitä kustannuksia, avohoidon lääkekustannuksia sekä matkakustannuksia.

### 3.1.1. Perustuslain säännökset ja terveydenhuolto

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa sosiaali- ja terveystalvveluja. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa on julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvvelut ja edistää väestön terveyttä. Perustuslain 19 §:n 3 momenttia täydentävät terveydenhuollon erityislainsäädännön, kuten kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain säännökset kuntien yleisestä palvelujen järjestämisvelvollisuudesta.

Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen. Julkisella vallalla tarkoitetaan tässä sekä valtiota että kuntia. Erityislainsäädännöllä kunnille on säädetty velvollisuus järjestää terveydenhuolto asukkailleen ja eräissä tapauksissa kaikille kunnassa oleskeleville. Julkisen vallan tulee aktiivisesti luoda tosiasialliset edellytykset perusoikeuksien toteuttamiseksi. Valtion tulee lainsäädäntötoimin ja voimavaroja myöntämällä sekä kuntien asianmukaisella rahoituksella ja toiminnan järjestämisellä huolehtia siitä, että jokaiselle turvataan riittävät terveystalvvelut. Toiminnan edellyttämä rahoitus ja voimavarat toteutetaan pääosin valtion kunnille myöntämällä valtionosuuksilla ja kuntien verotusoikeudella.

Muut perusoikeussäännökset määräävät osaltaan tapaa, jolla terveystalvvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä. Perustuslain säännöksiä, jotka erityisesti koskevat myös terveystalvveluja ovat esimerkiksi yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltö (6 §), oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (7 §), yksityiselämän suoja (10 §), uskonnon ja omantunnon vapaus (11 §), tallennejulkisuus (12 §), itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisoikeus (14.3 §) sekä kielelliset oikeudet (17 §).

Perustuslain 121 §:ssä on kunnille vahvistettu itsehallinto. Perusoikeuksien toteuttaminen edellyttää, että kunnille annettavista tehtävistä ja velvoitteista on säädettävä lailla. Itsehallinnon on tarkoitettu suojaavan myös kuntien oikeutta päättää omasta taloudestaan. Perustuslain 121 §:n 3 momentissa verotusoikeus on nimenomaan mainittu kunnallisen itsehallinnon ainesosana. Kun kunnille säädetään uusia tehtäviä, on samalla huolehdittava myös siitä, että kunnilla on tosiasialliset edellytykset suoriutua niistä. Valtio osallistuu valtionosuusjärjestelmän kautta niihin kustannuksiin, jotka kunnille muodostuvat, kun ne järjestävät palvelut.



### 3.1.2. Potilaan oikeus hoitoon

Potilaan oikeus ja mahdollisuus saada tarvitsemaansa terveyden- ja sairaanhoitoa määräytyy usean eri lain perusteella. Keskeiset säännökset ovat potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), jäljempänä *potilaslaki*, ja terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Lisäksi säännöksiä on muun muassa mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa ja tartuntatautilaissa.

Potilaslain perusteella jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Terveydenhuollon käytettävissä olevat voimavarat ja palvelut määräytyvät pitkälle terveydenhuoltolain ja sen nojalla annettujen asetusten sekä edellä mainitun muun lainsäädännön perusteella.

Terveydenhuoltolain 24 §:n perusteella kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut. Sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Hoidon ja kuntoutuksen toteutukselle on tarvittaessa laadittava hoito- ja kuntoutussuunnitelma siten kuin potilaslain 4 a §:ssä säädetään.

Potilaan ottaminen hoitoon perustuu terveydenhuollon ammattihenkilön tekemään hoidon tarpeen arviointiin. Kiireellinen hoito on annettava sairauden tai vamman hoidon edellyttämässä ajassa, tarvittaessa välittömästi. Tämän toteuttamiseksi kunnallisen terveydenhuollon on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys. Jos hoidon tarve ei ole kiireellistä, on hoidon tarpeen arviointi tehtävä kolmen päivän kuluessa siitä kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen. Arvioinnin perusteella tarpeellinen hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Mikäli perusterveydenhuollossa katsotaan, että potilas tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluja, tulee potilaalle laatia lähete erikoissairaanhoitoon, jossa hoidon tarpeen arviointi on järjestettävä kolmen viikon kuluessa läheteen saapumisesta. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu.

Edellä olevan mukaisesti potilaan hoidon tarve ja sen perusteella järjestettävä hoito perustuu terveydenhuollon ammattihenkilön arviointiin. Jos arviota tehtäessä päädytään siihen, että hoidon tarve on olemassa, on tutkimusten ja hoidon toteuttamisesta laadittava tarvittaessa suunnitelma.



Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Jos potilas ei pysty osallistumaan suunnitelman laatimiseen, on se laadittava yhteisymmärryksessä potilaan omaisen, läheisen tai laillisen edustajan kanssa. Suunnitelman laatimisessa on otettava huomioon potilaslain 5 §, jonka mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista ja muista hoitoon liittyvistä seikoista.

Potilaslain 6 §:n perusteella potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Tämän säännöksen ja vallitsevan käytännön perusteella potilaalla ei ole oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa. Lähtökohtana on lääketieteellisesti perustellut hoitovaihtoehdot, joista hoidosta vastaavan terveydenhuollon ammattihenkilön ja potilaan tulee tarvittaessa sopia yhdessä. Potilaalla on oikeus kieltäytyä tietyistä hoitovaihtoehdoista, mutta hänellä ei ole oikeutta saada sellaista hoitoa, jota terveydenhuollon ammattihenkilö ei pidä asianmukaisena.

Potilaan oikeuksiin liittyvät myös kielelliset oikeudet. Näistä säädetään kielilaisissa (423/2003), jossa säädetään henkilön oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä sekä tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen. Oikeudesta käyttää saamen kieltä säädetään saamen kielilaisissa (1086/2003). Terveydenhuoltolain 6 §:ssä säädetään lisäksi siitä, miten paikalliset kielisuhteet otetaan huomioon. Kunnalla ja kuntayhtymällä on lisäksi velvollisuus huolehtia siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat tarvittaessa käyttää omaa kieltään, suomea, islantia, norjaa, ruotsia tai tanskaa.

### 3.1.3. Valinnanvapaus

Kunnan järjestämisvastuuseen on aiemmin liittynyt velvollisuus antaa terveydenhuollon palveluja ainoastaan kunnan asukkaille. Poikkeuksena tästä ovat olleet lähinnä kiireellinen sairaanhoito ja opiskeluterveydenhuollon palvelut. Tämän mukaisesti Suomessa asuvalla ei pääsääntöisesti ole ollut oikeutta valita sitä julkisen terveydenhuollon toimintayksikköä, josta hän saa tarvitsemansa palvelut. Valinnanvapaus on siten edellyttänyt, että potilas hakeutuu yksityisen terveydenhuollon potilaaksi.

Terveydenhuoltolaissa on säädetty potilaan oikeudesta valita hoitopaikkansa. Tämä on toteutettu lain 47 ja 48 §:issä olevilla säännöksillä. Lain soveltamisen ensivaiheessa asiakas voi valita kotikuntansa mukaisen terveyskeskuksen terveysasemista itselleen sopivimman. Hänelle tulee antaa mahdollisuus valita myös hoitava lääkäri tai työpari silloin, kun se on toiminnallisesti mahdollista. Erikoissairaanhoidossa voi lääkärin läheteellä valita kotikunnan mukaisen erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon yksiköistä itselleen sopivimman. Kun henkilö viettää pidempiä aikoja toisella paikkakunnalla, hänellä on mahdollisuus myös käyttää oleskelupaikkakunnan terveystalouden palveluja hoitosuunnitelmansa mukaisten hoitojen toteuttamiseen.



Vuoden 2014 alusta valinnan mahdollisuus laajenee sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa koko maan laajuiseksi. Valinnan mahdollisuudella halutaan vahvistaa asiakkaita palvelujärjestelmän ohjaajana. Tämä asiakkuuden muutos vaikuttanee myös palvelurakenteen ratkaisuihin tulevaisuudessa.

Silloin kun potilas on valintaoikeutensa perusteella hakeutunut muualle kuin kotikuntansa terveyskeskukseen tai kotikunnan mukaisen sairaanhoitopiirin sairaalaan, vastuu kustannuksista on kuitenkin potilaan kotikunnalla. Kotikunnan on suoritettava hoidon antaneelle kunnalle tai kuntayhtymälle hoidon kustannuksia vastaava korvaus.

Potilaan valinnanvapauteen liittyy myös kunnan tai kuntayhtymän mahdollisuus toteuttaa palveluja potilaalle palvelusetelin avulla, josta säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa (569/2009). Kunta voi päättää toteuttaa erikseen määrittelemiään palveluja palvelusetelillä. Kunta valitsee ne palvelujen tuottajat, joilta asiakas potilas voi hankkia palveluja. Kunta myös määrittelee palvelusetelin arvon. Jos palvelun hinta on korkeampi kuin palvelusetelin arvo, potilas maksaa erotuksen omavastuuosuutena.

Silloinkin kun kunta on järjestänyt palveluja palvelusetelillä, potilaalla on palvelusetelin sijasta kuitenkin oikeus saada muulla kunnan järjestämällä tavalla toteutettu palvelu. Vaihtoehtona on tällöin käytännössä kunnan itse, yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa tai ostopalveluna järjestämä palvelu.

#### 3.1.4. Asiakasmaksut

Kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa palvelujen käyttäjiltä perittävistä maksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992), jäljempänä *asiakasmaksulaki*, ja asetuksessa (912/1992), jäljempänä *asiakasmaksuasetus*. Asiakasmaksusäännösten tarkoituksena on, että palvelujen käyttäjiltä perittävät maksut ovat kohtuullisia siten, että ne eivät muodosta taloudellista estettä palvelujen käyttämiselle. Joiltain osin tavoitteena on myös palvelujen kysynnän ohjaaminen palvelujen järjestämisen kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla.

Asiakasmaksulain perusteella palvelujen käyttäjältä voidaan periä maksu, jos palvelua ei ole lailla säädetty maksuttomaksi. Maksu voi olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen. Asiakasmaksulaissa tai -asetuksessa olevan säännöksen perusteella enimmäismaksu voidaan säätää myös tätä alemmaksi. Jos enimmäismaksusta on säädetty, kunta tai kuntayhtymä voi päättää ottaa käyttöön niitä pienemmät maksut tai antaa palvelun maksutta. Lailla ja asetuksella säädettyihin asiakasmaksuihin tehdään indeksitarkistus joka toinen vuosi.

Voimassa olevan asiakasmaksuasetuksen mukaan terveyskeskus voi periä avosairaanhoidon lääkäriissä käynneistä kertamaksun tai vuosimaksun. Kertamaksu, joka on enintään 13,80 euroa kerralta, voidaan periä kolmelta käyntikerralta kalenterivuodessa. Vuosimaksu on enintään 27,50 euroa kalenterivuodessa. Terveyskeskuksen päivystyskäynniltä voidaan periä enintään 18,90 euroa



kerralta. Päivystysmaksu voidaan periä arkisin klo 20-8 välillä sekä lauantaisin, sunnuntaisin ja pyhäpäivinä. Maksu voidaan periä myös vuosimaksun maksaneelta tai henkilöltä, joka on käynyt kolme kertaa vastaanotolla.

Hammashuollon perusmaksu määräytyy hoidonantajan koulutuksen mukaan. Käynnistä suuhygienistillä voidaan periä 7,50 euroa, hammaslääkärikäynnistä 9,60 euroa ja erikoishammaslääkärikäynnistä 14 euroa. Perusmaksun lisäksi hampaiden hoidosta ja tutkimuksesta peritään erillisiä toimenpidemaksuja. Maksut vaihtelevat 6,20 eurosta (esimerkiksi hampaiden perustutkimus) yli 100 euroon (proteesit).

Sairaalan poliklinikamaksu on enintään 27,50 euroa käynniltä. Päiväkirurgisesta toimenpiteestä voidaan periä enintään 90,30 euroa. Sairaalan hoitopäivämaksu on ympärivuorokautisessa hoidossa 32,60 euroa vuorokaudessa ja osapäivähoidossa 15,10 euroa vuorokaudessa. Sarjahoito, kuten dialyysihoito, säde- tai sytostaattihoito ja lääkinnällinen kuntoutus, maksaa enintään 7,50 euroa hoitokerralta. Maksun voi periä enintään 45 käynnistä kalenterivuodessa.

Kuntoutushoidosta voidaan periä enintään 11,30 euroa hoitopäivältä, kun vammaisen tai kehitysvammaisen saa kuntoutushoitoa laitoksessa. Alle 18-vuotiaille terveyskeskuksen tai sairaalan toimintayksikössä annetusta hoidosta peritään maksua vain seitsemältä ensimmäiseltä hoitokerralta kalenterivuodessa.

Julkisten terveyspalvelujen maksuilla on kalenterivuositainen 636 euron suuruinen maksukatto, jonka täyttymisen jälkeen asiakasmaksuja ei enää peritä lukuun ottamatta lyhytaikaisen laitoshoidon ns. ylläpitomaksua. Maksukattoon lasketaan mukaan terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelut, fysioterapia, sarjahoito, sairaalan poliklinikamaksut, päiväkirurgian maksu sekä lyhytaikaisen laitoshoidon maksut niin terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon laitoksissa. Maksukattoon lasketaan mukaan myös perheen alle 18-vuotiailta perittävät maksut. Jos asiakas on tyytymätön maksun määräytymiseen, hän voi hakea maksuun oikaisua palvelusta vastaavalta toimielimeltä.

Asiakasmaksuilla rahoitettiin vuonna 2011 noin 9 prosenttia kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteenlasketuista menoista ja noin 6 prosenttia terveydenhuollon menoista.

### 3.2. Sairausvakuutusjärjestelmä

Julkista terveydenhuoltoa täydentää lakisääteinen sairausvakuutus. Sairausvakuutuslaissa säädetään vakuutetun oikeudesta korvauksiin tarpeellisista sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista, lyhytaikaisen työkyvyttömyyden sekä raskauden ja lapsen hoidon aiheuttamasta ansionmenetyksestä. Sairausvakuutuksen korvauksiin on oikeutettu asumiseen perustuvan sosiaaliturvalainsäädännön soveltamisesta annetun lain (1573/1993) mukaisesti Suomessa asuva henkilö sekä täällä vähintään neljä kuukautta työskentelevä tai yritystoimintaa harjoittava henkilö.





### 3.2.1. Sairaanhoidokorvaukset

Sairausvakuutuslain perusteella vakuutetulle korvataan osa yksityisen terveydenhuollon palveluiden käyttämisestä aiheutuneista tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksista. Tarpeellisena sairaanhoitona pidetään yleisesti hyväksytyyn, hyvän hoitokäytännön mukaista hoitoa. Ennalta ehkäisevää hoitoa ei korvata sairausvakuutuksesta lukuun ottamatta suun terveyttä edistäviä toimenpiteitä hammashoidossa.

Korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut henkilö, jolla on oikeus harjoittaa Suomessa lääkärin, hammaslääkärin tai erikoislääkärin tai erikoishammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä. Myös lääkärin tai hammaslääkärin määräämä tutkimus ja hoito on korvattavaa, kun tutkimuksen on tehnyt tai hoidon on antanut muu terveydenhuollon ammattihenkilö tai kun toimenpide on tehty yksityisen terveydenhuollon toimintayksikössä. Muulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa, kättilöä, fysioterapeuttia, laboratoriohoitajaa, erikoishammasteknikkoa, psykologia ja suuhygienistiä, jolle Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto (Valvira) on myöntänyt oikeuden harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä.

Sairausvakuutuksesta korvataan lääkärin suorittama tutkimus epäillyn sairauden toteamiseksi tai poissulkemiseksi ja hoidon määrittämiseksi. Joitakin toimenpiteitä Kansaneläkelaitos korvaa vain poikkeustapauksissa erikseen määriteltyjen lääketieteellisten edellytysten täyttyessä. Tällaisia ovat muun muassa plastiikkakirurgiset toimenpiteet tai silmän taittovirheen korjausleikkaukset. Korvausta ei makseta rokotusten tai terveystarkastusten kustannuksista eikä tutkimuksista, jotka on tehty lääkärintodistuksen antamiseksi ajokorttia, oppilaitokseen pyrkimistä, työhöntulotarkastusta tai eläkkeen hakemista varten.

Sairaanhoidona korvataan hammaslääkärin suorittama suun ja hampaiden hoito, suun ja hampaiden tutkimus kerran kalenterivuodessa sekä oikomishoito silloin, kun kysymyksessä on muun sairauden kuin hammassairauden parantamiseksi välttämätön hoito. Korvausta ei makseta hammasproteettisista toimenpiteistä eikä hammasteknisistä kustannuksista. Hammaslääkärin suorittamalla suun ja hampaiden tutkimuksella tarkoitetaan hammaslääketieteellistä tutkimusta, taudinmäärittystä ja siihen liittyvää hoidon suunnittelemista.

Yksityisessä terveydenhuollossa toimivan lääkärin määräämät tutkimukset ja hoidot korvataan, jos ne on määrätty sairauden hoidon vuoksi tai ne ovat olleet tarpeellisia mahdollisen sairauden toteamiseksi. Myös yksityisessä terveydenhuollossa toimivan hammaslääkärin määräämä radiologinen tutkimus tai laboratoriotutkimus ja suuhygienistin antama hoito korvataan. Samalla kertaa määrätty tutkimus tai hoito korvataan enintään 15 tutkimus- tai hoitokerralta edellyttäen, että tutkimus on suoritettu tai hoito annettu vuoden kuluessa määräyksen antamisesta. Suuhygienistin hoito korvataan kuitenkin, jos se on annettu kahden vuoden kuluessa määräyksen antamisesta.



Sairausvakuutuksesta korvataan vain yksityistä terveydenhuoltoa. Sairausvakuutuslain mukaista korvausta ei makseta sairaanhoidon kustannuksista, joista on peritty sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992) tarkoitettu maksu. Sairausvakuutuslain nojalla ei ole oikeutta korvaukseen sairaanhoitoon liittyvien tai vakuutetun muutoin tarvitsemien hoitotarvikkeiden, apuvälineiden ja proteesien hankkimisesta aiheutuvista kustannuksista.

Sairausvakuutuksesta korvataan vain osa yksityisen sairaanhoidon kustannuksista. Lääkäri- ja hammaslääkäriin palkkion sekä heidän määräämiensä tutkimuksen ja hoidon kustannuksista korvataan vahvistetun korvaustaksan määrä. Kokonaiskustannuksen ja korvauksen välinen erotus jää asiakkaan maksettavaksi.

Lääkäri- ja hammaslääkäriin palkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvaustaksojen perusteet ja enimmäismäärät säädetään valtioneuvoston asetuksella. Kansaneläkelaitos vahvistaa asetuksen perusteella korvaustaksat. Kansaneläkelaitoksen on ylläpidettävä luetteloita korvattavista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä sekä niiden korvaustaksoista. Sairausvakuutuslain mukaan taksat perustuvat tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatuun, sen vaatimaan työhön ja aiheuttamiin kustannuksiin, korvattavan palvelun hoidolliseen arvoon ja korvauksiin käytettävissä oleviin varoihin.

Vuonna 2011 lääkäriin käynnistä sai korvauksia yhteensä 1,6 miljoonaa vakuutettua 3,7 miljoonasta käyntikerrasta. Korvausmenot lääkäriin palkkioista olivat yhteensä noin 74 miljoonaa euroa. Noin puolet lääkäriin palkkioista korvausta saaneista on saanut korvauksia silmätautien tai gynekologian lääkärikäyntien perusteella. Tutkimuksesta ja hoidosta maksettiin korvausta noin miljoonalle vakuutetulle 1,6 miljoonasta käyntikerrasta yhteensä 76 miljoonaa euroa. Tutkimuksen ja hoidon keskimääräinen korvausprosentti oli 29,4. Hammaslääkärikäyntejä korvattiin yhteensä noin miljoonalle vakuutetulle 2,8 miljoonasta käyntikerrasta. Korvausten kustannukset olivat noin yhteensä 120 miljoonaa euroa. Hammaslääkäriin palkkioiden keskimääräinen korvausprosentti oli 34,6.

### 3.2.2. Matkakorvaukset

Sairausvakuutuslain perusteella vakuutetulla on oikeus korvaukseen sairauden, raskauden tai synnytyksen vuoksi tehdyn matkan aiheuttamista tarpeellisista kustannuksista. Korvausta maksetaan myös Kansaneläkelaitoksen järjestämän tai korvaamaan kuntoutuksen vuoksi tehdyistä matkoista. Matkakustannusten korvaamisen tavoitteena on se, että vakuutetuilla on yhtäläinen oikeus saada hoitoa tai tutkimusta asuinpaikasta riippumatta. Korvausta suoritetaan siltä osin kuin matka tarpeettomia kustannuksia välttämällä, vakuutetun terveydentilaa kuitenkin vaarantamatta, olisi tullut maksamaan.

Matkakorvausta maksetaan sekä julkiseen että yksityiseen terveydenhuoltoon tehdystä matkasta. Yksityiseen terveydenhuoltoon sairauden vuoksi tehdyt matkat korvataan silloin, kun vakuutetun hoito on sairausvakuutuksesta korvattavaa. Terveyskeskukseen tai julkiseen sairaalaan tehdyt matkat korvataan selvittämättä, onko hoito yksityisen palveluntuottajan antamana korvattavaa. Julkisessa laitoshoidossa olevien potilaiden matkoja ei korvata sairausvakuutuksesta.



Matkakustannukset korvataan yleensä sellaiseen lähimpään tutkimus- ja hoitopaikkaan, jossa vakuutettu voi saada hänen terveydentilansa vaarantumatta tarpeellista tutkimusta ja hoitoa. Lähimpänä hoitopaikkana pidetään pääsääntöisesti oman kunnan terveyskeskusta tai sairaanhoitopiirin sairaalaa. Jos vakuutettu kuitenkin saa kunnan tai kuntayhtymän maksusitoumuksen tai palvelusetelin tutkimukseen tai hoitoon yksityisen tai toisen julkisen terveydenhuollon toimintayksikköön, matka korvataan hoitopaikkaan asti.

Matkakustannukset korvataan sen mukaan, kuinka paljon matka olisi tullut maksamaan halvinta käytettävissä olevaa matkustustapaa käyttäen. Halvimmalla matkustustavalla tarkoitetaan pääsääntöisesti julkista joukkoliikennettä. Erityisajoneuvon, kuten oman auton tai taksin, käytöstä aiheutuneet kustannukset kuitenkin korvataan, jos potilaan sairaus, vamma tai liikenneolosuhteet edellyttävät erityisajoneuvon käyttöä.

Matkakustannukset korvataan kokonaan siltä osin kuin ne yhdensuuntaiselta matkalta ylittävät 14,25 euron omavastuuosuuden. Korvaus maksetaan kuitenkin enintään matkakustannuksen korvauksen perusteeksi vahvistetun korvaustaksan määrästä. Jos vakuutetun maksettavaksi jäävien saman kalenterivuoden aikana syntyneiden korvattavien matkojen matkakustannusten yhteismäärä ylittää 242,50 euron suuruisen vuotuisen omavastuun, ylittävä osa korvataan kokonaan, kuitenkin enintään vahvistetun korvaustaksan mukaiseen määrään saakka. Vuotuinen omavastuu lasketaan sairaanhoidon ja kuntoutuksen matkakustannuksista yhteensä. Vuotuinen omavastuu täyttyy 17 yhdensuuntaisen matkan kustannuksista. Myös 14,25 euron suuruisen matkakohtaisen omavastuun alittavat matkakustannukset kerryttävät vuotuista omavastuuta.

Vuonna 2012 Kansaneläkelaitos maksoi Suomessa tapahtuneista matkoista matkakorvauksia 298,2 miljoonaa euroa yhteensä 705 953 henkilölle. Korvattavien kustannusten summa oli 328,5 miljoonaa euroa, joten korvausprosentti oli 90,8.

Ulkomaille tai ulkomailla tehdyn matkan aiheuttamia kustannuksia ei pääsääntöisesti korvata sairausvakuutuslain perusteella. Poikkeuksena ovat rajaseutualueilla tehdyt matkat. Vakuutetulla on oikeus matkakorvaukseen, jos vakuutettu on joutunut hoidon tarpeeseen vastavuoroisesta sairaan- ja terveydenhoidosta rajaseudulla annetun lain (307/1961) 1 §:ssä tarkoitetulla rajaseudulla (nk. rajaseutulaki) tai vakuutetulle kansanterveyslain, erikoissairaanhoitolain tai terveydenhuoltolain mukaan järjestettäväksi tarkoitettu hoito on annettu mainitussa laissa tarkoitetulla rajaseudulla asuvalle. Lisäksi Kansaneläkelaitos korvaa EU-asetuksen 883/04 mukaisissa ennakkoluvallisissa hoitoon hakeutumistilanteissa ulkomaille tai ulkomailla tehtyjä matkoja, jotka liittyvät erottamattomasti hoitoon. Lukumääräisesti ulkomaille korvattujen matkojen määrä on hyvin vähäinen verrattuna rajojen sisällä korvattuihin matkoihin.

### 3.2.3. Lääkekorvaukset

Suomessa lääkekorvaukset ovat osa lakisääteistä sairausvakuutusta. Lääkekorvausjärjestelmän tehtävä on turvata Suomessa asuville henkilöille sairauden hoidossa tarpeelliset avohoidon lääkkeet kohtuullisin kustannuksin.



Sairausvakuutuslain nojalla vakuutettu voi saada korvausta lääkärin ja hammaslääkärin sekä rajattuun tai määräaikaiseen lääkkeenmääräämiseen oikeutetun sairaanhoitajan sairauden hoitoon määräämän lääkkeen kustannuksista. Korvausta voi saada sellaisesta reseptilääkkeestä, joka on tarkoitettu joko sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantamaan tai helpottamaan sairautta tai sen oireita.

Lääkevalmisteen korvattavuuden edellytyksenä on, että valmisteelle on hyväksytty lääkkeiden hintalautakunnassa korvattavuus ja korvauksen perusteena oleva kohtuullinen tukkuhinta myyntiluvan haltijan hakemuksesta. Kohtuullinen tukkuhinta ja korvattavuus vahvistetaan aina erikseen kullekin pakkauskoole, vahvuudelle ja lääke muodolle. Korvattavuus voidaan vahvistaa enintään myyntilupaviranomaisen lääkevalmisteelle vahvistaman valmisteyhteenvetön ja siinä hyväksytyjen käyttöaiheiden mukaisessa laajuudessa.

Edellä sanottu koskee myös kliinisiä ravintovalmisteita sekä perusvoiteita. Korvattavia lääkkeitä ovat myös lääkemääräyksellä määrätty lääketieteellisin perustein välttämättömät itsehoitolääkkeet, joiden korvattavuus on voimassa. Lisäksi vakuutetulla on oikeus korvaukseen sellaisesta edullisesta valmisteesta, johon hänelle määrätty lääkevalmiste on apteekissa lääkelain 57 b §:n perusteella vaihdettu.

Lääkkeen, kliinisen ravintovalmisteen sekä perusvoiteen hankkimisesta vakuutetulle aiheutuneiden kustannusten korvauksen perusteena on enintään valmisteelle vahvistettu kohtuullinen tukkuhinta, johon on lisätty enintään lääketaksan mukainen apteekin myyntikate ja arvonlisävero sekä arvonlisäverollinen toimitusmaksu. Kohtuullisella tukkuhinnalla tarkoitetaan enimmäishintaa, jolla valmistetta saadaan myydä apteekkeille.

Jos lääkevalmiste sisältyy viitehintaryhmään, korvauksen perusteena on enintään viitehintaryhmälle vahvistettu viitehinta, johon on lisätty apteekin arvonlisäverollinen toimitusmaksu. Vakuutettu maksaa viitehinnan ylittävän osan kokonaan itse, jos ostetun lääkkeen hinta on viitehintaa kalliimpi ja hän on kieltänyt lääkkeen vaihdon halvempaan vastaavaan valmisteeseen. Viitehinnan ylittävä osuus ei kerrytä vuotuista omavastuuosuutta. Jos vakuutettua hoitava lääkäri on kieltänyt lääkkeen vaihdon lääketieteellisin tai hoidollisin perustein, vakuutettu saa korvauksen ostetun lääkkeen hinnasta, vaikka se olisi viitehintaa korkeampi.

Lääkkeestä maksetaan korvauksena kiinteä prosenttiosuus lääkkeen hinnasta tai viitehinnasta. Lääkkeet voivat olla perus- ja/tai erityiskorvattavia. Peruskorvauksen määrä on 35 prosenttia peruskorvattavaksi hyväksytyjen lääkkeiden, kliinisten ravintovalmisteiden sekä perusvoiteiden kustannuksista. Alempi erityiskorvaus on 65 prosenttia alemman erityiskorvausluokan lääkkeiden sekä kliinisten ravintovalmisteiden kustannuksista. Ylempi erityiskorvaus on 100 prosenttia lääkekohtaisen 3 euron omavastuuosuuden ylittävältä osalta ylemmän erityiskorvausluokan lääkkeiden kustannuksista.

Alemman erityiskorvausluokan lääkkeitä edellytetään, että kysymyksessä on vaikean ja pitkäaikaisen sairauden hoidossa tarvittava välttämätön lääke. Ylemmän erityiskorvausluokan



lääkkeeltä edellytetään, että kysymyksessä on vaikean ja pitkäaikaisen sairauden hoidossa tarvittava, vaikutustavaltaan korvaava tai korjaava välttämätön lääke.

Erityiskorvaukseen oikeuttavista sairauksista ja kliinisen ravintovalmisteen korvaukseen oikeuttavista sairauksista säädetään valtioneuvoston asetuksilla. Kela päättää tarvittavista selvityksistä ja niistä lääketieteellisistä edellytyksistä, joiden tulee täytyä, jotta lääkkeiden erityiskorvaaminen ja kliinisten ravintovalmisteiden korvaaminen on vakuutetulle lääketieteellisesti perusteltua. Saadaksesen lääkkeen erityiskorvattuna vakuutetun on osoitettava sairaus ja lääkehoidon tarve lääkärinlausunnolla. Erityiskorvausoikeuden vakuutetulle myöntää Kela.

Vuotuisen omavastuuosuuden ylittäviä kustannuksia korvataan lisäkorvauksella. Vuotuisen omavastuuosuuden ylittyttyä vakuutettu maksaa 1,50 euron lääkekohtaisen omavastuuosuuden lisäkorvattavista lääkkeistään. Vuonna 2013 vuotuinen omavastuuosuus on 670 euroa. Vuotuisen omavastuuosuuden taso on sidottu elinkustannusindeksiin siten, että sitä muutetaan samanaikaisesti ja samassa suhteessa kuin kansaneläkkeitä muutetaan kansaneläkeindeksistä annetun lain (456/2001) mukaisesti.

Vuonna 2011 Kansaneläkelaitos maksoi lääkekorvauksia yhteensä 1245 miljoonaa euroa. Korvausten perusteena olevat kustannukset olivat yhteensä 1732 miljoonaa euroa. Sairaalassa käytettyjen lääkkeiden tukkuhintaisten kustannukset olivat Suomessa 479 miljoonaa euroa vuonna 2011. Tukkuhintoihin perustuva tieto sairaaloiden lääkekustannuksista ei ole suoraan vertailukelpoinen avohoidon lääkemenojen kanssa.

Sairausvakuutuslain perusteella myönnetään korvausta myös ulkomailla ostetusta lääkkeestä. Jos vakuutettu oleskellessaan tilapäisesti EU- tai Eta-valtiossa ostaa lääkkeitä, hän voi hakea korvausta oleskeluvaltiosta tai jälkikäteen Kansaneläkelaitoksesta. Jos henkilö puolestaan oleskelee tilapäisesti muussa maassa kuin EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä, hänellä on oikeus hakea jälkikäteen korvausta Kansaneläkelaitokselta. Korvaus ulkomailla ostetusta lääkkeestä maksetaan, jos lääkevalmiste vastaa Suomessa korvattavaa lääkettä. Vastaavuus arvioidaan lääkeaineen ja sen vahvuuden perusteella. Korvauksen perusteena on vastaavan lääkkeen myyntihinta Suomessa. Jos vastaava lääke Suomessa kuuluu viitehintajärjestelmään, korvauksen perusteena on lääkkeelle Suomessa vahvistettu viitehintaa. Jos henkilöllä on voimassa oleva lääkkeen erityiskorvausoikeus, maksetaan hänelle erityiskorvaus ulkomailta tilapäisen oleskelun aikana ostetusta lääkkeestä samoin korvausperusteina kuin Suomesta ostetusta lääkkeestä. Ulkomailta ostetusta lääkkeestä ei makseta korvausta, jos lääkettä tai lääkeainetta ei korvattaisi Suomesta ostettuna.

### 3.3. Muu terveydenhuolto

#### 3.3.1. Työterveyshuolto

Työterveyshuolto on työntekijöiden terveyden ja työolojen kehittämiseen tähtäävää toimintaa, jolla tuetaan henkilön työkykyisyyttä koko työuran ajan. Työterveyshuollon tavoitteena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää työntekijöiden terveyttä sekä



työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa, työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta sekä työyhteisön toimintaa. Työnantaja ja työterveyshuollon palveluntuottaja suunnittelevat yhdessä työterveyshuollon toiminnan sisällön ja toimenpiteet, jotka perustuvat työpaikan tarpeisiin.

Työnantajalla on työterveyshuoltolain (1383/2001) perusteella velvollisuus järjestää työsopimus- ja virkasuhteessa oleville työntekijöilleen ehkäisevä työterveyshuolto. Lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen sairaanhoitoa. Työterveyshuoltolakia sovelletaan työhön, jota koskee työturvallisuuslaki ja jota tehdään Suomessa. Työnantajalla on oltava työterveyshuollon palveluntuottajan kanssa yhteistyössä laadittu kirjallinen sopimus sekä toimintasuunnitelma työterveyshuollon järjestämisestä.

Työnantaja voi järjestää työterveyshuollon palvelut itse tai ostaa ne terveyskeskuksesta, yksityiseltä lääkäriasemalta tai muulta palveluntuottajalta. Kunnan on järjestettävä työterveyshuollon palvelut alueellaan oleville palveluja haluaville työnantajille. Yrittäjällä ja muulla omaa työtään tekevällä on mahdollisuus järjestää palvelut itselleen. Sairaanhoidon järjestäminen on työnantajalle vapaaehtoista.

Kansaneläkelaitos korvaa ennaltaehkäisevän työterveyshuollon kustannuksia työnantajille. Kansaneläkelaitos korvaa myös työnantajan järjestämän työterveyshuollon piiriin kuuluvan sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannuksia.

### 3.3.2. Opiskeluterveydenhuolto

Opiskeluterveydenhuolto on osa opiskelijahuoltoa, jolla tarkoitetaan opiskelijan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista huolehtimista sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa. Opiskeluterveydenhuollon palvelut kuuluvat lukioiden, ammatillista peruskoulutusta antavien oppilaitosten sekä korkeakoulujen ja yliopistojen opiskelijoille. Opiskeluterveydenhuollosta säädetään terveydenhuoltolaissa. Opiskeluterveydenhuollon valtakunnallisesti yhtenäinen laatu- ja palvelutaso varmistetaan asetuksella. Opetus- ja kulttuuriministeriö vastaa yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa opiskelijahuoltoa koskevasta lainsäädännöstä.

Opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvät opiskelijoiden terveyden ja opiskelukyvyn edistäminen, opiskeluympäristön terveellisyyden ja turvallisuuden sekä opiskeluyhteisön hyvinvoinnin turvaaminen ja parantaminen, terveyden- ja sairaanhoitopalvelut, joihin sisältyvät mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus sekä seksuaaliterveyttä edistävät palvelut ja suun terveydenhuollon palvelut, opiskelijan erityisen tuen ja tutkimuksen tarpeen varhainen tunnistaminen ja tarvittaessa tutkimuksiin ja hoitoon ohjaaminen.

Kunnan perusterveydenhuollon on järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien lukioiden, ammatillista peruskoulutusta antavien oppilaitosten sekä korkeakoulujen ja



yliopistojen opiskelijoille riippumatta heidän kotipaikastaan. Kunnissa laaditaan opiskeluterveydenhuollolle toimintaohjelma. Opiskeluterveydenhuollon palvelut järjestetään kokonaisuutena joko oppilaitoksessa tai keskitetyssä opiskeluterveydenhuollon toimipisteessä. Yliopistojen ja -ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto voidaan kunnan suostumuksella järjestää myös muulla Valviran hyväksymällä tavalla. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) järjestää kunnan suostumuksella yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuoltopalvelut.

Opiskeluterveydenhuolto on alle 18-vuotiaille maksutonta. Sen jälkeen osa maksuista määräytyy asiakasmaksulain mukaisesti. Ehkäisevät palvelut, kuten terveystarkastukset ovat maksuttomia kaikille.

### 3.3.3. Kuntoutus

Ensisijainen vastuu lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä on julkisella terveydenhuollolla. Terveydenhuoltolain 29 §:n perusteella kunnan on järjestettävä potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinnällinen kuntoutus, johon kuuluu kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus, potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutustutkimus, toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus sekä kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa.

Kunnalla ei ole järjestämisvastuuta kuntoutuksesta tilanteissa, joissa kuntoutus on säädetty Kansaneläkelaitoksen järjestämisvastuulle. Kansaneläkelaitos vastaa työ- ja toimintakykyä tukevasta vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta, kun taas kunnalla on vastuu sairaanhoitoon liittyvästä lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Jos Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksen järjestämis- ja kustannusvastuu ei ole selkeästi osoitettavissa, kunnan on kuitenkin järjestettävä kuntoutussuunnitelmassa määritelty lääkinnällinen kuntoutus. Kansaneläkelaitos korvaa kunnalle kuntoutuksesta aiheutuneet kustannukset tilanteissa, joissa jälkikäteen käy ilmi, että kunta on järjestänyt kuntoutusta Kansaneläkelaitoksen sijasta.

Kansaneläkelaitoksen lakisääteisenä tehtävänä on järjestää vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta. Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) 9 §:n perusteella vaikeavammaisella alle 65-vuotiaalla vakuutetulla, joka ei ole julkisessa laitoshoidossa, on oikeus saada työ- tai toimintakyvyn turvaamiseksi tai parantamiseksi tarpeellista lääkinnällistä kuntoutusta. Lisäksi Kansaneläkelaitos korvaa kuntoutuspsykoterapiasta aiheutuvia kustannuksia ja järjestää ja korvaa harkinnanvaraista kuntoutusta eduskunnan vuosittain vahvistaman määrärahan puitteissa. Harkinnanvaraisena kuntoutuksena järjestetään muun muassa kuntoutustarveselvityksiä, kuntoutuskursseja, ammatillisesti syvennettyä lääketieteellistä kuntoutusta (ASLAK), työkykyä ylläpitävää kuntoutusta (TYK), sopeutumisvalmennuskursseja, yksilöllisiä kuntoutusjaksoja ja neuropsykologista kuntoutusta.



Kansaneläkelaitos hankkii lääkinällisen kuntoutuksen palvelut kilpailuttamalla. Tarjouskilpailuihin voivat osallistua myös ulkomaiset palveluntarjoajat. Kuntoutuspäätöksessä mainittu palveluntarjoaja ei myöskään estä kuntoutujaa hakemasta kuntoutusta toisesta EU-valtiosta. Toisessa EU-valtiossa annetun lääkinällisen kuntoutuksen korvaaminen edellyttää, että kuntoutus perustuu julkisen terveydenhuollon yksikössä tai vastaavassa ulkomaisessa hoitoyksikössä laadittuun kuntoutussuunnitelmaan. Korvattavan kuntoutuksen tulee olla Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain mukaista kuntoutusta, ja sen tulee perustua Kansaneläkelaitoksen antamaan päätökseen. Vastaavat edellytykset koskevat Suomessa annettua kuntoutusta. Ulkomailla annetusta kuntoutuksesta aiheutuneet kustannukset korvataan enintään siihen määrään, joka olisi korvattu, jos kuntoutusta olisi annettu Suomessa.

### 3.3.4. Työtapaturmien ja ammattitautien hoito

Tapaturmavakuutus on osa lakisääteistä sosiaaliturvaa ja siitä suoritetaan tapaturmavakuutuslakiin perustuvat korvaukset, jos työsuhteessa työtä tekeväälle työntekijälle sattuu työtapaturma tai hänellä ilmenee ammattitauti. Sama koskee itsenäistä yrittäjää, joka on vakuuttanut itsensä tapaturmavakuutuslain mukaisella vapaaehtoisella vakuutuksella työtapaturmien ja ammattitautien varalta.

Työnantajalla on lakiin perustuva velvollisuus ottaa valitsemastaan vahinkovakuutusyhtiöstä vakuutus työtapaturmien ja ammattitautien varalle, jos työnantajan teettämien työpäivien lukumäärä on yli 12 kalenterivuoden aikana. Vakuutusyhtiö ei voi kieltäytyä antamasta ja pitämästä voimassa siltä haettua tapaturmavakuutuslain mukaista vakuutusta. Maatalousyrittäjien, apurahansaajien, ammattiuurheilijoiden, opiskelijoiden ja sotilaiden tapaturmaturvasta on säädetty erikseen.

Valtiolla ei ole vakuuttamisvelvollisuutta, mutta valtioon työ- tai virkasuhteessa olevien henkilöiden työtapaturmat ja ammattitaudit korvataan valtion varoista tapaturmavakuutuslain mukaisesti. Jos työnantaja laiminlyö vakuuttamisvelvollisuutensa tai hän ei ole vakuuttamisvelvollinen, työntekijällä on kuitenkin oikeus korvauksiin. Tällöin korvausasian käsittelee ja korvauksen maksaa Tapaturmavakuutuslaitosten liitto.

Tapaturmavakuutuksen korvausetuuksista, niiden määrästä ja myöntämisedellytyksistä säädetään sitovasti laissa. Vakuutetulla on oikeus saada korvausta mm. vamman tai sairauden taikka ammattitaudin johdosta tarpeellisesta sairaanhoidosta, jota annetaan tarpeettomia kustannuksia välttämällä. Korvattavaan sairaanhoitoon kuuluu muun muassa lääkärin antama tai määräämä hoito, lääkkeet tai hoitotarvikkeet sekä apuvälineet. Vakuutuksesta korvataan myös perustellut ja tarpeelliset tutkimuskulut sen selvittämiseksi, onko kyse vakuutuksesta korvattavasta vahingosta.

Ensimmäinen lääkarissäkäynti ja muut yksittäiset lääkarissäkäynnit ja niihin liittyvät vähäiset hoitotoimenpiteet (esim. röntgen- tai ultraäänitutkimus, kipsaus) sekä kiireellinen sairaanhoito korvataan ilman maksusitoumusta ja vakuutettu voi hakeutua hoitoon julkiseen tai yksityiseen hoitopaikkaan. Jatkotutkimuksia (esim. MRI-tutkimus) tai hoitotoimenpiteitä (esim. leikkaus)





varten vakuutetulla tulee olla maksusitoumus, jos toimenpide suunnitellaan tehtäväksi yksityisessä hoitopaikassa. Jos tällainen toimenpide tulee tehtäväksi julkisessa hoitolaitoksessa, julkisen sektorin hoitolaitoksen on ilmoitettava suunnitellusta toimenpiteestä vakuutuslaitokselle. Vakuutuslaitoksella on näissä tilanteissa oikeus ohjata vakuutettu hoitoon toiseen hoitolaitokseen, esim. omalle sopimuskumppanilleen. Tällöin hoito korvataan vakuutetulle annetun maksusitoumuksen mukaisesti ja myös matkakulut korvataan. Vakuutuslaitoksen ohjausoikeudella pyritään nopeuttamaan työntekijän hoitoon pääsyä ja paluuta työelämään. Vakuutuslaitoksen ohjausoikeudesta huolimatta vakuutetulla on aina oikeus saada lääketieteellisesti tarpeellinen hoito julkisessa hoitolaitoksessa ja hänelle korvataan tällöin häneltä peritty asiakasmaksu.

Julkisen sektorin hoitolaitokselle suoritetaan 1.1.2005 tai sen jälkeen sattuneissa vahingoissa tietyn edellytyksin täyskustannusmaksu, joka kattaa sairaanhoidon tuottamisesta aiheutuneet todelliset kustannukset.

Tapaturmavakuutuksen työ- ja toimintakykyyn liittyvästä lääkinnällisestä kuntoutuksesta säädetään tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta annetussa laissa. Kuntoutuksena korvataan siltä osin kuin sitä ei ole sairaanhoitona säädetty terveydenhuoltolain mukaan terveyskeskuksen tai sairaanhoitopiirin tehtäväksi, vakuutuslaitoksen maksusitoumuksella valitsemassa kuntoutuspaikassa annetuista toimenpiteistä aiheutuvat kohtuulliset kustannukset. Lääkinnällisen kuntoutuksen kustannuksina korvataan mm. kuntoutustutkimuksia, kuntoutusjaksot avo- tai laitoshoidossa, apuvälineet ja asunnon muutostyöt. Kuntoutuksen korvaamisessa noudatetaan niin ikään täyskustannusperiaatetta eli korvataan todelliset kustannukset.

### 3.3.5. Liikennevakuutusjärjestelmä

Liikennevakuutus on lakisääteinen eli pakollinen kaikille liikenteessä käytettäville moottoriajoneuvoille. Liikennevakuuttamisvelvollisuus perustuu liikennevakuutuslakiin ja -asetukseen. Moottoriajoneuvon omistajan tai haltijan on otettava liikennevakuutus. Vakuutus otetaan yksityisestä vakuutusyhtiöstä. Liikennevakuutus on voimassa Eta-alueella ja vastuuvakuutuksena kaikissa niin sanotuissa vihreän kortin maissa. Lakisääteinen tapaturmavakuutus on ensisijainen korvausjärjestelmä liikennevakuutukseen nähden.

Liikennevakuutus korvaa ajoneuvon liikenteeseen käyttämisestä aiheutuvia henkilö- ja omaisuusvahinkoja. Liikennevakuutuslain mukaiset korvaukset määrätään pääsääntöisesti soveltaen vahingonkorvauslakia. Lähtökohtana on täyden korvauksen periaate. Liikennevakuutuksen perusteella vahinkoa kärsineellä on oikeus saada korvaus vamman tai sairauden johdosta tarpeellisesta sairaanhoidosta (sisältäen tutkimuksiin ja hoitoihin hakeutumisesta aiheutuvat matkakulut), jos vakuutusyhtiö on antanut maksusitoumuksen hoidon korvaamisesta. Maksusitoumusta ei vaadita kiireellisessä hoidossa tai ensimmäiseen lääkärin vastaanottokäyntiin ja siihen välittömästi liittyviin vähäisiin hoitotoimenpiteisiin.



Vakuutusyhtiöllä on siten täyskustannusvastaavuusjärjestelmän mukaisesti oikeus valita henkilövahinkoa kärsineen vamman tai sairauden edellyttämä hoitopaikka. Hakeutumalla vastoin vakuutuslaitoksen maksusitoumusta hoitoon muuhun hoitopaikkaan, vakuutusyhtiö on velvollinen korvaamaan hoidosta vain sen kustannuksen, jonka vahinkoa kärsinyt olisi itse joutunut maksamaan vastaavasta hoidosta julkisena terveydenhuoltona sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain mukaan.

### 3.3.6. Muu yksityinen terveydenhuolto

Yksityiset sosiaali- ja terveystalvet täydentävät julkisia palveluja. Yksityiset palveluntuottajat, eli yritykset, järjestöt ja säätiöt, voivat myydä palvelujaan joko kunnille, kuntayhtymille tai suoraan asiakkaille. Yksityiset palveluntuottajat tuottavat runsaan neljänneksen kaikista sosiaali- ja terveystalveluista.

Sosiaali- ja terveystministeriö valmistelee palveluja koskevaa lainsäädäntöä ja vastaa yksityisen palvelutuotannon yleisestä ohjauksesta. Yleisimpiä yksityisiä terveystalveluja ovat fysioterapiatalvelut, lääkärin ja hammaslääkärin vastaanotto toiminta sekä työterveyshuolto. Suuri osa yksityisten terveystalvelujen tuottajista toimii eteläisessä Suomessa ja suurimmissa kaupungeissa.

Terveydenhuollon palvelujen antaminen yksityisesti on luvanvaraista. Lupaa ei kuitenkaan tarvita silloin, kun palveluja annetaan itsenäisenä ammatinharjoittajana tai kun työnantaja järjestää itse työterveyshuollon lakisääteiset palvelut. Sosiaali- ja terveystalan lupa- ja valvontavirastolla (Valvira) on valtakunnallinen koordinaatiovastuu sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnassa. Aluehallintovirastoilla (AVI) on pääasiallinen vastuu palvelujen valvonnasta alueillaan. Kunnassa yksityisten palveluiden valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveystoimi tai muu vastaava toimielin.

## 3.4. Terveydenhuollon menot ja rahoitus

Suomen terveydenhuollon menot olivat vuonna 2010 kaikkiaan 16,0 miljardia euroa eli 8,9 prosenttia bruttokansantuotteesta. Asukasta kohden menot olivat 2 986 euroa. Kansainvälisesti vertailtuna Suomen terveystmenojen bkt-osuus on alle sekä EU-maiden että OECD-maiden keskiarvon. Suurimmat menoerät olivat erikoissairaanhoido (5,5 miljardia euroa), perusterveydenhuolto (2,8 miljardia euroa) sekä avohoidon lääkkeet (2,2 miljardia euroa). Lisäksi terveydenhuoltomenotilastoon sisältyvät myös vanhusten ja vammaisten laitoshoidon kustannuksia 0,8 miljardia euroa, suun terveydenhuollon kustannuksia 0,95 miljardia euroa, työterveys- ja opiskelijaterveydenhuollon kustannuksia 0,7 miljardia euroa sekä sairausvakuutuksen korvaamaa yksityisen terveydenhuollon kustannuksia 0,95 miljardia euroa ja sairausvakuutuksen matkakorvauksia 0,28 miljardia euroa ja muita menoja 1,8 miljardia euroa vuonna 2010.

Terveydenhuollon menot ovat kasvaneet tasaisesti viimeisen kymmenen vuoden aikana lukuun ottamatta vuotta 2010, jolloin menot eivät juuri muuttuneet edellisestä vuodesta. Vuosien 2000 ja



2010 välillä terveydenhuoltomenojen bkt-osuus nousi 7,2 prosentista 8,9 prosenttiin. Samana aikana menot kasvoivat reaalisesti keskimäärin 2,9 prosenttia vuodessa. Menojen kehitys vaihtelee toiminnoittain. Viimeisen kymmenen vuoden aikana euromääräisesti suurin kasvu on nähty erikoissairaanhoidon ja avohoidon lääkkeiden kustannuksissa. Kustannusten nousu on vastaavasti ollut prosentuaalisesti suurta muun muassa avohoidon lääkkeiden ja työterveyshuollon osalta.

Terveydenhuolto rahoitetaan pääasiassa julkisin varoin (74,7 %). Vuonna 2010 kuntien osuus terveydenhuollon rahoituksesta oli 35,1 prosenttia, valtion osuus 24,9 prosenttia, sairausvakuutuksen osuus 14,6 prosenttia ja kotitalouksien osuus 19,3 prosenttia terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta. Loppuosa oli työnantajien, avustuskassojen ja yksityisten vakuutusten rahoittamaa.

Valtio osallistuu kuntien toiminnan rahoittamiseen valtionosuusjärjestelmän kautta. Kunnille myönnettävillä valtionosuuksilla on tarkoitus tasata palveluiden järjestämisen kuntakohtaisia palveluntarve- ja kustannuseroja ja taata kuntien vastuulla olevien julkisten palvelujen tuotanto koko maassa. Keskeinen valtionosuuteen vaikuttava tekijä on kunnan väestö ja sen ikäjakauma eräiden korjauserien lisäksi.

Peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmä perustuu laskennallisuuteen ja yleiskatteellisuuteen, eli kunnat eivät voi omilla päätöksillä vaikuttaa valtionosuuksien määrään, mutta ne päättävät itse valtionosuuksien käytöstä. Valtionosuusjärjestelmän ohjausvaikutus on siten pieni. Palvelutarve- ja olosuhdetekijöiden kuntakohtaiset erot pyritään ottamaan huomioon kuntakohtaisiin laskennallisiin kustannuksiin vaikuttavissa määräytymistekijöissä. Kunnalle myönnetyn valtionosuuden suuruuteen ei juuri vaikuta se, miten kunta palvelutoimintansa järjestää.

Vuonna 2011 asiakasmaksuilla rahoitettiin noin 9 prosenttia kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteenlasketuista menoista ja noin 6 prosenttia terveydenhuollon menoista. Valtio ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksupolitiikkaa lainsäädännöllä. Asiakasmaksupolitiikan tavoitteena on, että maksut ovat kohtuullisia eivätkä ole esteenä palveluihin hakeutumiselle. Toisaalta tavoitteena on ehkäistä epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä.

Erikoissairaanhoidon järjestämistänsä toteuttamiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä laskuttaa jäsenkuntia erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Kuntalaskutuksen tavat vaihtelevat kuntayhtymittäin. Kuntalaskutuksessa käytettävien hintojen erot sairaanhoitopiirien välillä ovat suuret. Vastaavien toimenpiteiden tai tuotteiden laskutushinta vaihtelee sairaanhoitopiirien välillä. Erot sairaanhoitopiirien kustannuslaskentamenetelmissä, erityisesti vaikeiden hoitojen keskittyminen keskussairaaloihin ja erot hoitokäytännöissä, vaikeuttavat sairaanhoitopiirien välisiä kustannusvertailuja. Poikkeuksellisen suuria potilaskohtaisia kustannuksia kuntien välillä tasataan sairaanhoitopiiriin sisäisellä tasausjärjestelmällä. Terveydenhuoltolain 76 §:n mukaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän jäsenkunnalle erikoissairaanhoidosta aiheutuneiden asiakas- tai potilaskohtaisten poikkeuksellisen suurten kustannusten tasauksesta päätetään



sairaanhoitopiirikohtaisesti. Sairaanhoitopiireillä on käytössä hyvin erilaisia tasausjärjestelmiä. Kalliin hoidon raja on sovittu perussopimuksessa jäsenkuntien ja sairaanhoitopiirien välillä.

Sairausvakuutusjärjestelmän rahoitus jakautuu sairaanhoitovakuutuksen ja työtulovakuutuksen rahoitukseen. Sairausvakuutuksen rahoittamiseen osallistuvat valtio, työnantajat ja vakuutetut.

Vakuutetulla tarkoitetaan Suomessa asuvaa henkilöä, joka on sairausvakuutuslain perusteella täällä vakuutettu. Euroopan talousalueella asuva eläkkeensaaja on myös velvollinen maksamaan sairausvakuutusmaksua Suomesta saamansa eläketulon perusteella, vaikka ei olekaan Suomessa sairausvakuutettu, koska Suomi EU-asetuksen 883/2004 mukaan vastaa hänelle annetun hoidon kustannuksista.

Etujen ja korvausten lisäksi sairausvakuutuksen kuluksi lasketaan etuuksien ja korvausten toimeenpanosta Kansaneläkelaitokselle aiheutuvat toimintamenot sekä muutokset rahoitusomaisuuden vähimmäismäärän saavuttamiseksi, jonka tulee olla kunkin vuoden lopussa vähintään 8 prosenttia rahaston vuotuisista kokonaiskuluista. Kuluista vähennetään sairausvakuutusrahaston omaisuuden tuotot.

Sairaanhoitovakuutuksesta rahoitettavia sairaanhoitoetuuksia ovat Kansaneläkelaitoksen maksamat lääkekorvaukset, korvaukset lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioista, korvaukset tutkimuksesta ja hoidosta, matkakorvaukset, kuntoutusmenot, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuksen perusturvaan kuuluvat sairaanhoitokorvaukset, korvaukset Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle sekä EU-valtioille maksettavat sairaanhoidonkustannusten korvaukset. Nämä ovat etuuksia, joiden määrä ei riipu vakuutetun työtulosta. Sairaanhoitovakuutuksen rahoittavat vakuutetut ja valtio yhtä suurilla rahoitusosuuksilla. Valtio kuitenkin rahoittaa kokonaan EU-maihin maksettavat sairaanhoidon korvaukset (EU-asetus 883/04), ulkomailla asuvien sairaanhoidosta kunnille aiheutuvat kustannukset ja osan toimintakuluista. Sairaanhoitoetuuksien rahoittamiseksi kaikilta vakuutetuilta peritään sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksua kunnallisverotuksessa verotettavan ansiotulon perusteella. Vuonna 2013 vakuutettujen sairaanhoitomaksu on 1,30 prosenttia kunnallisverotuksessa verotettavasta ansiotulosta ja eläke- ja etuustuloista perittävä maksu 1,47 prosenttia.

Työtulovakuutuksesta rahoitetaan työtulon perusteella määräytyvää sairauspäivärahaa, kuntoutusrahaa, erityishoitorahaa sekä äitiys-, isyys-, vanhempain ja erityisäitiysrahaa. Lisäksi työtulovakuutuksesta korvataan osa työnantajien ja yrittäjien työterveyshuollon kustannuksista sekä vanhempainloma-ajalta kertyvistä vuosilomakustannuksista. Työtulovakuutus rahoitetaan työnantajan sairausvakuutusmaksulla, työntekijän päivärahamaksulla sekä yrittäjien päivärahamaksulla. Vuonna 2011 työnantajat rahoittivat 66,7 prosenttia, palkansaajat ja yrittäjät 27,5 prosenttia, valtio 5,6 prosenttia ja yrittäjät lisärahoitusosuudellaan 0,2 prosenttia työtulovakuutuksen kuluista.



### 3.5. Oikeus käyttää terveyspalveluja ja saada korvauksia rajat ylittävissä tilanteissa

#### 3.5.1. EU-asetukset sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta

Rajat ylittävästä terveydenhuollosta säädetään ensisijaisesti EU-asetuksessa 883/04, jonka tarkoituksena on sovittaa yhteen kansallisia sosiaaliturvajärjestelmiä, ja sen täytäntöönpanoasetuksessa, EU-asetus 987/09. Euroopan talousalueesta (Eta) tehdyn sopimuksen perusteella EU-asetusta 883/04 on sovellettu 1 päivästä kesäkuuta 2012 alkaen myös Norjan, Islannin ja Liechtensteinin kansalaisiin sekä 1.4.2012 alkaen Sveitsin kansalaisiin Euroopan yhteisön ja sen jäsenvaltioiden sekä Sveitsin välillä henkilöiden vapaasta liikkuvuudesta tehdyn sopimuksen (SopS 38/2002) perusteella.

EU-asetuksissa 883/04 ja 987/09 säädetään, minkä jäsenvaltion sosiaaliturvalainsäädäntöä sovelletaan EU- tai Eta-valtioiden tai Sveitsin välillä liikkuviin henkilöihin. Pääsääntönä on, että henkilöön sovelletaan vain yhden jäsenvaltion sosiaaliturvalainsäädäntöä kerrallaan ja että henkilö ei menetä ansaitsemaansa sosiaaliturvaa muuttaessaan jäsenvaltiosta toiseen.

EU-asetuksessa 883/04 säädetyn niin kutsutun työskentelymaan periaatteen mukaan henkilöön sovelletaan pääsääntöisesti sen jäsenvaltion lainsäädäntöä, jossa hän on palkkatyössä tai itsenäisenä ammatinharjoittajana. Poikkeukset koskevat muun muassa virkamiehiä ja henkilöitä, jotka työskentelevät useassa jäsenvaltiossa. Työelämän ulkopuolella oleviin henkilöihin sovelletaan asuinjäsenvaltion lainsäädäntöä.

EU-asetus 884/04 kattaa eläkkeet, sairausetuudet, työkyvyttömyysetuudet, työtapaturmat ja ammattitaudit, perhe-etuudet ja työttömyysetuudet. Suomessa EU-asetuksessa 883/04 tarkoitettuja sairaussäännösten mukaisia luontoisetuuksia ovat julkisen terveydenhuollon palvelut, sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset ja laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005) säännellyt kuntoutusetuudet.

EU-asetuksella 883/04 turvataan henkilön oikeus lääketieteellisesti välttämättömään sairaanhoitoon toisessa valtiossa tilapäisen oleskelun tai pitkäkestoisen asumisen aikana. Lisäksi EU-asetuksessa 883/04 säädetään edellytyksistä, joiden nojalla henkilö on oikeutettu saamaan luvan saada asianmukaista sairaanhoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella. Lisäksi säännellään, mikä valtio vastaa henkilölle annetun tai annettavan sairaanhoidon kustannuksista. Kun Suomi vastaa henkilön sairaanhoitokustannuksista EU-asetuksen 883/04 nojalla, on Suomi toimivaltainen valtio.

Henkilöllä on oikeus hoitoon aina toimivaltaisessa valtiossa. Siten henkilö, jonka sairaanhoitokustannuksista Suomi vastaa, on oikeutettu kaikkiin julkisen terveydenhuollon palveluihin ja sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksiin, vaikkei henkilöllä olisi Suomessa kotikuntaa tai hän ei olisi Suomessa sairausvakuutettu. Tähän pääsääntöön poikkeuksen muodostaa vain EU-asetuksessa 883/04 määritetty henkilöpiiri, johon Suomen osalta kuuluvat Suomessa sairausvakuutetun rajatyöntekijän ulkomailta asuvat perheenjäsenet sekä ulkomailta pysyvästi asuvat eläkkeensaajat ja näiden perheenjäsenet.



EU-asetukset 883/04 ja 987/09 ovat sellaisenaan suoraan EU- ja Eta-valtioissa ja Sveitsissä noudatettavaa lainsäädäntöä. Suomessa laitosten, viranomaisten ja toimielinten toimivallasta sekä tehtävistä ja sähköisestä tiedonvaihdosta sovellettaessa EU-asetuksia 883/04 ja 987/09 säädetään EESSI-laissa.

Sairausvakuutuslaissa säädetään vakuutetulle henkilölle ulkomailla syntyneiden kustannusten korvaamisesta. Lisäksi sairausvakuutuslaissa säädetään Kansaneläkelaitoksen tehtävistä toimeenpantaessa EU-asetuksia 883/04 ja 987/09. Sairausvakuutuslain mukaisesti sairaanhoitopiirit, kunnat ja kuntayhtymät voivat saada korvauksen hoitokustannuksista, kun julkisessa terveydenhuollossa on annettu henkilölle hoitoa EU-asetuksen 883/04 tai sosiaaliturvasopimuksen perusteella.

#### *Tilapäinen oleskelu muussa kuin toimivaltaisessa jäsenvaltiossa*

EU-asetuksen 883/04 19 artiklan (*Oleskelu toimivaltaisen jäsenvaltion ulkopuolella*) perusteella henkilöllä on oikeus sairaanhoitoon, joka on lääketieteellisesti välttämätöntä toisessa valtiossa tilapäisen oleskelun aikana. Hoitoa annetaan oleskeluvaltion lainsäädännön mukaisesti. Tilapäisellä oleskelulla tarkoitetaan yleensä alle yhden vuoden kestävästä oleskelusta, esim. viikon lomamatkaa, eläkeläisen muutaman kuukauden oleskelua ulkomailla talviajalla tai lukukauden kestävästä vaihto-opiskelusta. Kyse on sellaisesta välttämättömästä hoidosta, jota ei voida siirtää annettavaksi suunnitellun paluumatkan jälkeen. Potilas maksaa hoidosta oleskeluvaltion lainsäädännön mukaisen asiakasmaksun. Toimivaltainen valtio korvaa oleskeluvaltiolle hoidon todelliset kustannukset.

Suomen valtio vastaa hoitoa antaneelle oleskeluvaltiolle potilaan hoidosta aiheutuneista kustannuksista. Jos potilas on maksanut todelliset hoitokustannukset itse, hän voi hakea kustannusten korvausta jälkikäteen hoitoa antaneelta valtiolta tai toimivaltaiselta valtiolta. Suomessa potilas voi hakea sairausvakuutuslain perusteella korvausta.

#### *Asuminen muussa kuin toimivaltaisessa jäsenvaltiossa*

Jos Suomessa sairausvakuutettu henkilö muuttaa ulkomaille alle vuodeksi, muuttoa pidetään yleensä tilapäisenä ja henkilö säilyy yleensä ulkomailla oleskelunsa ajan Suomen sosiaaliturvan piirissä. Jos sen sijaan henkilön ulkomailla oleskelun on tarkoitus kestää yli vuoden, muuttoa pidetään yleensä vakinaisena, jolloin oikeus Suomen asumisperusteiseen sosiaaliturvaan päättyy yleensä muuttohetkeen.

EU-asetuksen 883/04 17 artiklan (*Asuminen muussa kuin toimivaltaisessa jäsenvaltiossa*) perusteella henkilöllä on oikeus saada asuinvaltiossaan sairaanhoitoa asuinvaltion asukkaiden tavoin. Hoitoa annetaan asuinvaltion lainsäädännön mukaisesti. Potilas maksaa hoidosta oleskeluvaltion lainsäädännön mukaisen asiakasmaksun. Toimivaltainen valtio korvaa oleskeluvaltiolle hoidon todelliset kustannukset tai kiinteämääräiset summat.



Suomen valtio vastaa henkilön asuinvaltiolle hoidosta aiheutuneista kustannuksista. Jos potilas on maksanut todelliset hoitokustannukset itse, hän voi hakea kustannusten korvausta jälkikäteen hoitoa antaneelta valtiolta tai toimivaltaiselta valtiolta. Suomessa potilas voi hakea sairausvakuutuslain perusteella korvausta.

Jos henkilö asuu toisessa valtiossa, mutta hänen toimivaltainen valtionsa on Suomi, on henkilö oikeutettu lisäksi käyttämään Suomessa julkisen terveydenhuollon palveluja.

#### *Lupa saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella*

EU-asetuksissa 883/04 ja 987/09 on säännökset tilanteista, jolloin potilaalle on myönnettävä lupa saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella (jatkossa *asetuksen ennakkolupa*). EU-asetuksissa on myös säännökset, milloin perustellusti asetuksen ennakkoluvan voi jättää myöntämättä. Asetuksen ennakkolupaa tulisi hakea ennen hoitoa, mutta potilas voi hakea lupaa myös hoidon antamisen jälkeen.

Asetuksen ennakkolupaa on haettava toimivaltaisesta valtiosta tai asuinvaltiosta. Lupahakemukseen antaa päätöksen toimivaltainen valtio. Lupa on myönnettävä, jos kyseinen hoito kuuluu potilaan asuinvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin ja jos potilaalle ei voida antaa hoitoa lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa, huomioiden potilaan senhetkinen terveydentila ja sairauden todennäköinen kulku. Jos potilaalle voidaan järjestää lääketieteellisesti perusteltu hoito asuinvaltiossa, lupaa ei ole pakko myöntää.

Asetuksen ennakkoluvalla potilas saa hoitoa samoilla ehdoilla ja samoilla maksuilla kuin hoitoa antavan valtion asukas. Potilas maksaa hoidosta hoitoa antavan valtion asiakasmaksun. Luvan myöntäjä vastaa asiakasmaksun ylittävistä hoitokustannuksista täysimääräisesti. Lisäksi luvan myöntäjä vastaa hoitoon erottamattomasti liittyvistä matkan ja oleskelun kustannuksista potilaan ja tämän saattajan osalta.

Jos potilas on asetuksen ennakkoluvan saatuaankin joutunut maksamaan todelliset hoitokustannukset itse, hän voi hakea kustannusten korvausta jälkikäteen hoitoa antaneelta valtiolta tai toimivaltaiselta valtiolta. Suomessa potilas voi hakea hoitokustannuksiin korvausta asiakasmaksulain perusteella. Matkojen, lääkeostojen ja yöpymisen kustannukset korvataan sairausvakuutuslain nojalla sairaanhoitovakuutuksesta.

Suomessa asuvalle henkilölle asetuksen ennakkoluvan myöntämisestä vastaa Kansaneläkelaitos julkisen terveydenhuollon asiasta antaman sitovan lausunnon perusteella (EESSI-laki 14 §). Lausunnossa sairaanhoitopiiri arvioi, onko hoito potilaalle lääketieteellisesti perusteltu, annettaisiinko sama tai vastaava hoito julkisessa terveydenhuollossa ja olisiko hoito mahdollista antaa Suomessa kohtuullisessa ajassa. Jos lupa myönnetään, hoidon kustannuksista vastaa hoitoa antaneelle valtiolle ensin Kansaneläkelaitos valtion varoista. Se laskuttaa kustannuksen edelleen lausunnon antaneelta sairaanhoitopiiriltä, joka yleensä edelleen laskuttaa kustannuksen vakuutetun kotikunnalta. Jos henkilöllä ei ole kotikuntaa, kustannusvastuu jää valtiolle.



Jos muualla kuin Suomessa asuvalle henkilölle on toisesta valtiosta myönnetty asetuksen ennakkolupa hoidon saamiseksi Suomessa, päättää julkinen terveydenhuolto itsenäisesti, ottaako se henkilön hoidettavaksi. Jos se ottaa henkilön hoidettavaksi, hoidon järjestämiseen ja antamiseen sovelletaan suomalaista lainsäädäntöä kuten kunnan asukkaan tilanteessa. Henkilö maksaa itse hoidosta sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain mukaisen kotikuntalaisen asiakasmaksun. Julkinen terveydenhuolto laskuttaa aiheutuneet hoitokustannukset Kansaneläkelaitokselta, joka edelleen laskuttaa ne luvan myöntäjältä ja suorittaa korvauksen hoitoa antaneelle julkiselle terveydenhuollolle.

### 3.5.2. Muut rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteet

Potilas voi hakeutua hoitoon toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin myös ilman ennakkolupaa. Tällöin potilaan tulee itse maksaa hoidon todelliset kustannukset. Suomessa sairausvakuutettu potilas voi jälkikäteen hakea sairausvakuutuslain perusteella korvausta hoitokustannuksista. Tällöin potilaalle maksetaan sairaanhoitokorvauksia lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista, hoito- ja tutkimuskustannuksista sekä lääkkeitä. Kustannukset korvataan enintään siihen määrään, joka olisi korvattu Suomessa annetusta hoidosta, vähennettynä ulkomailta mahdollisesti saaduilla korvauksilla. Potilaalle ei makseta korvauksia matkakustannuksista.

Kun henkilö muuttaa Suomesta pysyvästi asumaan muuhun kuin EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin tai sosiaaliturvasopimusvaltioon, hänen oikeutensa julkiseen terveydenhuoltoon Suomessa perustuu ainoastaan kotikuntalakiin sekä kiireellisen hoidon tarpeen tilanteissa terveydenhuoltolain 50 §:ään.

#### *Muualla kuin EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä aiheutunut kustannus*

Muualla kuin EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä vakuutetulle aiheutuneen sairaanhoitokustannuksen korvaaminen ratkaistaan sairausvakuutuslain mukaisesti. Oikeus sairaanhoitokorvaukseen syntyy, jos potilas on ulkomailla ollessaan sairastunut tai joutunut raskauden tai synnytyksen vuoksi hoidon tarpeeseen ja hän on maksanut itse hoitokustannukset. Jos potilas varta vasten hakeutuu hoitoon EU- tai Eta-valtioiden tai Sveitsin ulkopuolelle, ei kustannuksista makseta sairausvakuutuslain nojalla korvausta.

#### *Sosiaaliturva- ja sairaanhoitosopimukset*

Suomella on kahdenvälisiä sosiaaliturvasopimuksia Chilen, Israelin, Kanadan, Pohjoismaiden ja Amerikan yhdysvaltain kanssa, sosiaaliturvasopimusjärjestely Kanadan Québecin osavaltion kanssa sekä sairaanhoito- ja sosiaaliturvasopimukset Australian kanssa. Näistä sopimuksista Australian, Kanadan Québecin osavaltion, Chilen ja Israelin sopimukset sisältävät määräyksiä, joilla on merkitystä henkilön oikeuteen saada hoitoa tai hoitokustannusten korvauksia. Näiden sopimusten henkilöllinen ja asiallinen soveltamisala eroavat merkittävästi toisistaan.

*Australian sairaanhoitosopimus* koskee sopimuspuolen alueella tilapäisesti oleskelevan vakuutetun oikeutta saada välitöntä sairaanhoitoa avo- tai sairaalahoidossa. Potilas maksaa itse





hoitokustannuksesta saman asiakasmaksun kuin sopimusvaltion asukas vastaavassa tilanteessa. Valtiot eivät sopimuksen nojalla laskuta todellisia hoitokustannuksia toisiltaan tai potilaalta.

*Kanadan Quebecin osavaltion sosiaaliturvasopimusjärjestely* koskee terveydenhuoltoa ja sairausvakuutusta. Sopimusta sovelletaan pääsääntöisesti vain henkilöihin, jotka työskentelevät tai opiskelevat määräaikaisesti toisen sopimuspuolen alueella. Potilas on oleskeluaikanaan oikeutettu tarvitsemaansa hoitoon ja maksaa itse hoitokustannuksesta saman asiakasmaksun kuin sopimusvaltion vakuutettu vastaavassa tilanteessa. Valtiot eivät sopimuksen nojalla laskuta todellisia hoitokustannuksia toisiltaan tai potilaalta.

*Israelin sosiaaliturvasopimuksessa* määrätään, että Suomesta Israeliin lähetetty työntekijä perheenjäsenineen säilyttää oikeutensa sosiaaliturvaetuuksiin kuten hän edelleen asuisi ja työskentelisi Suomessa. Siten sopimuksen piiriin kuuluvat henkilöt säilyttävät oikeutensa julkisen terveydenhuollon palveluihin, vaikka heillä ei olisi Suomessa kotikuntaa. Potilas maksaa itse hoitokustannuksesta kuntalaisen asiakasmaksun. Hoitokustannuksista ei makseta valtion korvausta.

*Chilen sosiaaliturvasopimuksessa* määrätään eläkeläisen sairaanhoitoetuuksista. Sopimuksen mukaan henkilö, joka saa eläkettä Suomen tai Chilen lainsäädännön mukaisesti ja asuu toisen sopimuspuolen alueella, on oikeutettu sairaanhoitoetuuksiin samoin ehdoin kuin asuinvaltion lainsäädännön piiriin kuuluvat eläkeläiset. Suomessa asuvilla eläkeläisillä on oikeus näihin etuuksiin kansallisen lainsäädännön perusteella, joten sopimus ei muuta heidän asemaansa.

*Pohjoismainen sosiaaliturvasopimus* vaikuttaa opiskelijan, eläkeläisen ja muiden työelämän ulkopuolella olevien sosiaaliturvaan. Sopimusta sovelletaan samoihin etuuksiin, joita EU-asetus 883/04 koskee. Sopimuksen säännöksiä sovelletaan EU-asetuksen 883/04 henkilöpiiriin lisäksi henkilöihin, jotka eivät kuulu asetuksen henkilölliseen soveltamisalaan, mutta kuuluvat tai ovat kuuluneet jonkun Pohjoismaan lainsäädännön piiriin, tai johtavat perheenjäsenenä tai edunsaajana oikeuksia tällaisista henkilöistä. Sopimuksessa määrätään, että potilaan ei sairaanhoidon saamiseksi ole välttämätöntä noudattaa EU-asetuksen 883/04 hallinnollisia menettelyjä. Potilas on toisessa Pohjoismaassa oleskelunsa aikana oikeutettu tarvitsemaansa hoitoon ja maksaa saman asiakasmaksun kuin hoitoa antavan valtion asukas. Valtiot eivät sopimuksen nojalla laskuta todellisia hoitokustannuksia toisiltaan tai potilaalta. Sopimuksen perusteella hoitoa saaneella potilaalla on oikeus saada oleskeluvaltiostaan korvausta paluumatkan lisäkustannuksiin.

### *Ostopalvelu*

Julkinen terveydenhuolto voi järjestää järjestämisvelvollisuutensa piiriin kuuluvan sairaanhoidon hankkimalla palvelut ostopalveluna ulkomailta. Tällöin ei noudateta rajat ylittävän terveydenhuollon korvaamista koskevia säännöksiä, vaan ostopalvelun hankkijana toimiva julkinen



terveydenhuolto vastaa aiheutuneista kustannuksista. Asiakkaalle jää maksettavaksi vastaava asiakasmaksu kuin kotimaassa annetusta palvelusta.

Kansaneläkelaitos voi järjestää samoin edellytyksin vakuutetulle laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005) säännellyt kuntoutusetuudet ulkomailla.

### 3.6. Kustannusten hallinnointi

Nykyisin rajat ylittävän terveydenhuollon kustannuksista vastaavat tilanteesta riippuen valtio, kunnat tai sairausvakuutusrahasto. Potilaalle ulkomailla aiheutuneen hoitokustannuksen korvauksia sekä valtioiden välisiä että valtion, sairausvakuutusrahaston ja julkisen terveydenhuollon kustannusten korvauksia hallinnoi Suomessa Kansaneläkelaitos sairausvakuutuslain (15 luku 16 §) nojalla.

#### *Ulkomailla aiheutuneet kustannukset*

Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksesta valtion varoista rahoitetaan potilaan ulkomailla saaman hoidon kustannukset, kun Suomi on toimivaltainen valtio. Valtio vastaa kustannuksista, jos hoitoa on annettu potilaalle äkillisen sairastumisten tai asumisen tilanteessa. Valtio vastaa myös asetuksen ennakkoluvalla annetun hoidon kustannuksista, jos potilaalla ei ole kotikuntaa Suomessa. Lisäksi valtio vastaa potilaalle maksettujen korvauksien kustannuksista, jos kustannukset on korvattu hoidonantajavaltion lainsäädännön mukaisina.

EU-asetuksen 883/04 nojalla ulkomailla annetun hoidon kustannuksista voidaan laskuttaa toimivaltaiselta valtiolta joko todellisten kustannusten mukaan tai kiinteämääräisten summien mukaan. Suomelta laskutettavat kustannukset voidaan jakaa karkeasti puoliksi todellisiin kustannuksiin ja kiinteämääräisiin summiin.

Suomella on Pohjoismaiden ja Yhdistyneen kuningaskunnan kanssa sopimukset, joiden nojalla valtiot eivät laskuta todellisia hoitokustannuksia toisiltaan tai vakuutetulta. Sopimusten nojalla vakuutetuille sopimusvaltiossa aiheutuneiden kustannusten suuruudesta ei ole tietoa. Koska henkilöitä liikkuu Suomesta enemmän toisiin Pohjoismaihin ja Yhdistyneeseen kuningaskuntaa esimerkiksi työnteon ja opintojen takia, kuin näistä valtioista tulee henkilöitä Suomeen, voidaan arvioida, että hoitokustannusten laskuttamatta jättäminen on Suomelle edullista.

Kansaneläkelaitoksen tilastotietojen mukaan Suomi vastaanotti toisilta EU- ja Eta-valtioilta ja Sveitsiltä hoidosta aiheutuneista kustannuksista laskuja seuraavasti: vuonna 2010 vastaanotettiin 14 933 laskua, joiden yhteissumma oli noin 11,3 milj. euroa. Vuonna 2011 vastaanotettiin 21 724 laskua, joiden yhteissumma oli noin 15,3 milj. euroa. Vuonna 2012 vastaanotettiin 25 382 laskua, joiden yhteissumma oli 15,5 milj. euroa.

Kansaneläkelaitos maksoi vuonna 2010 sairausvakuutuslain perusteella sairaanhoitokorvauksia noin 1742,2 milj. euroa ja vuonna 2011 noin 1811,4 milj. euroa. Kansaneläkelaitoksen tilastojen



mukaan potilaille maksettiin sairaanhoitokorvauksia ulkomailla aiheutuneista kustannuksista seuraavasti: Vuonna 2010 korvauksia haettiin noin 9,3 milj. euron kustannuksista ja korvauksia myönnettiin noin 1,1 milj. euroa. Näistä kustannuksista noin 4,7 milj. euroa oli aiheutunut EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä ja niistä maksettiin korvauksia noin 0,7 milj. euroa. Vuonna 2011 korvauksia haettiin noin 13 milj. euron kustannuksista ja korvauksia myönnettiin noin 1,6 milj. euroa. Näistä kustannuksista noin 7,4 milj. euroa oli aiheutunut EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä ja niistä maksettiin korvauksia noin 1,1 milj. euroa.

Kansaneläkelaitos laskutti sairaanhoitopiireiltä asetuksen ennakkoluvan perusteella ulkomailla annetun hoidon kustannuksia vuonna 2009 noin 353 840 euroa ja vuonna 2010 noin 234 340 euroa. Näitä aiempina vuosina summat ovat selvästi pienempiä, muutamia kymmeniä tuhansia euroja. Vuonna 2011 sairaanhoitopiireiltä laskutettiin noin 33 000 euroa ja vuonna 2012 noin 205 000 euroa.

Sairaanhoitopiirit ovat aiemmin erikoissairaanhoitolain (31 a §) perusteella voineet myöntää itsenäisesti asetuksen ennakkolupia. Näiden lupien perusteella ulkomailla annetun hoidon kustannuksista ei ole kattavaa tietoa. Koska valtaosa EU- ja Eta-valtioista ja Sveitsistä on kuitenkin myös EY-asetuksen 1408/71 soveltamisaikana edellyttänyt kustannusten hallinnointia Kansaneläkelaitoksen kautta, voidaan arvioida, että nämä sairaanhoitopiirien ja ulkomaiden väliset suoraan laskutetut kustannukset ovat olleet verraten pieniä Kansaneläkelaitoksen kautta tapahtuneisiin rahavirtoihin verrattuna.

#### *Suomessa aiheutuneet kustannukset*

Valtion varoista korvataan (jatkossa *valtion korvaus*) sairausvakuutuslain (15 luku 16 a §) perusteella kunnille, kuntayhtymille ja sairaanhoitopiireille kustannukset, kun julkisessa terveydenhuollossa on annettu hoitoa henkilölle EU-asetuksen 883/04 tai sosiaaliturvasopimuksen perusteella. Valtion korvausta suoritetaan myös sellaisista julkisessa terveydenhuollossa aiheutuneista kustannuksista, kun hoitoa on annettu pysyvästi toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä asuvalle henkilölle, jonka hoitokustannuksista toimivaltainen valtio on Suomi. Vuonna 2009 valtion korvauksia maksettiin noin 9,38 milj. euroa, vuonna 2010 noin 7,8 milj. euroa, vuonna 2011 noin 8,3 milj. euroa ja vuonna 2012 noin 12,8 milj. euroa.

Muualla vakuutetulla henkilöllä, jonka oikeus hoitoon Suomessa perustuu EU-asetukseen 883/04 tai Suomea sitovaan sosiaaliturvasopimukseen, on oikeus myös sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksiin. Kansaneläkelaitos maksoi muualla vakuutetuille henkilöille näitä sairaanhoitokorvauksia vuonna 2010 noin 98 894 euroa ja vuonna 2011 noin 193 500 euroa.

Suomi laskuttaa toisilta EU- ja Eta-valtioilta ja Sveitsiltä kustannukset, kun muualla vakuutetulle henkilölle on annettu Suomessa julkisessa terveydenhuollossa hoitoa tai maksettu sairaanhoitokorvauksia EU-asetuksen 883/04 nojalla. Kun nämä kustannukset ovat aiheutuneet sosiaaliturvasopimuksen nojalla, kustannukset jäävät valtiolle ja sairausvakuutusrahastolle. Suomi



ei laskuta kustannuksia toisilta Pohjoismailta tai Yhdistyneeltä kuningaskunnalta näiden valtioiden kanssa tehtyjen kustannusten laskuttamatta jättämisestä tehtyjen sopimusten mukaisesti.

Kansaneläkelaitoksen tilastotietojen mukaan Suomi laskutti toisilta EU- ja Eta-valtioilta ja Sveitsiltä sairaanhoitokustannuksia seuraavasti: vuonna 2009 lähetettiin 12 717 laskua, joiden yhteissumma oli noin 6,5 milj. euroa. Vuonna 2010 lähetettiin 6 444 laskua, joiden yhteissumma oli noin 3,3 milj. euroa. Laskujen vähäinen määrä vuonna 2010 johtui Kansaneläkelaitoksen tietojärjestelmä uudistuksesta, jonka käyttöönotto siirsi osan laskujen käsittelyä vasta seuraavalle vuodelle. Vuonna 2011 lähetettiin 7 638 laskua, joiden yhteissumma oli noin 7,1 milj. euroa. Vuonna 2012 lähetettiin 6 741 laskua, joiden yhteissumma oli noin 6,3 milj. euroa.

Kunnat vastaavat nykyisin julkisessa terveydenhuollossa aiheutuneista kustannuksista, kun hoitoa on annettu henkilölle, jonka toimivaltainen valtio on Suomi työskentelyyn perustuvan työeläke- tai sairausvakuuttamisen perusteella. Näillä henkilöillä voi olla kotikunta Suomessa, mutta on tilanteita, joissa henkilöillä ei ole kotikuntaa. Lisäksi kunnat vastaavat asetuksen ennakkoluvalla aiheutuneista hoidon kustannuksista, jos henkilö on kunnan asukas.

Kansaneläkelaitoksen tilastotietojen mukaa julkisessa terveydenhuollossa on hoidettu viime vuosina enemmän muualla vakuutettuja henkilöitä toisten valtioiden myöntämien asetuksen ennakkolupien nojalla kuin Suomesta on myönnetty potilaille näitä lupia ulkomailla annettavaa hoitoa varten. Julkinen terveydenhuolto antaa muualla vakuutetulle henkilölle luvan perusteella hoidon ja laskuttaa hoidon todelliset kustannukset Kansaneläkelaitoksen kautta luvan myöntäjältä.

Vuonna 2008 Kansaneläkelaitos suoritti julkiselle terveydenhuollossa korvauksia toisen valtion myöntämän asetuksen ennakkoluvan perusteella aiheutuneista hoidon kustannuksista seuraavasti: vuonna 2007 korvattiin noin 1 milj. euroa. Tämä korvaus sisälsi useina aiempina vuosina syntyneiden kustannusten korvauksia. Vuonna 2008 korvattiin noin 275 000 euroa ja vuonna 2009 noin 434 000 euroa. Vuonna 2010 korvattiin noin 0,5 milj. euroa ja vuonna 2011 noin 0,7 milj. euroa. Vuonna 2012 korvattiin noin 1,1 milj. euroa.

### 3.7. Maahanmuuttodirektiivit

Maahanmuuttodirektiivit koskevat EU:n ulkopuolelta Suomeen työhön tulevia henkilöitä. Niin sanottujen maahanmuuttodirektiivien eli erityisosaajadirektiivin ([EY/50/2009](#)) ja yhdistelmä lupadirektiivin (puitedirektiivin) ([EU/98/2011](#)) sekä edelleen valmistelussa olevien kausityöntekijädirektiiviehdotuksen ([U 33/2010 vp](#)) ja yritysten sisällä siirtyviä kolmannen maan kansalaisia koskevan direktiiviehdotuksen (ICT-direktiivin) ([U 36/2010 vp](#)), tarkoittamat työntekijät tulevat oikeutetuiksi sosiaaliturvaan yhdenvertaisesti oman maan kansalaisten kanssa.

*Erityisosaajadirektiivin* tarkoituksena on edistää kolmansista maista tulevien sellaisten työntekijöiden muuttamista unionin alueelle, joiden työskentely edellyttää korkeaa pätevyyttä. Heille myönnettävällä sinisellä kortilla (Blue card) tarkoitetaan oleskelulupaa, joka oikeuttaa asumaan ja työskentelemään jäsenvaltion alueella. Työsuhde on oltava kestoltaan vähintään vuosi.



Erityisosaajadirektiivi on toimeenpantu kansalliseen lainsäädäntöön 1.1.2012 lukien. EU:n sinisen kortin haltija perheenjäsenineen tulee Suomessa sairausvakuutetuksi, jolloin hän saa käyttöönsä Kela-kortin. Hän voi saada Suomessa kotikunnan, jos edellytykset täyttyvät. Vaikka henkilö ei saisi Suomessa kotikuntaa, hänet rinnastetaan julkisen terveydenhuollon osalta henkilöön, jolla on kotikunta, ja siten hänellä on oikeus Suomessa julkisen terveydenhuollon kaikkiin palveluihin kotikuntalaisen asiakasmaksulla. Hoitokustannuksista ei makseta valtion korvausta.

*Yhdistelmälapadirektiivin* (puitedirektiivi, 98/2011/EY) toimeenpanoa valmistellaan kansalliseen lainsäädäntöön, joka on tarkoitus saattaa voimaan 1.1.2014 lukien. Direktiivi velvoittaa jäsenmaita kohtelemaan EU:n alueelle tulevia kolmansien maiden kansalaisia yhdenvertaisesti oman maan kansalaisten kanssa sosiaaliturvan alalla, joka sisältää muun muassa julkisen terveydenhuollon palvelut. Julkisen terveydenhuollon palvelujen osalta yhdenvertaisuus tulisi toteuttaa muuttamalla kansanterveyslakia ja erikoissairaanhoidolakia (terveydenhuoltolakia) siten, että kotikuntaa vailla olevat kolmansista maista tulevat työntekijät rinnastettaisiin kuntalaisiin. Muutosten on arvioitu tilastojen valossa koskevan vuositasolla noin 1 500 kolmansista maista tulevaa henkilöä.

EU:ssa on vireillä *kausityöntekijädirektiiviehdotus* [KOM(2010) 379] säätäminen Euroopan komission vuonna 2010 antaman ehdotuksen perusteella (Ehdotus Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi kolmansien maiden kansalaisten maahantulon ja oleskelun edellytyksistä kausityötä varten). Direktiivin perusteella kolmansista maista tulevia kausityöntekijöitä on kohdeltava yhdenvertaisesti sosiaaliturvan alalla. Henkilöillä tulisi olla oikeus julkisen terveydenhuollon palveluihin ja sairausvakuutukseen työskentelyn ajalle. Kausityöntekijän työskentely kestäisi enintään 5–9 kuukautta 12 kuukauden ajanjaksona. Direktiivi koskee matkailun ja maatalouden kausityötä. Suomessa on vuosittain noin 9 000–10 000 maatalouden kausityöntekijää, joista suurin osa työskentelee noin 3 kuukautta.

*Yritysten sisällä siirtyviä kolmannen maan kansalaisia (ICT-direktiivi) koskevan direktiiviehdotuksen* [KOM(2010) 378] tavoitteena on edistää kolmannessa maassa toimivien yritysten mahdollisuuksia lähettää työntekijöitään työskentelemään EU-valtioihin sijoittuneessa tytäryhtiössään ja siirtyä tarvittaessa tytäryhtiöidensä välillä jäsenvaltiosta toiseen. Direktiivi koskee vain johtajia, tarkasti rajattuja asiantuntijatehtäviä sekä eräitä harjoittelijoita. Direktiivin perusteella kolmansista maista yritysten sisällä siirtyviä henkilöitä on kohdeltava yhdenvertaisesti sosiaaliturvan alalla lukuun ottamatta perhe-etuuksia. Osalla kyseistä henkilöistä on Suomessa kotikunta, osalla ei ole kotikuntaa oleskelun lyhytkestoisuuden vuoksi. Kotikuntaa vailla olevilla henkilöillä on kuitenkin oikeus julkisen terveydenhuollon palveluihin ja sairausvakuutuksen etuuksiin. Direktiivin on arvioitu tilastojen valossa koskevan vuositasolla noin 900 kolmansista maista tulevaa henkilöä.

Lähtökohtana on ollut, että valtio vastaisi julkisessa terveydenhuollossa aiheutuneista hoitokustannuksista, kun hoitoa on annettu direktiivien nojalla Suomessa oleskelevalle henkilölle, jolla ei ole Suomessa kotikuntaa.



### 3.8. Toisessa valtiossa annetun lääkemääräyksen toimittaminen Suomessa

Voimassa oleva lääkelaki ei sisällä säännöksiä Suomen ulkopuolella annettujen lääkemääräysten toimittamisesta Suomessa. Lääkeasetuksen (693/1987) 29 §:ssä säädetään, että Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus määrää ne perusteet, missä laajuudessa Ruotsissa, Tanskassa, Norjassa tai Islannissa laillistetun lääkärin sanotuissa maissa kirjoittamien, muita kuin vuoden 1961 huumausaineyleissopimuksen listoissa I, II ja IV sekä psykotrooppisia aineita koskevan yleissopimuksen listoissa I ja II mainittuja huumausaineita koskevien lääkemääräysten perusteella voidaan toimittaa lääkkeitä Suomessa. Tarkemmat säännökset pohjoismaisen lääkemääräyksen toimittamisesta Suomessa on annettu Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen määräyksessä 5/2011.

### 3.9. EU-oikeuskäytäntö

EU-tuomioistuin (EUT) on vuodesta 1998 alkaen antanut useita tuomioita<sup>4</sup> hoitoon hakeutumiseen liittyen. Tuomioistuin on oikeuskäytännössään paitsi täsmentänyt aiemmin voimassa olleen EY-asetuksen 1408/71 hoitoon hakeutumista koskevia säännöksiä, myös luonut asetuksen rinnalle laajemman mahdollisuuden hakeutua hoitoon toiseen EU-lainsäädäntöä soveltavaan valtioon ja saada hoidosta korvaus. Pohjana EU-tuomioistuimen hoitoon hakeutumista koskevalle oikeuskäytännölle on ollut perustamissopimusten palvelujen vapautta koskevat määräykset, erityisesti EY 49 ja 50 artiklat (nykyään Euroopan unionista tehdyn sopimuksen 56 ja 57 artiklat).

EU-tuomioistuin on useassa yhteydessä todennut, että vaikka sosiaaliturva kuuluu jäsenvaltioiden yksinomaiseen toimivaltaan, on jäsenvaltioiden joko suoraan perussopimusten tai niiden nojalla annettujen yhteisön toimien, kuten esimerkiksi sosiaaliturvan yhteensovittamista koskevien asetusten, nojalla ”*mukautettava sosiaaliturvajärjestelmiään ilman, että voitaisiin katsoa, että tällä tavoin loukataan niiden yksinomaista toimivaltaa alalla*”. (Esim. Watts [C-372/04](#), kohta 121 sekä Müller-Fauré ja van Riet [C-385/99](#), kohta 102.)

EU-tuomioistuin on todennut, että terveydenhuolto on taloudellista toimintaa riippumatta siitä, mikä sen rahoituspohja on. Taloudellisena toiminta se tulee myös palvelujen vapauden piiriin. Mitään eroa julkisten tai yksityisten palveluiden välillä ei tässä mielessä voida EUT:n näkemyksen mukaan tehdä.

---

<sup>4</sup> Ks. (<http://curia.europa.eu/>) Pierik I C-177/77 ja Pierik II 182/78, Duphar DV ja muut v. Alankomaat C-238/82, yhdistetyt asiat Luisi ja Carbone C-286/82 ja C-26/83, SPUC C-159/90, Decker C-120/95, Kohll C-158/96, Molenaar C-160/96, Vanbraekal C-368/98, Ferlini C-411/98, Geraets, ent. Smits ja Peerbooms C-157/99, Müller-Fauré ja van Riet C-385/99, Rundgren C-389/99, IKA – Ioannidis C-326/00, Inizan C-56/01, Leichtle C-08/02, Keller C-145/03, Watts C-372/04, Herrera C-466/04, Nikula C-50/05, Stamatelaki C-444/05, Euroopan komissio v. Euroopan parlamentti ja neuvosto C-299/05, Von Chamier-Glisczinski C-208/07, Euroopan komissio v. Espanjan tasavalta C-211/08, Euroopan komissio v. Ranska C-512/08, Elchinoc C-173/09, Euroopan komissio v. Portugalin tasavalta C-255/09



EU-tuomioistuimen oikeuskäytännössä omaksuttu peruslinja on varsin selväpiirteinen: perustamissopimuksen 49 artikla estää kaikkien sellaisten kansallisten säännösten soveltamisen, joiden vuoksi palvelujen tarjoaminen jäsenvaltioiden välillä on vaikeampaa kuin niiden tarjoaminen pelkästään jäsenvaltion sisällä. Siten kansallisesti on arvioitava, onko kansallinen sääntely yhteen sovitettavissa palveluiden vapauden kanssa tai onko sääntely sellaista, että se rajoittaa palveluiden vapautta. Jos kyse on rajoittamisesta, on arvioitava rajoitteen oikeutusta tarpeellisuuden, tavoiteltavien päämäärien ja syrjimättömyyden näkökulmista.

EU-tuomioistuin on luonut kaksivaiheisen testin, jolla se määrittää, onko hoitoon hakeutumista koskeva kansallinen sääntely yhteen sovitettavissa palvelujen vapauden kanssa. Testin ensimmäisessä vaiheessa määritellään onko sääntely sellaista, että se rajoittaa palvelujen vapautta. Jos näin on, toisessa vaiheessa arvioidaan onko kyseessä kuitenkin oikeutettu rajoitus. Rajoituksen oikeutusta arvioidaan kolmen kriteerin avulla: onko rajoitus tarpeellinen, suhteessa sillä tavoiteltaviin päämääriin ja syrjimätön.

EU-tuomioistuin ei yleensä ole osoittanut ymmärrystä jäsenvaltioiden argumentoimille mahdollisille terveysjärjestelmien taloudellisille ongelmille liikkuvuuden lisääntyessä. Perusteena on ollut, että yksittäisen potilaan hoidon kustannukset tai avohoidon kustannukset kaiken kaikkiaan eivät ole niin korkeat, että ne vaarantaisivat jäsenvaltion terveyspalvelujärjestelmän taloudellisen kestävyuden. Sairaalahoidon osalta tuomioistuin on hyväksynyt myös taloudelliset argumentit, mutta vain tiukoin edellytyksin eli jäsenvaltion on voitava näyttää, että sen järjestelmä ja/tai väestön terveys on vaarassa.

Oikeuskäytännön perusteella näyttää siltä, että lähes mikä tahansa sääntelytoimi voi olla puuttumista palvelujen vapauteen. EUT on lisäksi suhtautunut vapauden rajoitukseen varsin tiukasti ja asettanut puuttumiskynnyksen korkealle. Etukäteen näyttäisi olevan lähes mahdotonta varmistua siitä, ettei järjestelmä voisi joutua EU-tuomioistuimen arvioitavaksi ja todettaisi liian rajoittavaksi. Näin erityisesti silloin, kun kohtelu on erilaista koti- ja ulkomailla.

Olenainen erottelu EU-tuomioistuimen käytännössä näyttää olevan sen suhteen, onko kyseessä ollut hoito, jonka korvattavuuden edellytykseksi on voitu asettaa myönnetty ennakkolupa vai ei. Sellaisen hoidon osalta, jonka korvattavuuden edellytykseksi voidaan asettaa ennakkolupa, EU-tuomioistuimen oikeuskäytäntö on varsin yksiselitteistä: korvauksen suuruuden määrittelyssä on vertailukohtana käytettävä hintaa, jolla potilas saa hoidon kotimaansa julkisen järjestelmän puitteissa. Tämä käy ilmi muun muassa asiassa Watts C-372/04 annetusta ratkaisusta.

Ennakkolupamenettely on EU-tuomioistuimen mukaan oikeutettu tilanteissa, joissa on kyse suunnittelua vaativasta, sairaalassa annetusta hoidosta tai hoidosta, joka vaatii suurten ja kalliiden lääketieteellisten laitteiden käyttämistä. Tarkemmat perustelut ennakkoluvan oikeutukselle löytyvät EU-tuomioistuimen oikeustapauksista. (Ks. kokoavasti Elchinov C-173/09.)



Tuomioissa Decker C-120/95 ja Kohll C-158/98 EU-tuomioistuin vahvisti ensimmäistä kertaa, että tavaroiden ja palveluiden vapaan liikkuvuuden periaate ulottuu myös sosiaaliturvajärjestelmiin luettaviin terveystalouteihin. Kyse oli Luxemburgin kansalaisen hammashoidon korvaamisesta, kun hoito oli saatu Saksassa. Luxemburgin lainsäädännön mukaan ulkomailla annettu hoito korvattiin vain, jos sitä varten oli saatu ennakkolupa. Tapauksessa ennakkolupaa ei myönnetty, koska kyseessä ei ollut kiireellinen hoito ja se voitiin antaa myös Luxemburgissa.

Tuomioistuimen mukaan hoitoa, jota annetaan toisessa jäsenvaltiossa sairaalainfrastruktuurin ulkopuolella vastiketta vastaan, tulee pitää perustamissopimuksen 50 (nykyinen 57) artiklassa tarkoitettuna palveluna. Tuomioistuin kiinnitti huomiota siihen, että kansallisessa lainsäädännössä toisessa jäsenvaltiossa suoritettujen kulujen korvaaminen edellytti ennakkolupaa. Sitä vastoin siinä jäsenvaltiossa, jossa asianomainen oli vakuutettu, aiheutuneiden kulujen korvaamiseksi ei edellytetty ennakkolupaa.

Tuomioistuimen mukaan tällainen sääntely rajoittaa sosiaalivakuutettujen mahdollisuuksia turvautua toiseen jäsenvaltioon sijoittautuneisiin sairaanhoitopalveluiden tarjoajiin ja loukkaa palveluiden tarjoamisen vapautta. Puhtaasti taloudellisia tavoitteita ei tuomioistuimen mukaan voida pitää syinä, joiden vuoksi palveluiden tarjoamisen vapauden rajoittaminen voisi olla perusteltua. Sosiaaliturvajärjestelmän taloudellisen tasapainon vakavan järkkymisen vaara saattaa kuitenkin olla sellainen yleisen edun mukainen pakottava syy, jonka vuoksi tämäntyyppistä rajoittamista voidaan pitää perusteltuna. Toisessa jäsenvaltiossa suoritettun hammashoidon korvaaminen sen jäsenvaltion korvaustaksojen mukaan, jossa asianomainen on vakuutettu, ei kuitenkaan vaikuta merkittävästi sosiaaliturvajärjestelmän rahoitukseen.

Jäsenvaltioilla on periaatteessa mahdollisuus rajoittaa palveluiden tarjoamisen vapautta kansanterveyssyistä. Koska lääkärin ja hammaslääkärin ammatista on annettu useita yhdenmukaistavia direktiivejä, kyseistä kansallista lainsäädäntöä ei tuomioistuimen mukaan voida pitää kansanterveyden vuoksi perusteltuna sillä perusteella, että tällä tavoin turvattaisiin muissa jäsenvaltioissa suoritettujen sairaanhoitopalveluiden laatu. Muissa jäsenvaltioissa toimiville lääkäreille ja hammaslääkäreille tuleekin turvata samanlaiset mahdollisuudet käyttää palveluiden tarjoamisen vapautta kuin lääkäreille ja hammaslääkäreille, jotka toimivat kyseisessä jäsenvaltiossa.

Lisäksi tuomioistuin totesi riittävän monipuolisten ja kaikkien saatavilla olevien sairaanhoito- ja sairaalapalveluiden turvaamistavoitteen osalta, että se voi johtaa poikkeuksiin kansanterveyden perusteella. Jäsenvaltioilla on mahdollisuus rajoittaa sairaanhoitoja sairaalapalveluiden tarjoamisen vapautta, kun tietyn hoitokapasiteetin tai lääketieteellisen pätevyyden ylläpitäminen tietyssä jäsenvaltiossa on välttämätöntä kansanterveydellisistä syistä. Tätä ei kuitenkaan ollut kyseisessä tapauksessa osoitettu. Tuomioistuin totesi, että kansallinen lainsäädäntö, jonka mukaan toisessa jäsenvaltiossa toimivan hammaslääkärin suorittamista oikomispalveluista aiheutuvien kulujen korvaaminen sen jäsenvaltion korvaustaksan mukaisesti, jossa asianomainen





on vakuutettu, edellyttää vakuutetun sosiaaliturvalaitoksen antamaa ennakkolupaa, on palveluiden tarjonnan vapauden periaatteen vastainen.

EU-tuomioistuin on antanut useita muita terveydenhuoltoa koskevia tuomioita tapauksissa, joissa sairaanhoitopalveluja on hankittu toisesta jäsenvaltiosta, esimerkiksi Gerats (ent. Smits) ja Peerboms (C-157/99) ja Vanbraekel (C-368/98). Annetut ratkaisut ovat koskeneet Luxemburgin, Belgian, Alankomaiden ja Kreikan järjestelmiä. Tapauksessa Gerats (ent. Smits) ja Peerboms tuomioistuin vahvisti, että sairaanhoitopalvelut kuuluvat palvelujen tarjoamisen vapauden soveltamisalaan, eikä ole syytä tehdä eroa sen mukaan, onko kysymyksessä sairaalassa tai sen ulkopuolella annettava hoito. Ennakkoluvan vaatiminen ei sinänsä ole unionin oikeuden vastaista, mutta sen tulee täyttää tietyt edellytykset.

Alankomaiden järjestelmää sekä Saksassa ja Belgiassa saatuja hoitoja koskeneessa tuomiossaan Müller-Fauré ja van Riet (C-385/99) tuomioistuin katsoi, ettei palvelujen tarjoamisen vastaista ole edellyttää ennakkolupaa sairaalahoidosta, joka on saatu jossakin muussa kuin vakuutetun sairausvakuutuslajan jäsenvaltiossa olevalta hoitopalvelujen tarjoajalta, jonka kanssa sairausvakuutuslajalla ei ollut sopimusta. Palvelujen tarjoamisen vastaista ole myöskään se, että luvan myöntäminen edellyttää, että se on ollut vakuutetun hoidon kannalta tarpeen. Ennakkolupa voidaan tuomion mukaan kuitenkin tällä perusteella evätä ainoastaan, jos potilas voi saada ajoissa samanlaista tai tehokkuudeltaan samanasteista hoitoa sellaisessa laitoksessa, jonka kanssa vakuutetun sairausvakuutuslajalla on tehnyt sopimuksen.

Sairaalahoiton ulkopuolisen hoidon osalta tuomioistuin sen sijaan katsoi, että ennakkoluvan vaatimista oli pidettävä palvelujen tarjoamisen periaatteen vastaisena silloinkin kun kansallisella lainsäädännöllä on otettu käyttöön terveystalouden järjestelmä, jonka nojalla vakuutetuille ei korvata sairaanhoitokuluja, vaan vakuutetuilla on oikeus ilmaiseksi annettavaan hoitoon. Tuomioistuin katsoi, ettei ennakkolupavaatimuksen poistaminen tällaisen hoidon osalta synnyttäisi niin huomattavaa potilaiden liikkumista valtioista toiseen, että Alankomaiden sosiaaliturvajärjestelmän taloudellinen tasapaino siitä syystä häiriintyisi vakavasti ja että sen vuoksi kansanterveyden yleinen taso joutuisi uhatuksi, mikä voisi pätevästi perustella palvelujen tarjoamisen vapautta. Samalla tuomioistuin kuitenkin tarkensi jäsenvaltioiden mahdollisuutta puuttua hoitoon hakeutumiseen ja sen kustannuksiin. Jos vakuutetut menevät hoidettavaksi ilman ennakkolupaa muuhun jäsenvaltioon, he eivät voi vaatia, että hoitokustannuksista vastattaisiin yli sen mitä heille taataan sen jäsenvaltion sairausvakuutuksesta, jossa heidät on vakuutettu.

Tuomioistuin totesi, että jäsenvaltioiden, jotka ovat ottaneet käyttöön terveystalouden antavan järjestelmän, on luotava menetelmä, jolla muussa jäsenvaltiossa annettu hoito korvataan jälkikäteen. Mikään ei estä jäsenvaltiota, jossa on terveystalouden antava järjestelmä, vahvistamaan korvausten määrittäminen, joita muussa jäsenvaltiossa hoitoa saaneet potilaat voivat vaatia. Edellytyksenä on, että määrät on vahvistettu objektiivisin perustein, jotka eivät ole syrjiviä ja joista on mahdollista saada tieto. Edelleen tuomioistuin totesi, että etuuksien myöntämisedellytykset eivät saa olla syrjiviä eivätkä henkilöiden tai palveluiden vapaata



liikkuvuutta rajoittavia. Siten on mahdollista vaatia, että erikoislääkärillä käynti edellyttää käyntiä yleislääkärillä.

Tapauksessa Watts C-372/04 tuomioistuin totesi, että olemassa oleva ennakkolupajärjestelmä vaikuttaa kielteisesti palvelujen vapauteen, joten sitä on käsiteltävä tämän vapauden rajoituksena. Tätä ei kumoa se seikka, että kyseessä olleesta kansallisesta järjestelmästä ei tarvitse sallia eikä korvata Englannissa ja Walesissa sijaitsevan yksityisen hoitolaitoksen potilaalle antamaa hoitoa. Vertailukohdaksi ei tule ottaa sitä, miten kansallisessa lainsäädännössä kohdellaan potilaiden yksityisissä paikallisissa hoitolaitoksissa saamia sairaala-hoitopalveluja. Vertailu on sitä vastoin tehtävä niiden edellytysten kanssa, joilla tämä järjestelmä tarjoaa näitä palveluja oman sairaalainfrastruktuurinsa piirissä.

Asiassa oli lisäksi kyse siitä, minkä järjestelmän perusteella korvaus on maksettava ja miten korvausvelvollisuuteen vaikuttaa se, että kysymyksessä olevassa kansallisessa terveydenhuoltojärjestelmässä sairaalahoido on ilmaista, minkä vuoksi toimivaltaisen jäsenvaltion lainsäädännössä ei ole korvaustaksoja. Näiltä osin tuomioistuin vastasi, että tilanteissa, joissa henkilölle on myönnetty ennakkolupa tai se on perusteetta evätty, korvausta koskevien yksityiskohtien osalta on noudatettava vastaanottavan jäsenvaltion lainsäädäntöä. Näin ollen sillä, että toimivaltaisessa jäsenvaltiossa ei ole olemassa taksoja ei ole merkitystä.

Tämän jälkeen on tutkittava, olisiko potilaalla oikeus saada perustamissopimuksen 49 artiklan nojalla toimivaltaisesta jäsenvaltiosta suurempi korvaus. Tämän osalta EUT katsoi, että mikäli henkilö saa hoidonantaneen järjestelmän mukaisesti täyden korvauksen, ei kysymys lisäkorvauksesta aktualisoidu. Jos sen sijaan täyttä korvausta ei makseta, toimivaltainen valtio on velvollinen suorittamaan lisäkorvauksen, jonka on katettava erotus, joka mahdollisesti vallitsee yhtäältä tällaisen vastaavan hoidon objektiivisesti lasketun kustannuksen – tarvittaessa aina vastaanottavassa jäsenvaltiossa hoidosta laskutettuun kokonaissummaan asti – ja toisaalta sen summan välillä, jonka vastaanottavan jäsenvaltion laitos maksaa kyseisen jäsenvaltion lainsäädännön perusteella, jos ensimmäinen summa on toista suurempi.

### **3.10. Direktiivin toimeenpano muissa EU- ja Eta-valtioissa**

#### **3.10.1. Ruotsi**

Ruotsin sosiaaliministeriö lähetti 26.3.2012 lausuntokierrokselle lakiehdotuksen potilasdirektiivin toimeenpanon edellyttämistä säädösmuutoksista. Lakiehdotus sisältää uudet lait tiettyjen Eta-alueen valtioissa annetusta hoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaamisesta ja maakäräjien ja kuntien välisestä rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusvastuusta sekä muutoksia voimassa oleviin terveyden- ja sairaanhoitoa, lääkekorvauksia ja suun terveydenhuollon valtiontukea koskeviin lakeihin.

Ehdotus koskee toisessa Eta-valtiossa annettua terveydenhuoltoa. Sveitsissä annettua hoitoa ei ehdotuksen mukaan korvata. Ehdotetut lait tulisivat voimaan 1.10.2013. Lakeja ei sovellettaisi



hoitoon, joka on alkanut ennen lakien voimaantuloa. Lakiehdotusten vaikutusten arvioinnissa todetaan, että säädösmuutosten ei ennakoida lisäävän rajat ylittävän terveydenhuollon kustannuksia.

#### *Oikeus korvaukseen*

Ehdotuksen mukaan potilaalla on oikeus korvaukseen hoitokustannuksista, jotka ovat aiheutuneet toisessa Eta-valtiossa annetusta terveyden- ja sairaanhoidosta, hammashoidosta, lääkkeitä, muista tavaroista, kulutushyödykkeistä ja apuvälineistä, jos 1) potilas kuului kustannuksen syntyhetkellä EU-asetuksen 883/04 mukaisesti Ruotsin kustannusvastuulle, 2) kyseinen hoito olisi kustannettu julkisin varoin, jos se olisi annettu Ruotsissa, 3) kyseisen hoidon antoi terveydenhuollon ammattihenkilö ja käytetty hoitomenetelmä oli kansainvälisessä lääketieteessä hyväksytty ja kokemukseen perustuva, ja 4) kyseisen hoidon toteuttaminen ei ole Ruotsin lakien vastaista.

Ehdotuksessa todetaan, että potilaalle maksettavan korvauksen suuruus ei saa missään tilanteessa olla korkeampi kuin potilaalle aiheutuneet todelliset kustannukset. Potilaalle maksettava korvaus on ehdotuksen mukaan enintään sen kustannuksen määrä, joka vastaavasta hoidosta olisi Ruotsissa toteutettuna aiheutunut. Potilaalle maksettavasta korvauksesta vähennetään aina summa, jonka potilas olisi asiakasmaksuina maksanut, jos vastaava hoito olisi annettu Ruotsissa. Summa kerryttää potilaan vuosittaista omavastuuosuutta.

Potilaan itse toisessa Eta-valtiossa hankkimat lääkkeet ja muut tavarat korvataan siihen määrään saakka, johon potilas olisi ollut oikeutettu Ruotsin kansallisen lääkekorvaussääntelyn nojalla. Korvauksen saaminen edellyttää, että kyseiselle tuotteelle on olemassa sopiva vertailutuote Ruotsin kansallisessa lääkekorvausjärjestelmässä.

#### *Korvauskäsittely*

Ehdotuksen mukaan korvauskäsittelystä ja korvausten maksamisesta vastaa Försäkringskassan. Korvauksen saaminen edellyttää potilaan tekemää hakemusta. Korvauspäätös on tehtävä 90 päivän kuluessa siitä, kun Försäkringskassan vastaanotti hakemuksen.

Försäkringskassan pyytää korvausasiaa käsitellessään lausunnon siltä maakäräjäalueelta, joka on vastuussa potilaan hoidosta. Näin varmistetaan hoitokustannusten korvaamisesta vastuussa olevan tahon tiedonsaanti ja mahdollisuus vaikuttaa korvauspäätökseen. Korvauspäätöksestä voi valittaa yleiseen hallinto-oikeuteen.

#### *Ennakkotiedon tai ennakkoluvan antaminen*

Ehdotuksen mukaan Försäkringskassan on velvollinen antamaan potilaalle potilaan pyynnöstä ennakkotiedon siitä, onko hän oikeutettu korvaukseen rajat ylittävästä hoidosta, johon hän on hakeutumassa. Samalla on annettava tieto korvauksen määrästä, johon potilas enintään on



oikeutettu. Annettu ennakkotieto sitoo myöhemmin tiedon antajaa, paitsi jos potilas ei kustannusten syntyhetkellä enää kuulunut siihen henkilöpiiriin, jonka hoitokustannuksista Ruotsi vastaa, tai jos ennakkotiedon perustana ollut potilaan antama informaatio on ollut virheellistä tai harhaanjohtavaa ja tällä on ollut vaikutusta asian ratkaisuun.

Potilasdirektiivin mukaista hoitoon hakeutumisen ennakkolupaa ei ehdoteta otettavan käyttöön lainkaan, koska EU-asetuksen 883/04 ennakkolupajärjestelmää pidetään riittävänä niihin tilanteisiin, joissa hoitoa ei voida antaa Ruotsissa kohtuullisessa ajassa. Vaikka direktiivin mukaista ennakkolupaa ei edellytetä, velvoite korvausta ja sen suuruutta koskevan sitovan ennakkotiedon antamisesta potilaan niin toivoessa tarjoaa potilaalle mahdollisuuden varmistua siitä, että hoito tullaan korvaamaan. Försäkringskassanin ennakkotietoa koskeva päätös on valituskelpoinen.

#### *Kansallinen yhteyspiste*

Ehdotuksen mukaan Försäkringskassan ja Socialstyrelsen toimivat yhdessä potilasdirektiivin tarkoittamina kansallisina yhteyspisteinä.



## 4. VALMISTELUVAIHEEN EHDOTUKSIA JA NIIDEN VAIKUTUKSIA

Potilasdirektiivin tarkoituksena on selkeyttää potilaan oikeuksia tilanteissa, joissa nämä käyttävät terveydenhuoltopalveluja toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä. Direktiivi vahvistaa EU:n sisämarkkinavapauksia erityisesti terveydenhuoltopalvelujen tarjoamisen vapauden osalta. Direktiivi myös edistää potilaiden vapaata liikkuvuutta ja valinnanvapautta, kun se vahvistaa potilaan oikeuden saada aiheutuneista kustannuksista jälkikäteen korvaus samoin perustein kuin jos kustannus olisi aiheutunut potilaalle kotivaltiossa.

Potilasdirektiivin säännösten toimeenpano edellyttää muutoksia voimassa olevaan kansalliseen lainsäädäntöön. Säädosmuutoksia tarvitaan erityisesti liittyen potilaalle rajat ylittävistä hoidosta maksettavaan korvaukseen ja korvausten maksun hallinnointiin, Suomen julkisen terveydenhuollon piiriin kuuluvien hoitojen määrittelyyn sekä muualta tulevien potilaiden hoito-oikeuteen Suomessa. Valtion ja kuntien kustannusvastuunjakoon Suomessa aiheutuneista hoitokustannuksista aiheutuisi myös muutoksia.

Tavoitteena on saattaa kansallinen lainsäädäntö vastaamaan potilasdirektiivin säännöksiä. Kansallisesti tavoitteena on direktiivin toimeenpano siten, että kaikkia EU- ja Eta-valtioiden sekä Sveitsin rajat ylittäviä terveydenhuollon tilanteita varten on toimiva lainsäädännöllinen kokonaisuus, joka kattaa sekä Suomesta ulkomaille lähtevät potilaat että Suomeen hakeutuvat potilaat. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää siihen, että säännösten kokonaisuus olisi potilaan kannalta mahdollisimman selkeä. Näin toteutettaisiin osaltaan myös hallitusohjelman tavoitetta potilaan valinnanvapauden lisäämisestä. Tavoitteena on korostaa järjestelmälähtöisen ajattelun sijaan potilaan oikeuksia ja valinnan mahdollisuutta.

Direktiivin toimeenpano edellyttää kansallisesti lainsäädäntömuutoksia, jotka ajatellaan toteutettavaksi säätämällä erillinen laki rajat ylittävistä terveydenhuollosta. Tämän lisäksi tarvitaan muutoksia voimassa olevaan lainsäädäntöön.

### 4.1. Yhteyspiste tiedonantajaksi

Kansaneläkelaitos antaa nykyisin toimivaltaisena laitoksena potilaille tietoa EU-asetuksen 883/04 säännöksistä ja niihin liittyvistä menettelyistä. Tieto koskee potilaan äkillisen sairastumisen tilannetta tai muuttoa asumaan toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin. Lisäksi Kansaneläkelaitos antaa potilaille tietoa EU-asetuksen 883/04 20 artiklan luvasta saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella (asetuksen ennakkolupa). Potilaat saavat siten tietoa hakemusmenettelyistä ja päätöksenannosta Suomessa, oikeudesta käyttää terveydenhuollon palvelua kohdevaltiossa, oikeutta osoittavista asiakirjoista sekä maksuista ja korvauksista. Lisäksi Kansaneläkelaitos antaa mahdollisuuksien mukaan tietoa EU- ja Eta-valtioiden ja Sveitsin terveydenhuoltopalveluista, joiden käyttämisestä EU-asetus 883/04 koskee.



Kansaneläkelaitos antaa tietoa myös sairausvakuutuslain mukaisista korvauksista potilaille kaikkien rajat ylittävien tilanteiden osalta. Lisäksi Kansaneläkelaitos antaa mahdollisuuksien mukaan yleistietoa matkailijoille myös muiden valtioiden terveydenhuollon palveluista ja niiden käyttämisestä.

EU-asetuksen 883/04 nojalla Kansaneläkelaitos jakaa tietoa Suomen terveydenhuollon palveluista henkilöille, jotka oleskelevat tilapäisesti Suomessa tai muuttavat asumaan pitkäkestoisesti tai pysyvästi Suomeen. Henkilöille annetaan tietoa palvelujen käytöstä ja oikeutta osoittavista asiakirjoista sekä näitä koskevista menettelyistä. Lisäksi tietoa annetaan henkilön vastuulle jäävistä maksuista.

Potilasdirektiivi velvoittaa perustamaan yhteyspisteen, jonka tehtävänä on tarjota tietoa terveydenhuollon palveluista ja niiden käyttämisestä EU- ja Eta-valtioissa ja Sveitsissä. Sen tulee tarjota erityisesti tietoa hoitoon hakeutumisesta Suomesta ulkomaille, kun Suomi on potilaan hoitokustannuksista toimivaltainen valtio. Lisäksi sen tulee hoidonantajavaltion viranomaisena tarjota ulkomailta oleville henkilöille tietoa hakeutumisesta hoitoon Suomeen. Siten potilasdirektiivin velvoite tietojen jakamiseen on Kansaneläkelaitoksen nykyvelvoitteisiin nähden huomattavasti laajempi ja muodostaa uuden tehtäväkokonaisuuden.

Potilasdirektiivissä asetetaan valtioille velvollisuus nimetä yksi tai useampi kansallinen yhteyspiste rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvää potilastiedotusta ja valtioiden välistä tietojenvaihtoa varten. Yhteyspiste perustettaisiin Kansaneläkelaitoksen yhteyteen ja sen vuotuisista toimintamenoista noin 0,6-0,7 milj. euroa vuosina 2014-2017 vastaisi valtio.

Yhteyspisteen päätehtävänä olisi tarjota tietoa hoitoon hakeutumisesta Suomesta ulkomaille ja ulkomailta Suomeen. Yhteyspisteen vastuulla olisi potilasdirektiivin edellyttämien tietojen tuottaminen, kerääminen ja siirtäminen yhteyspisteen pääasiallisena informaatiokanavana toimivaan tietoportaaliin.

#### **4.2. Muualta tulevien henkilöiden oikeus saada hoitoa Suomessa**

Voimassa olevan lainsäädännön mukainen kuntien velvollisuus terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen rajautuu kuntien asukkaisiin, joihin kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain mukaan rinnastetaan myös erityisosaajadirektiivissä tarkoitettun niin sanotun sinisen kortin haltijat. Lisäksi julkisen terveydenhuollon palveluja voivat käyttää henkilöt, joiden oikeudesta käyttää kyseisiä palveluja Suomessa on säädetty EU-asetuksen 883/04 17-19 artikloissa tai sosiaaliturvasopimuksessa.

Jos henkilö on saanut toiselta valtiolta asetuksen ennakkoluvan, voi julkisen terveydenhuollon toimintayksikkö itsenäisesti päättää, ottaako se henkilön hoidettavaksi. Jos toimintayksikkö päättää ottaa henkilön hoitoon, henkilöön sovelletaan kansallista lainsäädäntöä ja hoitokäytäntöjä ja muita hallinnollisia menettelyjä samoin perustein kuin kuntalaiseen vastaavassa tilanteessa.



Potilasdirektiivin toimeenpanon myötä henkilöllä, jonka sairaanhoitokustannuksista vastaa toinen EU-valtio tai Eta-valtio tai Sveitsi, on mahdollisuus hakea terveydenhuollon palveluja Suomesta. Direktiivi velvoittaa kohtelevaan näitä henkilöitä yhdenvertaisesti kunnan asukkaisiin nähden. Ulkomailta Suomeen hoitoon hakeutuvalla henkilöllä on siten turvattu hoitoon pääsy kunnan järjestämään terveydenhuollon palveluun samoin edellytyksin kuin kunnan asukkaille.

Potilasdirektiivissä säädetyn yhdenvertaisen kohtelun periaatteen toimeenpano edellyttää muutosta terveyspalvelujen järjestämisvelvollisuutta koskevaan sääntelyyn, jotta ulkomailta tulevien henkilöiden hoitoon pääsy toteutuu jatkossa direktiivin vaatimusten mukaisesti. Suomessa lähtökohtana on, että lääkäri tai hammaslääkäri päättää hoidosta. Hoitoon hakeutuva henkilö ei siten voi vaatia suomalaiselta terveydenhuollolta tiettyä hoitoa tai hoitotoimenpidettä. Hoidonantajana toimitaan kansallisen lainsäädännön ja hoitokäytäntöjen nojalla. On tunnistettava myös kulttuurisia ja kielellisiä tekijöitä, joilla voi olla merkitystä rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteissa.

On vaikea arvioida, kuinka paljon ulkomailta on halukkuutta hakeutua Suomeen käyttämään terveydenhuollon palveluja. Oletusarvona on, että ulkomailta on odotettavissa jonkin verran kiinnostusta hakeutua terveydenhuollon palveluiden käyttäjiksi Suomeen. Kysynnän kasvua voidaan ennakoida tapahtuvan sekä Euroopan alueelta että myös muista valtioista. Tällöin yksittäisten terveydenhuollon palveluntarjoajien kysyntä voi myös kasvaa, jos ne saavat ulkomaisia asiakkaita esimerkiksi korkealaatuisiin erikoispalveluihin.

Henkilöiden hakeutuminen ulkomailta Suomeen hoitoon voidaan nähdä positiivisena ilmiönä suomalaisen terveydenhuollon korkeatasoisen osaamisen ja palvelujärjestelmän vetovoimaisuuden kannalta. Potilasvirrat ulkomailta voivat tuoda suomalaisille julkisen ja yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajille kasvupotentiaalia, jolla voidaan arvioida olevan positiivisia vaikutuksia elinkeinopoliittisten tavoitteiden näkökulmasta ja myös palvelujärjestelmän rahoituksen osalta. Palvelukapasiteetin laajentaminen terveyspalvelujen tarjonnaksi ulkomailta oleville henkilöille on arvioitu olevan vahvinta korkeaan erityisosaamiseen perustuvissa lääketieteellisten toimenpiteiden ja hoidon palveluissa. Myös ikääntyvän väestön hoivapalvelukonseptit voivat sisältää vetovoimatekijöitä.

Ulkomailta hoitoon hakeutuvien henkilöiden määrä voi myös tukea ja turvata korkeatasoisen terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamista, kun potilasmäärät voidaan Suomessa pitää optimitasolla erityisosaamisen turvaamiseksi. Toisaalta muualta Suomeen hoitoon hakeutuvat henkilöt voivat myös lisätä alan vetovoimaisuutta koulutuksessa ja toimialana, kun kehitetään esimerkiksi terveydenhuollon palvelutarjontaa, tuotteistusta ja osaamiskvalifikaatioita.

Tiettyihin erityistason sairaanhoitoa antaviin terveydenhuollon toimintayksiköihin voi ajan myötä kohdistua lisäkysyntää ulkomailta. Perusterveydenhuollon käyttövolyymin ei ennakoida muuttuvan lukuun ottamatta suun terveydenhuoltoa, jossa kunnan järjestämien palvelujen saatavuus on nykyisin rajoitettua ja yksityisen terveydenhuollon palveluiden käyttö verrattain suurta. Tämä voi heijastua joidenkin kuntien järjestämiin terveydenhuollon palveluihin hoidon



tarpeen arvioinnin määrän lisääntymisenä. Seurausvaikutuksena voi myös olla, että hoitoon pääsy johonkin kunnan järjestämään terveydenhuollon palveluun kestää ajallisesti nykyistä pidempään potilasmäärän kasvaessa.

Ulkomailta tulevien potilaiden vastaanottoa julkisessa terveydenhuollossa voitaisiin määräaikaisesti rajoittaa, kun tarkoituksena on varmistaa Suomessa riittävä ja pysyvä julkisen terveydenhuollon palvelujen saatavuus tai kun kyse on yleistä etua koskevasta pakottavasta syyistä. Päätöksen rajoittamisesta tekisi kunta, kuntayhtymä tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Päätöksestä voisi hakea muutosta valittamalla siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään.

Potilaiden kasvavan rajat ylittävän liikkuvuuden myötä on mahdollista, että hoitoon liittyvien infektioiden (sairaalainfektiot) määrä lisääntyy. Hoitoon liittyviä infektioita aiheuttavat useat erilaiset taudinaiheuttajat, jotka vaihtelevat myös valtioiden ja sairaaloiden välillä. Rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteissa on mahdollista, että terveydenhuollon toimintayksiköihin kulkeutuu taudinaiheuttajia, joita Suomessa ei aiemmin ole ollut tai jotka eivät toimintayksikössä ole muodostaneet infektioepidemiaa. Hoitoon liittyvät infektiot heikentävät hoidon laatua ja turvallisuutta. Ne voivat vahingoittaa terveydenhuollon palvelujen tai toimintayksikön mainetta tai suosiota. Lisäksi ne aiheuttavat lisäkustannuksia. Infektiotilanteen seurantaan tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

Terveydenhuollon palvelun antamiseksi potilaalle on tarvittaessa laadittava hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Terveydenhuollon toimintayksikön on varauduttava hoitosuunnitelman mukaisen palvelun antamiseen, vaikka osa kunnan asukkaan terveyden- tai sairaanhoidosta olisi järjestetty ulkomailla. Samoin on varauduttava hoitosuunnitelman laatimiseen, vaikka suunnitelmaan kuuluvista terveydenhuollon palveluista vain osa toteutuisi Suomessa. Arvioidun mukaan uuden lainsäädännön voimaantulon ei arvioida vaikuttavan merkittävästi kunnan asukkaiden julkisen terveydenhuollon palvelujen käyttöön lain voimaantuloa seuraavien ensimmäisten vuosien aikana. Toisaalta ei myöskään ennakoida, että ulkomailta Suomeen hoitoon hakeutuvien henkilöiden määrä merkittävästi lisääntyisi. Ajan kuluessa määrien voidaan kuitenkin odottaa kasvavan jonkin verran.

Jotta kunnalliset terveydenhuollon palvelut voidaan jatkossa suunnitella ja mitoittaa oikein, on tärkeää seurata kunta- ja sairaanhoitopiiri- tai erityisvastuualuekohtaisesti muutoksia kunnan asukkaiden terveydenhuollon palvelujen käytössä ja ulkomaille hakeutuvien kuntalaisten määrässä. Samoin on tärkeää seurata potilasmääriä, jotka hakeutuvat hoitoon ulkomailta Suomeen. Huomiota on kiinnitettävä myös kunnan järjestämien terveydenhuollon palvelujen käyttöön muualla kuin kunnassa asuvien henkilöiden osalta.

### 4.3. Potilasvahingot

Potilasdirektiivin mukaan hoidonantajavaltiossa on oltava voimassa ammatillinen vastuuvakuutusjärjestelmä sen alueella annettavaa hoitoa varten. Suomessa terveyden- tai





sairaanhoidotoimintaa harjoittavan on potilasvahinkolain (585/1986) 4 §:n mukaan otettava potilasvahinkojen varalta potilasvakuutus. Ulkomailta Suomeen hoitoon tulevien potilaiden kannalta voimassa oleva lainsäädäntömme täyttää siten direktiivin edellytykset.

Kun potilas käyttää terveydenhuollon palvelua ulkomailla, suomalaista potilasvakuutusta ei sovelleta. Terveydenhuollon palveluun sovelletaan hoitoa antavan valtion lainsäädäntöä myös vastuuvakuutuksen osalta. Hoidon haittatapahtuman ilmaantuessa potilaan on itse selvitettävä hoitoa antaneen terveydenhuollon palvelun järjestäjän korvaus- ja muita velvoitteita hoidon antaneen valtion viranomaisten kanssa.

Yhteyspisteen on tarjottava potilaalle pyynnöstä tietoja hoidon antaneen valtion vastuuviranomaisten yhteystiedoista. Jos potilaalle on aiheutunut ulkomailla annettuun terveydenhuollon palveluun liittyvä haittatapahtuma, hänellä on kansallisen lainsäädännön nojalla oikeus hoidon tarpeen arvion mukaisesti kunnan järjestämään terveydenhuollon palveluun.

#### 4.4. Lääkemääräysten vastavuoroinen tunnustaminen

Voimassa oleva lääkelaki ei sisällä säännöksiä Suomen ulkopuolella annettujen lääkemääräysten toimittamisesta Suomessa. Pohjoismaissa annetun lääkemääräyksen toimittamisesta on säädetty lääkeasetuksessa. Potilasdirektiivin 11 artiklassa säädetyn reseptientunnustamisvelvollisuuden täyttäminen edellyttää asiaa koskevan säännöksen lisäämistä lääkelakiin.

Läkelakiin ehdotetaan sisällytettäväksi säännökset, jotka mahdollistaisivat toisessa EU-valtiossa annetun lääkemääräyksen toimittamisen Suomessa, jos kyseisellä lääkkeellä on myyntilupa Suomessa. Lääkettä ei kuitenkaan tulisi toimittaa, jos lääkemääräyksen aitoudesta, sisällöstä tai ymmärrettävyydestä herää perusteltu epäily.

Lainsäädäntöuudistukseen tulee sisällyttämään apteekkeille asetettava velvoite hyväksyä toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä kirjoitettu lääkemääräys silloin kun lääkemääräyksessä tarkoitettulla lääkkeellä on myyntilupa Suomessa. Tämä lisää jossain määrin lääketoimituksiin liittyvää apteekkien hallinnollista työtä, sillä esimerkiksi lääkemääräysten aitouden vahvistaminen voi olla vaikeaa. Lääkemääräysten aitouden varmistamiseksi hallinnollista lisätyötä apteekkeissa voivat aiheuttaa lääkemääräyksen tietosisältöjen tunnistaminen, sillä lääkemääräykset kirjoitetaan kunkin valtion kansallisilla kielillä ja kansallisia lomakkeita käyttäen. Samoin lisätyötä voi aiheuttaa tarvittaessa lääkkeen määrääjän tietojen selvittäminen. Euroopan komissio on 20.12.2012 antanut täytäntöönpanodirektiivin, jossa määritellään lääkemääräyksen vähimmäistietosisällöt rajat ylittäviä tilanteita varten. Apteekilla on aina oikeus olla toimittamatta lääkettä, jos lääkemääräyksen aitoudesta tai sisällöstä ei ole varmuutta.

Rajat ylittävissä tilanteissa käytössä olevien lääkemääräysten voidaan odottaa aiheuttavan myös yhä lisääntyvää potilas- ja asiakasinformaation tarvetta. Informointivelvoite koskee apteekkihenkilöstön lisäksi kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja viranomaisia. Myös perustettavan yhteyspisteen on tarjottava lääkehoitoon liittyvää potilas- ja asiakasinformaatiota sekä tietoa apteekkeille, terveydenhuollon toimijoille ja viranomaisille.



#### 4.5. Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima

Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa (kuten listaa hoidoista, joita rahoitetaan julkisin varoin) ei toistaiseksi ole määritelty kattavasti. Määrittelyyn käytetään useita eri mekanismeja (mm. kiireettömän hoidon perusteet ja Kansaneläkelaitoksen nk. korvaustaksat), mutta linjaukset eivät ole kattavia, joten tosiasiallinen palveluvalikoima vaihtelee alueittain. Ei ole myöskään määritelty, mitä hoidolla Suomessa tarkoitetaan tai mitä se sisältää. Silloin kun hoitokäytännöissä esiintyy kansallista vaihtelua, palveluvalikoiman määrittelynä pidetään laajinta julkisessa terveydenhuollossa käytössä olevaa mallia, sillä yhtenäisten kansallisten hoitoa ohjaavien periaatteiden ohella hoitokäytännöissä on kuitenkin myös kansallisesti vaihtelua.

Määrittelyyn liittyviä mekanismeja on kuitenkin ollut jo pitkään olemassa sekä lainsäädännön tasolla että käytännön toiminnassa, ja asiaa on myös tutkittu. Lähtökohtana on, että suomalaisen terveydenhuollon toiminnan on perustuttava arvioituun tieteelliseen näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

Nykyisin lainsäädännössä on määritelty muun muassa kansallisen rokotusohjelman ja valtakunnallisesti järjestettävien seulontojen sekä neuvolapalveluiden laajuus. Lisäksi yhtenäisillä hoidon perusteilla ohjataan erityisesti erikoissairaanhoidon palveluvalikoimaa. Sairausvakuutuslain mukaan korvattavista lääkkeistä päättää lääkkeiden hintalautakunta. Käypä hoito -suositukseen on koottu tutkimusnäyttöön perustuen eri sairauksien suomalaisia hoitolinjauksia ja -käytäntöjä. THL:ssä toimiva Finolta arvioi terveydenhuollon menetelmiä Suomen tarpeisiin erityisesti, kun kyseessä on laajaan käyttöön soveltuva, kallis tai uusi menetelmä. HALO-ohjelma tukee uusien menetelmien hallittua käyttöönottoa erikoissairaanhoidossa. Palveluvalikoiman määrittelemisen lähtökohdat ovat siten Suomessa varsin hyvät. On kuitenkin huomioitava, että Suomessa erityisesti suun terveydenhuollon palvelutarjontaan liittyy kansallisesti vaikeuksia, jotka ovat erityisiä haasteita direktiivin toimeenpanossa.

Suomessa kuntien on järjestettävä asukkailleen terveydenhuollon palvelut. Potilaita tulee palvelujen järjestämisvelvollisuuden näkökulmasta kohdella yhdenvertaisesti riippumatta siitä, hakeutuvatko he hoitoon Suomeen tai muuhun EU-maahan. Näin ollen saman suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoiman tulee kattaa sekä kotimaassa annettava että potilasdirektiivin nojalla korvattava hoito.

Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittäminen johtaa kuntien järjestämän terveydenhuollon palvelutarjonnan yhdenmukaistumiseen maanlaajuisesti. Sen voidaan odottaa yhdenmukaistavan myös kuntien järjestämiä terveydenhuollon palveluja ja sairaudesta aiheutuneista kustannuksista maksettavia sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksia. Terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistamisessa on kiinnitettävä huomiota siihen, että kuntien järjestämät terveydenhuollon palvelut ovat tulevaisuudessa sitovasti määritellyn palveluvalikoiman mukaisia ja että palveluvalikoima toteutuu yhdenvertaisesti maan kaikissa osissa.



Potilasdirektiivi vahvistaa potilaan edellytyksiä ja oikeuksia saada toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä saamansa hoito korvatuksi. Vain sellainen ulkomailla saatu hoito korvataan, joka on potilaan kotimaassakin korvattavaa. Jotta potilasdirektiivi voitaisiin saattaa osaksi kansallista lainsäädäntöämme, on määriteltävä suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima. Palveluvalikoima sisältää kaikki ne palvelut, jotka määritellyn terveysongelman hoitamiseksi tarjottaisiin tai korvattaisiin minkä tahansa Suomessa käytössä olevan julkisen rahoituskanavan kautta.

Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluisi ehdotuksen mukaan kaikki lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu terveydenhuollon ammattihenkilön koulutuksensa mukaisesti ammattitoiminnassaan antama yleisesti hyväksytty potilaan terveydentilan edellyttämä hoito. Palveluvalikoima sisältäisi kaiken julkisesti järjestetyn tai rahoitetun terveydenhuollon toiminnan, johon kuuluu ehkäisy, diagnostiikka, hoito, tutkimus ja kuntoutus. Palveluvalikoiman soveltamista kuten muutakin terveydenhuoltoa valvoisivat aluehallintovirastot ja Valvira.

Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoiman luontia, määrittelyä ja ylläpitoa varten tulisi perustaa uusi kansallinen toimielin. Sen tehtävänä olisi määrittellä Suomeen yhtä yhtenäistä selkeästi määriteltä palveluvalikoimaa, jota sovellettaisiin yhtenäisin ja yhdenvertaisin perustein kaikessa julkisesti järjestetyssä tai rahoitetussa terveydenhuollossa. Toimielin olisi pysyvä ja se perustettaisiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteyteen erillisyyksiköksi.

Toimielimen tehtävänä olisi

- määrittellä suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima, sen sisältö ja soveltamisperiaatteet, sekä päivittää nämä määräajoin
- päättää palveluvalikoiman määrittelyn periaatteista
- arvioida ja ilmaista, mitkä ovat vaikuttamattomat ja kustannusvaikutuksiltaan heikot hoidot, jotka eivät kuulu suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan
- nimetä hoidot ja potilasryhmät, joiden osalta palveluvalikoimaan on tehtävä tarkempia määrittelyjä, ja tehdä nämä määrittelyt
- antaa viranomaisten ja Kelan pyynnöstä lausuntoja palveluvalikoiman periaatteista, tulkinnasta ja soveltamisesta
- osallistua asiantuntijatahona aihepiiriä koskevaan julkiseen keskusteluun ja yhteistyöhön
- seurata muiden EU-jäsenmaiden toimintatapoja ja tuloksia palvelukorin määrittämisessä
- laatia ja vahvistaa itselleen työjärjestys ja vuosittainen työsuunnitelma
- laatia ja vahvistaa luettelo määrittelytyöhön osallistuvista pysyvistä ja määräaikaisista asiantuntijoista.

Toimielin koostuisi neuvostosta, joka tekisi päätökset. Sillä olisi pysyvä sihteeristö ja asiantuntijoiden verkosto. Neuvoston asettaisi valtioneuvosto sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä enintään neljäksi vuodeksi kerrallaan ja siihen kuuluisi puheenjohtaja, varapuheenjohtaja ja enintään 14 muuta jäsentä, joilla kullakin olisi henkilökohtainen varajäsen.



Jäsenet edustaisivat lääketieteen, hammaslääketieteen, hoitotyön, oikeustieteen, terveystaloustieteen sekä suomalaisen terveyspalvelu- ja sosiaaliturvajärjestelmän asiantuntijuutta. Sosiaali- ja terveysministeriöllä, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolla, Kansaneläkelaitoksella ja Suomen Kuntaliitolla olisi pysyvä edustus neuvostossa.

Asioiden valmistelusta ja esittelystä neuvostolle vastaa sihteeristö, joka koostuu pääsihteeristä, asiantuntijasihteereistä ja avustavasta henkilökunnasta. Toimielimen apuna toimii asiantuntijoiden verkosto. Asioita voivat esittää käsiteltäväksi palveluiden käyttäjät, tuottajat ja rahoittajat. Toimielin päättää itsenäisesti, mitkä asiat se ottaa käsiteltäväkseen. Neuvosto tekisi päätökset esittelystä 2/3 määräenemmistöllä. Palveluvalikoimaa koskevista päätöksistä ei olisi muutoksenhakuoikeutta. Toimielin ei tekisi yksittäisiä potilaita koskevia ratkaisuja.

Toimielimen kaiken toiminnan lähtökohtana on avoimuus ja julkisuus. Toimielimen työ kootaan julkiseen tietoportaaliin. Toimielimen toimintamenoista vastaisi valtio. Vuotuisten toimintamenojen arvioidaan olevan n. 1,0-1,1 miljoonaa euroa vuosina 2014-2017.

#### 4.6. Viranomaisyhteistyö

Kansaneläkelaitos on yksi Suomen toimivaltaisista laitoksista EU-asetuksen 883/04 sairaus- ja äitiysetuuksien luontoisuuksia koskevien säännösten soveltamistilanteissa EESSI-lain 4 §:n perusteella. Lisäksi Tapaturmavakuutuslaitosten liitto on toimivaltainen laitos, kun kyse on tapaturmavakuutuslain mukaisista sairaanhoitokorvauksista, ja julkisen terveydenhuollon toimintayksiköt, kun kyse on hoidon antamisesta ja järjestämisestä.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos sekä Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus vastaavat kansallisen lainsäädännön mukaisista tehtävistään ja tietojen antamisesta myös, kun kyse on rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteesta.

Suomessa toimivien terveydenhuollon palveluja tarjoavien on kohdeltava ulkomailta Suomeen hoitoon hakeutuvia henkilöitä yhdenvertaisesti kuntalaisten ja muiden asiakkaiden kanssa. Henkilöille on tarjottava tietoa hoidon kustannuksista, maksuista ja hoitoon liittyvistä menettelyistä. Nämä tiedot tulee [saattaa](#) saataville yhteistyössä yhteyspisteen kanssa.

Potilasdirektiivin mukaisten tietojen tuottaminen edellyttää kansallisilta toimijoilta uudenlaista yhteistyötä ja myös uusien tietojen tuottamista ja [uus](#)ia tuottamistapoja. Kansallisen yhteyspisteen lisäksi viranomaisten yhteistyövelvoitteista on [säädet](#)tävä lailla.

Toisessa valtiossa saadun hoidon kustannusten korvaamiseen liittyvän hallinnollisen työn määrän arvioidaan lisääntyvän. Työmäärän lisääntyminen johtuu ennen muuta korvaushakemusten määrän kasvusta erilaisen rajat ylittävän liikkuvuuden lisääntyessä yleisesti. Lisäksi työmäärää kasvattaa korvaushakemusten käsittelyn monimutkaistuminen, koska ratkaisutyön perusteena on selvitettävä nykyistä yksityiskohtaisemmin käsittelyyn sovellettavaa EU-lainsäädäntöä (EU-asetuksen 883/04 vai potilasdirektiivin soveltaminen) sekä korvauseruste Suomen tai



hoidontajavaltion lainsäädännön mukaan. Työmäärää kasvattaa myös lisääntyvä kustannuksia koskevien rahavirtojen hallinnointi kuntien, valtion ja sairausvakuutusrahaston kesken.

Korvauskäsittelyyn ja kustannusten hallinnointiin liittyvä työmäärä tulee lisääntymään erityisesti Kansaneläkelaitoksella. Lisäksi hallinnollisen työn määrä kasvaa julkisen terveydenhuollon toimintayksiköissä ja ylläpitäjätahoissa, joiden vastuulle kuuluvat sekä henkilön hoidon tarpeen arviointi että Suomessa aiheutuvan hoitokustannuksen määrittely ja laskutus.

Ulkomailta Suomeen hoitoon hakeutuvien potilaiden hoitoon ottaminen, hoidon tarpeen arvioinnin tekeminen ja hoidon järjestäminen tulevat lisäämään työtä julkisen terveydenhuollon toimintayksiköissä. Työmäärälisäyksen suuruutta on vaikea arvioida.

Yhteispisteen ja palveluvalikoimatoimielimen perustamisesta aiheutuu uusia tehtäviä Kansaneläkelaitokselle ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle.

Lainsäädännön toimeenpano edellyttää sujuvaa ja nopeaa yhteistyötä ja tietojen vaihtoa erityisesti Kansaneläkelaitoksen ja julkisen terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä. Lisäksi yhteistyön ja tietojen jakamisen tarve ulottuu näiden lisäksi myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoon. Näiden kaikkien tahojen tulee edelleen kehittää keskinäisiä yhteistyömuotoja ja -välineitä oikean, ajanmukaisen ja luotettavan tiedon jakamiseksi tietosuoja ja tietoturvallisuus huomioiden.

#### 4.7. Tulevat kustannusvaikutukset

Ulkomailla annetun hoidon kustannukset lisääntyvät korvausmallista riippumatta jonkin verran liikkuvuuden lisääntymisen myötä. Äkillisen ulkomailla sairastumisen (EU-asetus 883/04 19 artikla) ja asumisen (EU-asetus 883/04 17 artikla) vuoksi ulkomailla annetun hoidon kustannukset korvataan jatkossakin toiselle EU- tai Eta-valtiolle tai Sveitsille valtion varoista. Näiden kustannusten voidaan ennakoida kasvavan vuositasolla noin 0,5-1 milj. euroa henkilöiden liikkuvuuden lisääntyessä ja sairaanhoitokustannusten yleisen kasvun seurauksena.

Kunnat vastaavat nykyisin sellaisten henkilöiden julkisessa terveydenhuollossa aiheutuneista hoitokustannuksista, jotka ovat Suomessa työnteon perusteella sairaus- ja/tai työeläkevakuutettuja ja joiden sairaanhoitokustannuksista Suomi EU-asetuksen 883/04 nojalla vastaa. Näin ollen kunnat ovat vastuussa myös sellaisten henkilöiden terveydenhuollon kustannuksista, joilla ei ole kotikuntaa Suomessa. Näiden henkilöiden asiakasmaksun ylittävät hoitokustannukset jäävät hoitoa antaneen julkisen terveydenhuollon yksikön ylläpitäjän vastuulle, eikä niitä voi edelleen laskuttaa potilaalta, muulta suomalaiskunnalta tai valtiolta.

Nykyisin kotikunnattomien henkilöiden hoidosta aiheutuvat kustannukset eivät sisälly kuntakohtaisiin valtionosuuksiin, koska valtionosuudet määräytyvät laskennallisesti kunnassa asuvien lukumäärän mukaan. Kotikunnattomat henkilöt eivät maksa tuloistaan kunnallisveroa. He maksavat Suomessa ansaitsemistaan tuloista pääasiassa lähdeveroa sekä yli 6 kuukauden



työskentelyn ajalta yleisen verovelvollisuuden säännösten mukaan. Lähdeverosta ei kuitenkaan ohjaudu rahoitusta kunnille.

Julkisen terveydenhuollon menojen arvioidaan olevan keskimäärin 1 280 euroa v. 2014 (ikäryhmässä 0–64-v.). Tämän perusteella nykyisten kotikunnattomien henkilöiden kunnallisen terveydenhuollon menojen arvioidaan olevan noin 11 milj. euroa. Työryhmän näkemyksen mukaan valtion tulisi korvata vastedes täysimääräisesti kunnille nämä kustannukset valtion korvausjärjestelmästä. Vastaava kustannus tulisi vähentää valtionosuuksista.

Maahanmuuttodirektiivien eli niin kutsuttujen erityisosaajadirektiivin (EY/50/2009) ja yhdistelmäupadirektiivin (puitedirektiivin, EU/98/2011) sekä valmistelussa olevien kausityöntekijädirektiiviehdotuksen (U 33/2010 vp) ja ICT-direktiiviehdotuksen (U 36/2010 vp), soveltamisalaan kuuluville henkilöille on järjestettävä julkisen terveydenhuollon palvelut kuten kunnassa asuville. Osa maahanmuuttodirektiivien henkilölliseen soveltamisalaan kuuluvista henkilöistä saavat Suomessa myös kotikunnan.

Työryhmä esittää, että valtio korvaisi sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksesta täysimääräisesti kunnille maahanmuuttodirektiivien nojalla henkilöille julkisessa terveydenhuollossa aiheutuneet hoitokustannukset, jos henkilöllä ei ole Suomessa kotikuntaa. Erityisosaajadirektiivin nojalla aiheutuneiden hoidon kustannusten arvioidaan olevan erittäin vähäisiä, sillä vuonna 2012 Suomessa työskenteli tämän säännöksen nojalla vain yksi henkilö.

Yhdistelmäupadirektiivin mukainen säännöstö tulee sovellettavaksi vuoden 2014 alusta ja sen vaikutuksen julkisessa terveydenhuollossa hoidosta aiheutuviin kustannuksiin arvioidaan olevan vähintään 3,4 milj. euroa vuodessa. Lisäksi arvioidaan, että sairaanhoitokorvaukset lisääntyvät 0,4 milj. euroa, josta valtion rahoitusosuus olisi puolet. Kausityöntekijädirektiivistä aiheutuneiden lisäkustannusten arvioidaan olevan noin 3,4 milj. euroa vuodesta 2016 alkaen. Lisäksi arvioidaan, että sairaanhoitokorvaukset lisääntyvät 0,4 milj. euroa, josta valtion rahoitusosuus olisi puolet. ICT-direktiivi toimeenpannaan kansalliseen lainsäädäntöön vuosien 2016-2017 kuluessa, ja sen kustannusvaikutuksen julkisen terveydenhuollon valtion korvauksiin arvioidaan olevan 1,3 milj. euroa vuodessa.

Valtion menot lisääntyisivät 3,8 milj. euroa vuodesta 2014 lukien ja 3,8-5,1 milj. euroa vuodesta 2016 lukien. Koska kunnat eivät ole näitä terveydenhuollon järjestämisen kustannuksia aiemmin rahoittaneet, näiden osalta ei tehdä vähennystä kunnille maksettavista valtionosuuksista.

Valtion korvaukset maksettaisiin sairaanhoitovakuutusrahastosta valtion rahoitusosuutena. Sairausvakuutuslain 15 luvun 16 a §:n perusteella valtion korvaukset maksettaisiin julkisen terveydenhuollon yksikölle. Työryhmä esittää, että valtion korvaukset julkisessa terveydenhuollossa aiheutuneista hoitokustannuksista maksettaisiin julkisen terveydenhuollon ylläpitäjälle eli sairaanhoitopiirille, kunnalle tai kuntayhtymälle.

Potilasdirektiivin toimeenpano edellyttää kansallisen yhteispisteen perustamista. Kansaneläkelaitoksen yhteyteen erillisyyksiköksi perustettavan kansallisen yhteispisteen vuotuisiksi



toimintamenoiksi arvioidaan noin 0,6-0,7 euroa, joista valtion tulisi vastata. Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa määrittelevän toimielimen toimintamenojen arvioidaan vuositasona olevan n. 1,0–1,1 miljoonaa euroa, joista myös valtion tulisi vastata.

Yhteyspisteen ja palveluvalikoimatoimielimen toimintaa ja tehtäviä sekä resurssitarpeita tulee uudelleen arvioida keskipitkällä aikavälillä toiminnan käynnistymisen jälkeen. Terveydenhuollon valinnanvapauden sekä hoitoon hakeutumisen ulkomailta Suomeen ja Suomesta ulkomaille voidaan ennakoida tulevana vuosina lisääntyvän. Myös näitä koskevan lisääntyvän tiedontarpeen voidaan arvioida kasvattavan yhteyspisteen ja toimielimen resurssitarpeita tulevana vuosina.

#### 4.8. Matka- ja lääkekustannukset

Matkakorvaukset vaikuttavat huomattavasti potilaiden kannustimiin hakeutua ulkomaille hoidettavaksi. Matkakorvauksille määriteltävillä ehdoilla on merkittävä välillinen vaikutus potilasdirektiivin muihin kustannuksiin. Nykyisin ulkomailta saadun terveydenhoidon matkakustannuksia korvataan vain niissä tapauksissa, joissa asiakkaalle on toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä annettavaa hoitoa varten myönnetty asetuksen ennakkolupa. Tähän ei esitetä muutoksia.

Lähtökohtana olisi, että terveydenhuoltopalveluihin ulkomaille hakeutuneen henkilön matkakustannuksia korvataan lähimpään hoitopaikkaan. Jos asiakas hankkii toisessa valtiossa yleislääkärin palveluja, matka korvataan enintään niiden kustannusten mukaan, jotka aiheutuisivat matkasta asiakkaan vakituisesta asuinpaikasta lähimpään terveyskeskukseen tai vastaavaan julkisen terveydenhuollon hoitopaikkaan. Jos asiakas hankkii toisessa valtiossa erikoissairaanhoidon palveluja, matka korvataan enintään niiden kustannusten mukaan, jotka aiheutuisivat asiakkaan vakituisesta asuinpaikasta lähimpään yliopistolliseen sairaalaan. Jos potilas hakeutuu hoitoon muualle kuin EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin, matkakustannuksia ei korvata.

Ulkomaille suuntautuvia tai ulkomailta tehtäviä matkoja on vuodessa arviolta 70 000 kappaletta. Arvio perustuu tietoihin EU- ja Eta-maissa sekä Sveitsissä saatujen joko sairausvakuutuskorvattujen tai Suomen valtiolta laskutettujen terveyspalvelujen määrästä ja myös arvioon muissa Pohjoismaissa käytettyjen terveyspalveluiden määrästä. Vuoteen 2017 mennessä määrän arvioidaan kasvavan 80 000:een. Jos oletetaan, että korvauksia maksettaisiin joka toisesta näistä matkoista ja keskimääräinen korvaus vastaisi Lapin maakunnassa tehtyjen matkojen korvaustasoa, kustannuslisäys olisi noin 2,8 miljoonaa euroa vuonna 2017.

Kaikki ulkomailta aiheutuneiden ja ulkomaille tehtyjen matkojen kustannusten korvaukset maksettaisiin sairausvakuutusrahastosta.

Uuden lainsäädännön odotetaan vaikuttavan lääkekorvauksiin vain vähän tai ei lainkaan. Ulkomailta ostettuja lääkkeitä korvataan vain siinä tapauksessa, että ne ovat korvattavia Suomessakin. Siten ei synny tilannetta, jossa Kansaneläkelaitos korvaisi kustannukset sellaisesta lääkkeestä, jolle Suomessa ei ole vahvistettua korvausperustetta.



#### 4.9. Vaikutukset ihmisiin

Potilasdirektiivin toimeenpanon tavoitteena on parantaa potilaiden mahdollisuuksia käyttää ulkomaisia terveyspalveluja ja lisää siten asiakkaiden valinnanvapautta. Terveystenhuollon palveluvalikoiman määrittelyn voidaan odottaa johtavan palvelutarjonnan yhdenmukaistumiseen myös Suomen julkisen terveydenhuollon palveluissa ja siten lisätä kansalaisten yhdenvertaisuutta terveyspalvelujen käytössä.

Monen potilaan kohdalla valinnanvapauden ja tarjonnan lisääntyminen voi kuitenkin olla vain näennäistä. Potilasdirektiivin mukaan ulkomaille hoitoon hakeutuvilla on velvollisuus maksaa hoito- ja matkakustannukset ensin itse, ja kustannuksia korvataan vasta jälkikäteen. Riippuen potilaan maksukyvyistä tämä voi aiheuttaa merkittävän kynnyksen ulkomaisten palvelujen käytölle. Myös muut tekijät, kuten asiakkaan huonokuntoisuus tai kielitaidon puute, voivat muodostaa käytännön esteitä.

Potilaan velvollisuus maksaa hoitoon hakeutumisen kustannukset itse ennen korvauksen saamista voi johtaa siihen, että rahoitus- tai vakuutuslaitokset kehittävät instrumentteja hoitoon hakeutumisen lainoittamiseksi. Jos potilas tietää ennen hoitoon hakeutumista saavansa jälkikäteen tietyn suuruisen korvauksen, rahoituslaitos voisi myöntää hänelle lyhytaikaisen lainan, jonka asiakas maksaa takaisin korvauksen saatuaan.

On odotettavissa, että potilasdirektiivin vaikutukset kohdistuvat kuntien asukkaisiin jossain määrin epätasaisesti. Mahdollisuus käyttää terveydenhuollon palveluja ulkomailta riippuu muun muassa potilaan käytettävissä olevista tuloista ja varallisuudesta, terveydentilasta ja sairauden laadusta sekä matkustusvalmiudesta ja kielitaidosta. Voidaan arvioida, ettei monilla ihmisillä ole tosiasiallisia mahdollisuuksia tai halua hakeutua ulkomaille hoitoon. Vaikutuksissa voidaan myös olettaa olevan alueellisia eroja, sillä ulkomaille matkustaminen on käytännössä vaivalloisempaa ja kalliimpaa muualta kuin rajaseudulta, rannikkoalueilta, pääkaupunkiseudulta tai suurista kaupungeista.

Niin kutsutun terveysturmatkailun lisääntyminen on maailmanlaajuinen ilmiö. Tällä voidaan arvioida olevan hyviä vaikutuksia, jos henkilöt, jotka muuten eivät hakeutuisi terveydenhuollon palvelujen käyttäjiksi, käyttävät terveydentilansa kannalta tarpeellisia palveluja muun matkailun ohessa. Vaikutuksia voidaan arvioida myös terveyden edistämisen kannalta. Terveysturmatkailu voidaan nähdä terveyden edistämisen kannalta yleisesti myönteisenä ilmiönä, toisaalta terveysturmatkailu edellyttää varallisuutta ja matkustusvalmiuksia. Sen voidaan siten nähdä jopa lisäävän terveyden eriarvoisuutta ja terveyseroja eri väestöryhmien välillä.





## 5. KORVAUSMALLIVAIHTOEHTOJA

Potilasdirektiivin perusteella potilaalla on oikeus saada korvauksia ulkomailla aiheutuneista hoitokustannuksista. Lähtökohta on, että potilas maksaa direktiivin nojalla aiheutuneet kustannukset aina ensin itse hoidonantajalle. Maksuun potilas voi hakea jälkikäteen korvausta valtiolta, joka vastaa hänen sairaanhoitonsa kustannuksista. Direktiivi velvoittaa kustannuksista vastuussa olevaa valtiota korvaamaan potilaalle rajat ylittävistä terveydenhuollosta aiheutuneet kustannukset samoin perustein kuin jos vastaava hoito olisi annettu sen alueella.

Kustannusten korvaamisen lähtökohtana olisi, että kyse on ollut sellaisesta hoidosta, joka kuuluu suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Sen ydinsisältönä olisi yleisluontoinen määritelmä lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perustellusta potilaan terveydentilan edellyttämästä hoidosta. Jos hoito ei olisi ollut potilaalle lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltu, ei sen kustannuksia korvata Suomesta.

Potilasdirektiivin lähtökohtana on potilaan vapaa oikeus hakeutua hoitoon toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin ja saada siitä jälkikäteen korvaus kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän mukaisesti. On huomioitava, että potilasdirektiivissä tarkoitettu ennakkolupajärjestelmä on tarkoitettu kustannuksista vastuussa olevan valtion mahdollisuudeksi rajata velvoitettaan korvata ulkomailla aiheutuneita hoitokustannuksia. Ennakkoluvan käyttö on direktiivissä rajattu vain tarkoin määriteltyihin poikkeustilanteisiin. Potilaalta ei ole mahdollista edellyttää ennakkolupaa kaikissa tilanteissa, joissa potilas on hakeutunut hoitoon ulkomaille ja hakee kustannuksiin jälkikäteen korvausta. Ennakkoluvan myöntämättä jättäminen ei myöskään estä potilasta hakeutumasta hoitoon toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin, vaan luvan epäämisellä voi olla vaikutusta ainoastaan potilaan saamaan korvaukseen.

EU-asetuksiin 883/04 ja 987/09 perustuva sääntely säilyy ennallaan. Kun potilasdirektiivi on saatettu osaksi kansallista lainsäädäntöä, henkilön oikeus rajat ylittävään terveydenhuoltoon voi EU- ja Eta-valtioiden ja Sveitsin tilanteissa perustua joko EU-asetuksiin tai potilasdirektiiviin. Myös henkilön oikeus korvaukseen ja korvausmenettely riippuvat siitä, mistä säännöksestä on kyse. Korvauskäsittelyssä on siten aina tunnistettava, onko henkilöllä oikeus korvaukseen EU-asetuksen vai direktiivin vai molempien säädösten nojalla.

Monilta osin direktiivin ja EU-asetusten säännökset vastaavat toisiaan, mutta tärkeitä eroavaisuuksiakin on. Jos EU-asetus 883/04 tulisi potilaan tilanteessa sovellettavaksi, sen soveltamisen tulisi olla ensisijaista. Potilasdirektiivin lähtökohtana on, että potilaan tulisi mahdollisuuksien mukaan voida valita sovellettavaksi hänen kannaltaan edullisempi säännöstö tilanteessa, jossa sekä potilasdirektiivi että EU-asetus 883/04 soveltuvat. Nykytilanteessa asetuksen soveltaminen olisi potilaalle yleensä edullisin vaihtoehto, sillä jälkikäteen korvaamisen tilanteessa potilaalla on nykyisin oikeus Suomen lainsäädännön nojalla vain sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksiin.



Potilaan korvauksen määrän lisäksi kansallisesti on pohdittava, mistä potilas hakee korvauksia. Rajat ylittävän terveydenhuollon ohjausryhmän keskusteluissa on alustavasti katsottu, että potilaan kannalta yksinkertaisin menettely olisi korvaushakemuksen jättäminen Kansaneläkelaitokselle kuten nykyisinkin ulkomailla aiheutuneesta kustannuksesta.

Täytäntöönpanon valmistelussa potilaalle maksettavan korvauksen määrään liittyen on ollut esillä neljä vaihtoehtoista korvausmallia: Suomen julkisen terveydenhuollon kustannuksiin perustuva puhdas omavastuuosuusmalli (Korvausmalli 1), sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksiin perustuva puhdas SV-malli (Korvausmalli 2) sekä kaksi näiden yhdistelmää, joissa korvaustaso määrittäisi joko Suomen julkisessa terveydenhuollossa tehdyn hoidon tarpeen arvion, hoitosuunnitelman tai erikoissairaanhoidon annetun lähetteen perusteella (Korvausmalli 3) tai direktiivin mukaisen ennakkoluvan myöntämisen perusteella (Korvausmalli 4).

Korvausmallien arvioinnissa huomioitavia seikkoja ovat potilaiden yhdenvertaisuuden toteutuminen Suomessa ja rajat ylittävissä terveydenhuollon tilanteissa, vaikutukset Suomessa toimivien yksityisten terveydenhuollon palveluntarjoajien asemaan ja potilaalle maksettavien korvausten kustannusvastuun jakautuminen kuntien, valtion ja sairaanhoitovakuutuksen välillä. Arvioinnissa tulisi huomioida kunkin korvausmallin prosesseja, kuten hakemusten käsittelyä, korvausten maksamista ja päätöksenantoa potilaiden ja lainsäädännön toimeenpanijoiden kannalta.

Tarkkoja arvioita eri mallien vaikutuksista kustannuksiin tai muistakaan vaikutuksista ei ole mahdollista tehdä. Ennalta ei tiedetä varmuudella, mitä terveydenhuollon palveluja ulkomailta lähdetään hakemaan tai missä määrin ja miten tämä vaikuttaa julkisen ja yksityisen terveydenhuollon palvelujen kysyntään Suomessa.

Kustannusvaikutuksissa on huomioitu muuttujina (i) siirtymä yksityisen terveydenhuollon palveluista käyttämään ulkomaisia terveystalouksia, (ii) äkillisestä ulkomailla sairastumisesta johtuva kustannusten kasvu ja (iii) terveystalouksien käytön lisääntyminen, joka johtuu julkisesti korvatun palvelutarjonnan kasvusta. Kustannusvaikutukset on arvioitu vuoden 2014 hintatasossa.

Seuraavassa esitellään kaikki eri korvausmallit siten, että niitä koskien kuvataan vaikutukset potilaalle maksettavaan korvaukseen, ennakkoluvan käyttämisestä, korvauksen kustannusvastuusta, kustannusten hallinnoinnista ja arvioita korvausmallin vaikutuksista.

Kaikki korvausmallit koskisivat rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteita, jotka tapahtuvat EU- ja Eta-valtioiden ja Sveitsin alueella. Muihin valtioihin liittyvään rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteita koskevaan lainsäädäntöön ei aiheutuisi muutoksia.



## 5.1. Omavastuuosuusmalli

### *Hoitoon hakeutuminen*

Potilaan hakeutuessa hoitoon toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin potilaalle aiheutuneet hoitokustannukset korvattaisiin todellisten kustannusten suuruusina, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaa potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksia vastaavan hoidon järjestämisestä. Korvauksesta vähennettäisiin potilaan Suomessa vastaavasta hoidosta maksettavaksi jäävä asiakasmaksu. Matkat korvattaisiin kuten lähimpään hoitopaikkaan tehtyinä.

EU-asetuksen 883/04 20 artiklan mukaisissa ennakkolupatilanteissa kustannukset korvattaisiin edelleen hoidonantajavaltion kustannusten perusteella. Potilas maksaa itse hoidosta vain hoidonantajavaltion asiakasmaksun. Jos asetuksen ennakkolupatilanteessa potilas joutuisi maksamaan hoidonantajavaltiossa todelliset hoitokustannukset kokonaan tai osittain itse, potilaalle korvattaisiin kustannukset todellisten kustannusten suuruusina, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaa potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksia vastaavan hoidon järjestämisestä. Matkat korvattaisiin hoitopaikkaan asti.

Jos potilas hakeutuu hoitoon muuhun valtioon kuin EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin, hoitoon hakeutumisen kustannuksia ei korvattaisi.

### *Äkillinen sairastuminen ulkomailla*

Jos potilas sairastuu äkillisesti EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä, potilaalla on EU-asetukseen 883/04 perustuen oikeus hoitoon hoidonantajavaltion asiakasmaksulla. Jos hoitoa ei ole saatu hoidonantajavaltion asiakasmaksulla ja kustannuksista haetaan jälkikäteen korvausta Suomessa, kustannukset korvattaisiin joko hoidonantajavaltion kustannusten perusteella tai todellisten kustannusten suuruusina, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaa potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksia vastaavan hoidon järjestämisestä. Korvauksesta vähennettäisiin potilaan Suomessa vastaavasta hoidosta maksettavaksi jäävä asiakasmaksu. Matkat korvattaisiin kuten lähimpään hoitopaikkaan tehtyinä.

Jos potilas sairastuu äkillisesti muussa valtiossa kuin EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä, potilaalla on oikeus sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukseen. Matkakustannuksista ei maksettaisi korvausta.

### *Ennakkolupa*

Potilaalta edellytettäisiin ennakkolupaa, kun kyse on hoidosta, joka kuuluu valtioneuvoston asetuksen 336/2011 5 §:n mukaisen valtakunnallisesti keskitetyn erityistason sairaanhoidon piiriin. Lisäksi ennakkolupaa voitaisiin edellyttää, kun kyse on hoidosta, josta aiheutuu tapauskohtaisen arvioinnin perusteella potilaalle tai väestölle erityinen riski kyseisen hoidon luonteen tai kyseisen terveydenhuollon toimintayksikön tarjoamien palvelujen yleiseen laatuun ja turvallisuuteen



liittyvän seikan takia. Jos ennakkolupa myönnettäisiin, potilaan kustannukset korvattaisiin. Jos ennakkolupaa ei myönnettäisi, potilas ei olisi oikeutettu mihinkään korvaukseen Suomesta.

#### *Korvauskäsittely ja vaikutukset viranomaistoimintaan*

Potilas hakisi aiheutuneista kustannuksista korvausta Kansaneläkelaitoksesta, joka vahvistaisi korvauksen määrän. Jos korvauksen määrän vahvistaminen edellyttää tietoa kustannuksesta, joka vastaavasta terveydenhuollon palvelusta olisi potilaan kotikunnan julkisessa terveydenhuollossa aiheutunut, Kansaneläkelaitos pyytäisi tiedon potilaan kotikunnalta. Kunnan olisi toimitettava tieto Kansaneläkelaitokselle ilman viivytystä. Tieto sitoisi Kansaneläkelaitosta. Kansaneläkelaitoksen antamasta korvauspäätöksestä haettaisiin muutosta hallintolainkäyttölain mukaisesti.

Korvausmalli lisäisi merkittävästi hallinnollista työtä Kansaneläkelaitoksessa ja julkisessa terveydenhuollossa. Se edellyttäisi myös näiden toimijoiden uudenlaista nopeaa tietojenvaihtoa.

#### *Kustannusvastuu*

Ostavastuuosuusmallin mukaisen korvauksen kustannuksesta vastaisi potilaan kotikunta. Sairaanhoidokorvausten ja matkakorvausten kustannuksista vastaisi sairausvakuutusrahasto. Valtio vastaisi edelleen potilaille ulkomailla annetun hoidon kustannuksista, jotka laskutetaan ja maksetaan suoraan valtioiden välillä (EU-asetuksen 883/04 17 ja 19 artiklan tilanteet). EU-asetuksen 883/04 20 artiklan mukaisen ennakkoluvallisen hoitoon hakeutumisen kustannuksista vastaisi potilaan kotikunta. Jos potilaalla ei ole kotikuntaa Suomessa, potilaan korvauksen kustannuksista vastaisi kunnan sijasta valtio.

Ehdotuksen mukaan EU-asetuksessa 883/04 säädetyissä äkillisen ulkomailla sairastumisen (EU-asetus 883/04 19 artikla) ja asumisen (EU-asetus 883/04 17 artikla) vuoksi ulkomailla annetun hoidon kustannukset korvataan jatkossakin toiselle EU- tai Eta-valtiolle tai Sveitsille valtion varoista. Valtion varoista korvattaisiin siten kustannukset, jotka hallinnoidaan valtioiden välillä. Lisäksi ehdotetaan, että valtio vastaisi jatkossa oleskelukunnan sijasta kustannuksista, jotka aiheutuvat Suomessa tai toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä henkilölle, jolla ei ole kotikuntaa Suomessa ja jonka sairaanhoidokustannuksista Suomi EU-lainsäädännön nojalla vastaa.

Kunnat vastaisivat potilaalle toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä aiheutuneiden hoitokustannusten korvauksista, kun ne korvataan potilaalle jälkikäteen todellisten kustannusten suuruusina, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaa potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksia vastaavan hoidon järjestämisestä. Korvauksesta vähennettäisiin asiakasmaksu.

#### *Vaikutukset kuntatalouteen*

Korvausmallia sovellettaisiin tilanteissa, joissa potilas hakee terveydenhuollon palvelua toisesta EU- tai Eta-valtiosta tai Sveitsistä ja hakee Suomesta jälkikäteen korvausta aiheutuneisiin kustannuksiin. Jatkossa Suomessa asuvan (kotikuntalainen) potilaan hakeutuessa hoitoon toiseen



EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin aiheutuneiden kustannusten korvauksista vastaisivat kunnat omavastuuosuusmallin mukaisesti.

Korvausmallin mahdollista vaikutusta terveydenhuollon palvelujen kysynnän kasvuun voidaan arvioida tarkastelemalla, missä julkisen terveydenhuollon palvelujen saatavuudessa on ongelmia ja olettamalla, että näiden palvelujen käyttö ulkomailla kasvaa hieman. Kustannuslisäystä arvioidaan tapahtuvan pääasiassa syöpähoitojen, lonkka- ja polvileikkausten, silmäsairauksien, aikuisten hammashuollon sekä kuvantamistutkimusten osalta. Olettaen, että kyseisten palveluiden käyttö kasvaa kolmella prosentilla vuoteen 2017 mennessä, kuntien vuosittaisten kustannusten arvioidaan lisääntyvän vuonna 2017 noin 56 miljoonaa euroa. Tämän lisäksi palvelujen käyttö voi kasvaa vähäisemmässä määrin muillakin terveydenhuollon erityisaloilla.

Korvausmallia sovellettaisiin myös tilanteisiin, joissa potilaalle on aiheutunut äkillisen hoidon tarpeen johdosta kustannuksia toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä. Nykyisin potilaalla on oikeus jälkikäteen saada hoidon kustannuksista joko hoidonantajavaltion asiakasmaksun suuruinen korvaus tai sairausvakuutuslain mukainen sairaanhoitokorvaus, jos hän ei ole saanut hoitoa jo hoidonantajavaltiossa hoidonantajavaltion asiakasmaksulla. Mallin mukaan jatkossa asiakkaalla olisi näissä tilanteissa oikeus omavastuuosuusmallin mukaiseen korvaukseen, jolloin rahoitusvastuu ja kustannukset siirtyvät sairausvakuutusrahastolta kunnille. Tämän arvioidaan lisäävän kuntien menoja 6,8 miljoonalla eurolla vuodessa. Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset vähenisivät samalla noin miljoonalla eurolla. Kuntien menot kasvavat enemmän kuin sairausvakuutusrahaston menot laskevat, koska omavastuuosuusmallin mukainen korvausosuus on suurempi.

Korvausmallin perusteella potilas voi hakeutua hoitoon toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin ja saada hoidon kustannuksista omavastuuosuusmallin mukaisen korvauksen. Sen sijaan Suomessa maksetusta yksityisestä terveyspalvelusta potilas saa edelleen sairausvakuutuslain mukaisesti sairaanhoitokorvauksen. Koska omavastuuosuusmallin mukainen korvaus on usein asiakkaan kannalta korkeampi kuin sairausvakuutuskorvaus, on odotettavissa, että suomalaisten yksityisten terveyspalvelujen käytöstä osa siirtyy ulkomaille. Olettaen, että kymmenen prosenttia sairausvakuutuskorvattujen palveluiden volyymistä siirtyy ulkomaisiin, omavastuuosuusmallin mukaan korvattuihin palveluihin vuoteen 2017 mennessä, kuntien vuosittaisten kustannusten arvioidaan kasvavan noin 57 miljoonaa euroa. Vastaavasti sairausvakuutuksen menot alenisivat noin 29 miljoonalla eurolla.

Lisäksi kunnat vastaavat nykyisen tavoin sellaisista hoitokustannuksista, kun potilaalle (kotikuntalaiselle) on myönnetty EU-asetuksen 883/04 20 artiklan mukainen lupa saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella. Näiden kustannusten arvioidaan jatkossakin kasvavan maltillisesti, sillä valtaosa potilaiden tarvitsemasta hoidosta voidaan järjestää Suomessa, eikä veloitetta EU-asetuksen mukaisen luvan myöntämiseen siten synny.



## Sairaanhoitokorvaukset

Korvausmallin arvioidaan vähentävän sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksia, kuten edellä on selvitetty. Ensinnäkin, EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä syntyneet terveydenhuoltopalvelujen kustannukset, joista asiakas on nykyisin saanut sairaanhoitokorvauksen, korvataan jatkossa pääosin omavastuuosuusmallin mukaan. Tämän arvioidaan laskevan sairaanhoitokorvauksia noin miljoonalla eurolla vuodessa. Toiseksi, kotimaisten yksityisten terveydenhuoltopalvelujen käytön odotetaan vähenevän uuden lain myötä. Jos yksityisten palveluiden kysyntä laskee kymmenen prosenttia, sairausvakuutuksen menot alenevat vajaa 30 miljoonaa euroa.

### Yhteenvedo kuntien, sairausvakuutuksen ja valtion menojen muutoksesta

Seuraavaan taulukkoon on koottu kustannusarvioita kuntien ja sairausvakuutusmenojen osalta. Taulukon luvut ovat miljoonia euroja. Kustannusarviot on tehty vuoden 2014 kustannustason mukaisesti.

	2014	2015	2016	2017
<b>Kuntien menojen kasvu</b>				
terveydenhuoltomenojen kasvu	19,0	28,0	42,0	56,0
EU- ja Eta-valtioissa ja Sveitsissä aiheutuneet sairausvakuutuksesta korvatut menot kunnille	6,8	6,8	6,8	6,8
osa yksityisen terveydenhuollon menoista siirtyy kunnille	11,3	26,4	41,4	56,5
Yhteensä	35,1	58,2	86,2	119,3
<b>SV-korvausten muutos</b>				
EU- ja Eta-valtioissa ja Sveitsissä aiheutuneet sairausvakuutuksesta korvatut menot kunnille	-1,1	-1,1	-1,1	-1,1
osa yksityisen terveydenhuollon menoista siirtyy kunnille	-5,8	-13,6	-21,4	-29,2
matkakorvausten lisäys	2,4	2,5	2,6	2,8
Yhteensä	-4,5	-12,2	-19,9	-27,5

Kuntien menot lisääntyisivät noin 120 milj. euroa. Vuonna 2011 kuntien perus- ja erikoisterveydenhuollon menot olivat yhteensä noin 8,9<sup>5</sup> miljardia euroa, joten lisäystä kuntien nykyisiin perus- ja erikoisterveydenhuollon menoihin olisi alle 1,5 prosenttia. Valtio maksaisi kunnille menolisäyksestä 50 prosenttia eli 60 milj. euroa ja kuntien osuus kustannuksista olisi myös 60 milj. euroa.

Valtio rahoittaa sairausvakuutusmenoista puolet. Valtion menot alenisivat sairausvakuutusmenojen muutoksen johdosta vajaa 14 milj. euroa ja lisääntyisivät kunnille maksettavien valtion osuuksien johdosta 60 milj. euroa, jolloin valtion menojen lisäys olisi yhteensä noin 46 milj. euroa.

<sup>5</sup> Jos terveyskeskusten vuodeosastohoito huomioidaan, vuoden 2011 menot olivat 10,1 miljardia euroa.



Sairausvakuutuksesta tulisi korvattavaksi matkakorvauksia arviolta 2,8 miljoonaa euroa vuonna 2017. Koska valtio rahoittaa sairausvakuutuksen kustannuksista puolet, aiheutuisi valtiolle menolisäystä 1,4 milj. euroa.

#### *Yhteiskunnalliset vaikutukset*

Terveydenhuollon palvelujen hankkiminen ulkomailta voi vähentää jossain määrin kunnan järjestämien palvelujen kysyntää. Kunnan asukkaalle voi korvausmallin myötä olla yhä houkuttelevampaa valita suomalaisen terveydenhuollon palvelun sijasta ulkomaisen terveydenhuollon palvelun käyttäminen, sillä asukkaalle ulkomailla annetusta hoidosta maksettava korvaus olisi ehdotetun lain perusteella nykyistä suurempi. Tästä voi seurata kunnan asukkaiden terveydenhuollon palvelujen käytön muutos, jonka seurauksena kunnan järjestämien julkisen terveydenhuollon palvelujen käyttö voi vähentyä. Aluksi vaikutus tulee todennäköisesti olemaan marginaalinen, mutta esimerkiksi hoitoon pääsyn odotusaika voi lyhentyä joillakin yksittäisillä lääketieteen erikoisaloilla.

Korvausmallin mukaan potilas voi saada omavastuuosuusmallin mukaisesti kotikuntansa julkisen terveydenhuollon kustannuksiin rinnastuvan korvauksen toisessa valtiossa saadun terveydenhuollon palvelun kustannuksista. Tämä parantaisi potilaan oikeuksia nykyisestä ja täyttäisi varmuudella EU-lainsäädännön vaatimukset. Korvausmallia voidaan pitää myös potilaan, toimeenpanon ja korvausten rahoittajan kannalta selkeänä. Korvaus olisi aina enintään samansuuruinen kuin vastaava hoitokustannus olisi ollut julkisessa terveydenhuollossa.

Potilasdirektiivi ei mahdollista erottelua korvausperusteena sen välillä, onko ulkomainen palveluntuottaja yksityinen vai julkiseen sektoriin kuuluva. Kun Suomessa asuva ja/tai sairausvakuutettu potilas käyttää Suomessa yksityisesti järjestetyn terveydenhuollon palveluja, kustannuksia korvattaisiin edelleen sairausvakuutuslain mukaisena sairaanhoitokorvauksena. Koska sairaanhoitokorvaus on yleensä omavastuuosuusmallin mukaista korvausta huomattavasti pienempi, Suomessa toimivat yksityiset terveydenhuollon palveluntuottajat olisivat ulkomailla toimivia palveluntuottajia heikommassa asemassa, kun tarkastellaan potilaan maksettavaksi jäävää omavastuuta. EU-lainsäädäntö ei aseta estettä tällaiselle niin sanotulle käänteiselle syrjinnälle. EU-tuomioistuin ei ole pitänyt sisämarkkinaoikeuden vastaisina niitä tilanteita, joissa jäsenvaltio on asettanut omat kansalaisensa tai yrityksensä muiden jäsenvaltioiden kansalaisia tai yrityksiä heikompaan asemaan.

Omavastuuosuusmallin käyttöönotto voisi johtaa kuitenkin yksityisen terveydenhuollon palvelujen kysynnän vähenemiseen Suomessa. Vaikka kysynnässä ei tapahtuisi muutoksia, Suomessa toimivat yksityiset terveydenhuollon palveluntuottajat olisivat silti epäedullisessa kilpailuasemassa ulkomaisiin palveluntuottajiin nähden. Korvausmallia tulee siksi arvioida myös elinkeinopolitiikan ja -lainsäädännön näkökulmista.

Suomessa tarjolla olevien yksityisten terveydenhuollon palvelujen kysyntä voi vähentyä myös siksi, että terveydenhuollon palvelujen käyttö toisissa EU- tai Eta-valtioissa tai Sveitsissä lisääntyy.



Terveysmatkailun kasvu ja ulkomaisten palvelujen yhä laajeneva tarjonta vaikuttanevat kuluttajakäyttämiseen. Kasvupotentiaalia on etenkin Virossa ja muualla Baltiassa tarjolla olevien terveydenhuollon palvelujen käytön osalta. Voidaan arvioida, että terveydenhoitopalveluja tarjoavat yritykset siirtäisivät Suomesta toimintaansa osin tai kokonaan toiseen EU- tai Eta-valtioon, kuten Viroon, ja tarjoaisivat palvelujaan sieltä suomalaisille. On myös mahdollista, että korvausmalli ei luo kannusteita ulkomaisille terveydenhuollon palveluntuottajille tarjota toimintaansa Suomeen.





## 5.2. Sairausvakuutusmalli

Potilaalle toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä syntyneet kustannukset korvattaisiin pääsääntöisesti sairausvakuutuslain (1224/2004) perusteella sairaanhoitovakuutuksesta sairaanhoitokorvauksina. Sairausvakuutuskorvauksiin perustuva korvausmalli ei muuttaisi ulkomailla syntyneiden kustannusten korvaamisen nykytilaa.

### *Hoitoon hakeutuminen*

Potilaan hakeutuessa hoitoon toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin kustannukset korvattaisiin sairausvakuutuslain mukaisina sairaanhoitokorvauksina. Matkat korvattaisiin kuten lähimpään hoitopaikkaan tehtyinä.

EU-asetuksen 883/04 20 artiklan mukaisissa ennakkolupatilanteissa kustannukset korvattaisiin edelleen hoidonantajavaltion kustannusten perusteella. Potilas maksaa itse hoidosta vain hoidonantajavaltion asiakasmaksun. Jos EU-asetuksen ennakkolupatilanteessa potilas joutuisi maksamaan hoidonantajavaltiossa todelliset hoitokustannukset kokonaan tai osittain itse, potilaalle korvattaisiin kustannukset todellisten kustannusten suuruusina, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaa potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksia vastaavan hoidon järjestämisestä. Matkat korvattaisiin hoitopaikkaan asti.

Jos potilas hakeutuu hoitoon muuhun valtioon kuin EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin, hoitoon hakeutumisen kustannuksia ei korvattaisi.

### *Äkillinen sairastuminen ulkomailla*

Jos potilas sairastuu äkillisesti EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä, potilaalla on EU-asetukseen 883/04 perustuen oikeus hoitoon hoidonantajavaltion asiakasmaksulla. Jos hoitoa ei ole saatu hoidonantajavaltion asiakasmaksulla ja kustannuksista haetaan jälkikäteen korvausta Suomessa, kustannukset korvattaisiin joko hoidonantajavaltion korvaustason perusteella tai sairausvakuutuslain mukaisena sairaanhoitokorvauksena. Matkat korvattaisiin kuten lähimpään hoitopaikkaan tehtyinä.

### *Ennakkolupa*

Sairanhoitokorvauksiin perustuvassa korvausmallissa ei otettaisi käyttöön direktiivin mahdollistamaa ennakkolupamenettelyä, koska tällaista ei ole kansallisesti käytössä. Ulkomailla syntyneiden kustannusten korvaaminen arvioitaisiin jälkikäteen sairausvakuutuslain perusteella. Sairausvakuutuslain perusteella korvataan tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksia sekä raskauden ja synnytyksen aiheuttamia tarpeellisia kustannuksia.

### *Korvauskäsittely ja vaikutukset viranomaistoimintaan*

Ulkomailla annetun hoidon lisääntyminen lisää jonkin verran korvauskäsittelyyn liittyvän hallinnollisen työn määrää Kansaneläkelaitoksessa. Korvausmallin hallinnollisessa toimeenpanossa



voidaan hyödyntää olemassa olevia rakenteita, joten mallin vaikutus hallintomenoihin on vähäinen.

#### *Kustannusvastuu*

Kustannusvastuunjako vastaisi nykytilaa. Sairaanhoidokorvausten ja matkakorvausten kustannuksista vastaisi sairausvakuutusrahasto. Valtio vastaisi edelleen potilaille ulkomailla annetun hoidon kustannuksista, jotka laskutetaan ja maksetaan suoraan valtioiden välillä (EU-asetuksen 883/04 17 ja 19 artiklan tilanteet). EU-asetuksen 883/04 20 artiklan mukaisen ennakkoluvallisen hoitoon hakeutumisen kustannuksista vastaisi potilaan kotikunta. Jos potilaalla ei ole kotikuntaa Suomessa, potilaan korvauksen kustannuksista vastaisi kunnan sijasta valtio.

#### *Taloudelliset vaikutukset*

Korvausmallilla ei arvioida olevan merkittäviä vaikutuksia ulkomailla annetun hoidon määrään tai korvausmenoihin. Sairausvakuutusmalli ei vaikuttaisi kuntien kustannuksiin.

Valtio vastaisi edelleen potilaille ulkomailla annetun hoidon kustannuksista, jotka laskutetaan ja maksetaan suoraan valtioiden välillä (EU-asetuksen 883/04 17 ja 19 artiklan tilanteet). Lisäksi valtio vastaisi jatkossa oleskelukunnan sijasta kustannuksista, jotka aiheutuvat Suomessa tai toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä henkilölle, jolla ei ole kotikuntaa Suomessa ja jonka sairaanhoidokustannuksista Suomi EU-lainsäädännön nojalla vastaa. EU-asetuksen 883/04 20 artiklan mukaisen ennakkoluvallisen hoitoon hakeutumisen kustannuksista vastaisi edelleen potilaan kotikunta. Jos potilaalla ei ole kotikuntaa Suomessa, potilaan korvauksen kustannuksista vastaisi kunnan sijasta valtio. Potilaalle sairausvakuutuslain perusteella maksettavat sairaanhoidokorvaukset rahoitetaan sairausvakuutusrahastosta.

Sairausvakuutuksesta tulisi korvattavaksi matkakorvauksia arviolta 2,8 miljoonaa euroa vuonna 2017. Koska valtio rahoittaa sairausvakuutuksen kustannuksista puolet, aiheutuisi valtiolle menolisäystä 1,4 milj. euroa.

#### *Yhteiskunnalliset vaikutukset*

Sairaanhoidokorvauksiin perustuva korvausmalli vastaisi kansallista käytäntöä yksityisen terveydenhuollon korvaamisessa: potilaan hakeutuessa hoitoon muualle kuin Suomen julkiseen terveydenhuoltoon hoitokustannuksista korvattaisiin sairausvakuutuslain mukainen korvaus. Korvausmalli vastaisi myös nykyistä rajat ylittävän terveydenhuollon korvauskäytäntöä. Korvausmalli olisi siten potilaan kannalta selkeä ja tuttu. Lisäksi sen toimeenpanoon on olemassa hallinnolliset järjestelmät. Kotimaassa ja ulkomailla muuhun kun suomalaiseen julkiseen terveydenhuoltoon hakeutuvat potilaat olisivat yhdenvertaisessa asemassa.

Kansallisesti sairaanhoidokorvausten tehtävänä on lisätä potilaan taloudellisia mahdollisuuksia käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluita. Sairaanhoidovakuutuksesta korvattu sairaanhoito täydentää yksityisen terveydenhuollon palveluita ja tarjoaa potilaalle vaihtoehtoja.



Sairausvakuutuksen tehtävänä ei ole luoda potilaalle oikeuksia julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa laajempaan palveluvalikoimaan.

Sairaanhoitokorvauksien korvaustaso on matala suhteessa asiakkaan maksettavaksi jäävään osuuteen julkisessa terveydenhuollossa. Näin olen sairaanhoitokorvauksiin perustuva korvausmalli rajaa käytännössä potilaan oikeutta valita ulkomainen hoidon tarjoaja. Sairausvakuutusmalli olisi ongelmallinen erityisesti tilanteissa, joissa potilaalle ulkomailla äkillisen sairastumisen tilanteissa maksettu korvaus rinnastetaan kuten jos hän olisi Suomessa käyttänyt yksityisen terveydenhuollon palvelua. Äkillisen sairastumisen tilanteissa potilaat käyttäisivät kotimaassa pääsääntöisesti julkisen terveydenhuollon palveluja.

Sairausvakuutuskorvauksiin perustuva korvausmalli kohtelee yhdenvertaisesti Suomessa toimivia yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajia ja ulkomailla toimivia terveydenhuollon palveluntuottajia. Molempien antamasta hoidosta potilaalla olisi oikeus saada sairausvakuutuslain mukainen korvaus. Ulkomailla annetusta hoidosta maksettaisiin potilaalle kuitenkin alhaisempi korvaus kuin Suomen julkisessa terveydenhuollossa annetusta hoidosta, jonka potilas saa asiakasmaksulla.

Potilaan oikeuksia ja palveluiden vapaata tarjontaa korostavan direktiivin ja EU-tuomioistuimen tulkintakäytännön sairaanhoitokorvauksiin perustuvan mallin voitaisiin alhaisen korvaustason vuoksi katsoa rajoittavan potilaiden liikkuvuutta ja palveluiden vapaata tarjontaa sisämarkkinoilla. Näin ollen direktiivin toimeenpanossa on otettava huomioon, että tällainen korvauskäytäntö voitaisiin viedä ennen pitkää EU-tuomioistuimen tutkittavaksi. EU-tuomioistuimen oikeuskäytäntö huomioiden on mahdollista, että Suomi veloitettaisiin muuttamaan rajoittavaa korvauskäytäntöään potilaan edun mukaiseksi.



### 5.3. Hoitosuhteeseen sidottu sekamalli

#### *Hoitoon hakeutuminen*

Jos potilaalla on hoitosuhde Suomessa julkisessa terveydenhuollossa ja hän hakeutuu toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin samaan hoitoa, potilaalle korvattaisiin kustannukset omavastuuosuusmallin mukaisesti. Tällöin potilaalle korvattaisiin hoitokustannukset todellisten kustannusten suuruusina, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaa potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksia vastaavan hoidon järjestämisestä. Korvauksesta vähennettäisiin potilaan Suomessa vastaavasta hoidosta maksettavaksi jäävä asiakasmaksu. Jos potilaalla ei olisi hoitosuhdetta Suomessa julkisessa terveydenhuollossa, kustannukset korvattaisiin sairausvakuutuslain perusteella sairaanhoitokorvauksena. Matkat korvattaisiin kuten lähimpään hoitopaikkaan tehtyinä.

Hoitosuhteella tarkoitettaisiin, että potilaalla on terveydenhuoltolain 47, 48 tai 51-53 §:n mukaisiin perusteisiin ja hoidon tarpeen arviointiin perustuva oikeus saada hoitoa kunnallisen terveydenhuollon järjestämänä. Käytännössä tämä edellyttää jonkin seuraavista ehdoista toteutumista:

- a) Terveyskeskuksen potilaalle on laadittu terveydenhuoltolain 47 §:n 2 momentin mukainen hoitosuunnitelma. Tällöin hän voi hakea hoitosuunnitelman mukaisia palveluja ulkomailta samoin perustein kuin hän voisi hakea Suomessa toisesta perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon toimintayksiköstä.
- b) Potilas on ottanut yhteyttä terveydenhuoltolain 51 §:n mukaiseen kunnallisen terveydenhuollon toimintayksikköön ja terveydenhuollon ammattihenkilö on todennut, että potilaalla on säännöksen tarkoittama hoidon tarve.
- c) Potilas on saanut terveydenhuoltolain 52 §:n 1 momentin mukaisen lähetteen erikoissairaanhoitoon.

EU-asetuksen 883/04 20 artiklan mukaisissa ennakkolupatilanteissa kustannukset korvattaisiin edelleen hoidonantajavaltion kustannusten perusteella. Potilas maksaa itse hoidosta vain hoidonantajavaltion asiakasmaksun. Matkat korvattaisiin hoitopaikkaan asti. Jos EU-asetuksen ennakkolupatilanteessa potilas joutuisi maksamaan hoidonantajavaltiossa todelliset hoitokustannukset kokonaan tai osittain itse, potilaalle korvattaisiin kustannukset todellisten kustannusten suuruusina, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaa potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksia vastaavan hoidon järjestämisestä.

Jos potilas hakeutuu hoitoon muuhun valtioon kuin EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin, hoitoon hakeutumisen kustannuksia ei korvattaisi.



### *Äkillinen sairastuminen ulkomailla*

Jos potilas sairastuu äkillisesti EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä, potilaalla on EU-asetukseen 883/04 perustuen oikeus hoitoon hoidonantajavaltion asiakasmaksulla. Jos hoitoa ei ole saatu hoidonantajavaltion asiakasmaksulla ja kustannuksista haetaan jälkikäteen korvausta Suomessa, kustannukset korvattaisiin joko hoidonantajavaltion kustannusten perusteella tai todellisten kustannusten suuruisina, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaa potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksia vastaavan hoidon järjestämisestä. Korvauksesta vähennettäisiin potilaan Suomessa vastaavasta hoidosta maksettavaksi jäävä asiakasmaksu. Matkat korvattaisiin kuten lähimpään hoitopaikkaan tehtyinä.

Jos potilas sairastuu äkillisesti muussa valtiossa kuin EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä, potilaalla on oikeus sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukseen. Matkakustannuksista ei maksettaisi korvausta.

### *Ennakkolupa*

Potilaalta edellytettäisiin ennakkolupaa, kun kyse on hoidosta, joka kuuluu valtioneuvoston asetuksen 336/2011 5 §:n mukaisen valtakunnallisesti keskitetyn erityistason sairaanhoidon piiriin. Lisäksi ennakkolupaa voitaisiin edellyttää, kun kyse on hoidosta, josta aiheutuu tapauskohtaisen arvioinnin perusteella potilaalle tai väestölle erityinen riski kyseisen hoidon luonteen tai kyseisen terveydenhuollon toimintayksikön tarjoamien palvelujen yleiseen laatuun ja turvallisuuteen liittyvän seikan takia. Jos ennakkolupa myönnettäisiin, potilaan kustannukset korvattaisiin. Jos ennakkolupaa ei myönnettäisi, potilas ei olisi oikeutettu mihinkään korvaukseen Suomesta.

### *Korvauskäsittely ja vaikutukset viranomaistoimintaan*

Potilas hakisi aiheutuneista kustannuksista korvausta Kansaneläkelaitoksesta, joka vahvistaisi korvauksen määrän. Korvaushakemuksen käsittelemiseksi Kansaneläkelaitoksen olisi aina selvitettävä, onko potilaalla kustannuksen aiheuttanutta hoitoa varten hoitosuhde julkisessa terveydenhuollossa. Tämän tiedon perusteella määriteltäisiin korvausperuste. Jos kyse olisi omavastuuosuusmallin mukaisesta korvausperusteesta, Kansaneläkelaitos pyytäisi tiedon potilaan kotikunnalta. Kunnan olisi toimitettava tieto Kansaneläkelaitokselle ilman viivytystä. Tieto sitoisi Kansaneläkelaitosta. Kansaneläkelaitoksen antamasta korvauspäätöksestä haettaisiin muutosta hallintolainkäyttölain mukaisesti. Jos kyse olisi sairausvakuutusmallin mukaisesta korvausperusteesta, Kansaneläkelaitos ratkaisi sairaanhoitokorvauksen.

Korvausmalli lisäisi merkittävästi hallinnollista työtä Kansaneläkelaitoksessa ja julkisessa terveydenhuollossa. Se edellyttäisi myös näiden toimijoiden uudenlaista nopeaa tietojenvaihtoa. Sairaanhoitokorvausten osalta korvausmallin hallinnollisessa toimeenpanossa voidaan hyödyntää olemassa olevia rakenteita, joten mallin vaikutus hallintomenoihin on sen osalta vähäinen.



### *Kustannusvastuu*

Ostavastuuosuusmallin mukaisen korvauksen kustannuksesta vastaisi potilaan kotikunta ja sairaanhoitokorvauksen ja matkakorvausten kustannuksista sairausvakuutusrahasto. Valtio vastaisi edelleen potilaille ulkomailla annetun hoidon kustannuksista, jotka laskutetaan ja maksetaan suoraan valtioiden välillä (EU-asetuksen 883/04 17 ja 19 artiklan tilanteet). EU-asetuksen 883/04 20 artiklan mukaisen ennakkoluvallisen hoitoon hakeutumisen kustannuksista vastaisi potilaan kotikunta. Jos potilaalla ei ole kotikuntaa Suomessa, potilaan korvauksen kustannuksista vastaisi kunnan sijasta valtio.

### *Vaikutukset kuntatalouteen*

Korvausmallia sovellettaisiin tilanteissa, joissa potilas hakee terveydenhuollon palvelua toisesta EU- tai Eta-valtiosta tai Sveitsistä ja hakee Suomesta jälkikäteen korvausta aiheutuneisiin kustannuksiin. Näistä kustannusten korvauksista vastaisivat kunnat omavastuuosuusmallin mukaisesti tai sairausvakuutusrahasto sairausvakuutuslain mukaisesti.

Korvausmallin mahdollista vaikutusta terveydenhuollon palvelujen kysynnän kasvuun voidaan arvioida - omavastuuosuusmallin tavoin - tarkastelemalla, missä julkisen terveydenhuollon palvelujen saatavuudessa on ongelmia ja olettamalla, että näiden palvelujen käyttö ulkomailla kasvaa hieman. Kustannuslisäystä arvioidaan tapahtuvan pääasiassa syöpähoitojen, lonkka- ja polvileikkausten, silmäsairauksien, aikuisten hammashuollon sekä kuvantamistutkimusten osalta. Olettaen, että kyseisten palveluiden käyttö kasvaa kahdella prosentilla vuoteen 2017 mennessä, kuntien vuosittaisten kustannusten arvioidaan lisääntyvän vuonna 2017 noin 37 miljoonaa euroa. Tämän lisäksi palvelujen käyttö voi kasvaa vähäisemmässä määrin muillakin terveydenhuollon erityisaloilla.

Korvausmallia sovellettaisiin omavastuuosuusmallin osalta myös tilanteisiin, joissa potilaalle on aiheutunut äkillisen hoidon tarpeen johdosta kustannuksia toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä. Nykyisin potilaalla on oikeus jälkikäteen saada hoidon kustannuksista joko hoidonantajavaltion asiakasmaksun suuruinen korvaus tai sairausvakuutuslain mukainen sairaanhoitokorvaus, jos hän ei ole saanut hoitoa jo hoidonantajavaltiossa hoidonantajavaltion asiakasmaksulla. Korvausmallin mukaan potilaalla olisi näissä tilanteissa oikeus omavastuuosuusmallin mukaiseen korvaukseen, jolloin rahoitusvastuu ja kustannukset siirtyvät sairausvakuutusrahastolta kunnille. Tämän arvioidaan lisäävän kuntien menoja 6,8 miljoonalla eurolla vuodessa. Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset vähenisivät samalla noin miljoonalla eurolla. Kuntien menot kasvavat enemmän kuin sairausvakuutusrahaston menot laskevat, koska omavastuuosuusmallin mukainen korvausosuus on suurempi.

Korvausmallin perusteella potilas voi hakeutua hoitoon toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin ja saada hoidon kustannuksista omavastuuosuusmallin mukaisen korvauksen silloin, kun hänellä on ollut hoitosuhde kunnalliseen terveydenhuoltoon. Tämän hoitosuhdevaatimuksen osalta oikeus on rajoitetumpi kuin kohdassa 5.1. todetussa omavastuuosuusmallissa. Sen sijaan Suomessa



maksetusta yksityisestä terveyspalvelusta potilas saa edelleen sairausvakuutuslain mukaisesti sairaanhoitokorvauksen.

Koska omavastuuosuusmallin mukainen korvaus on usein asiakkaan kannalta korkeampi kuin sairausvakuutuskorvaus, on odotettavissa, että suomalaisten yksityisten terveyspalvelujen käytöstä osa siirtyy ulkomaille. Siirtymä lienee kuitenkin merkittävästi pienempi kuin puhtaassa omavastuuosuusmallissa, koska korvauksen edellytyksenä on olemassa oleva hoitosuhde kunnalliseen terveydenhuoltoon. Pelkästään yksityisen terveydenhuollon asiakkaan olevien potilaiden saama korvaus ei muuttuisi, vaikka hoito haettaisiin ulkomailta. On kuitenkin mahdollista, että osa nykyisistä yksityisen terveydenhuollon potilaista kirjautuisi ensin julkisen terveydenhuollon potilaaksi ja hakeutuisi vasta sen jälkeen hoitoon ulkomaille. Olettaen, että tässä mallissa 5 prosenttia sairausvakuutuskorvattujen palveluiden volyymistä siirtyy ulkomaisiin, omavastuuosuusmallin mukaan korvattuihin palveluihin vuoteen 2017 mennessä, kuntien vuosittaisten kustannusten arvioidaan kasvavan noin 28 miljoonaa euroa. Vastaavasti sairausvakuutuksen menot alenisivat noin 15 miljoonalla eurolla.

Lisäksi kunnat vastaavat nykyisin tavoin sellaisista hoitokustannuksista, kun potilaalle (kotikuntalaiselle) on myönnetty EU-asetuksen 883/04 20 artiklan mukainen lupa saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella. Näiden kustannusten arvioidaan jatkossakin kasvavan maltillisesti, sillä valtaosa potilaiden tarvitsemasta hoidosta voidaan järjestää Suomessa, eikä veloitetta luvan myöntämiseen siten synny.

#### *Sairaanhoitokorvaukset*

Korvausmallin arvioidaan vähentävän sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksia, kuten edellä on selvitetty. Ensinnäkin, EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä syntyneet terveydenhuoltopalvelujen kustannukset, joista asiakas on nykyisin saanut sairaanhoitokorvauksen, korvataan jatkossa pääosin omavastuuosuusmallin mukaan. Tämän arvioidaan laskevan sairaanhoitokorvauksia noin miljoonalla eurolla vuodessa. Toiseksi, kotimaisten yksityisten terveydenhuoltopalvelujen käytön odotetaan vähenevän uuden lain myötä. Jos yksityisten palveluiden kysyntä laskee 5 prosenttia, sairausvakuutuksen menot alenevat noin 15 miljoonaa euroa.

#### *Yhteenveto kuntien, sairausvakuutuksen ja valtion menojen muutoksesta*

Seuraavaan taulukkoon on koottu kustannusarvioita kuntien ja sairausvakuutusmenojen osalta. Taulukon luvut ovat miljoonia euroja. Kustannusarviot on tehty vuoden 2011 kustannustason mukaisesti.



	2014	2015	2016	2017
<b>Kuntien menojen kasvu</b>				
terveydenhuoltomenojen kasvu	19,0	25,0	31,0	37,0
EU- ja Eta-valtiossa ja Sveitsissä aiheutuneet sairausvakuutuksesta korvatut menot kunnille	6,8	6,8	6,8	6,8
osa yksityisen terveydenhuollon menoista siirtyy kunnille	5,6	13,2	20,7	28,2
Yhteensä	31,4	45,0	58,5	72,0
<b>SV-korvausten muutos</b>				
EU- ja Eta-valtiossa ja Sveitsissä aiheutuneet sairausvakuutuksesta korvatut menot kunnille	-1,1	-1,1	-1,1	-1,1
osa yksityisen terveydenhuollon menoista siirtyy kunnille	-2,9	-6,8	-10,7	-14,6
matkakorvausten lisäys	2,4	2,5	2,6	2,8
Yhteensä	-1,6	-5,4	-9,2	-12,9

Kuntien menot lisääntyisivät noin 72 milj. euroa. Vuonna 2011 kuntien perus- ja erikoisterveydenhuollon menot olivat yhteensä noin 8,9<sup>6</sup> miljardia euroa, joten lisäystä kuntien nykyisiin perus- ja erikoisterveydenhuollon menoihin olisi alle prosentti. Valtio maksaisi kunnille menolisäyksestä 50 prosenttia eli 36 milj. euroa ja kuntien osuus kustannuksista olisi myös 36 milj. euroa.

Valtio rahoittaa sairausvakuutusmenoista puolet. Valtion menot alenisivat sairausvakuutusmenojen muutoksen johdosta 6,5 milj. euroa ja lisääntyisivät kunnille maksettavien valtion osuuksien johdosta 36 milj. euroa, jolloin valtion menojen lisäys olisi yhteensä noin 30 milj. euroa.

Sairausvakuutuksesta tulisi korvattavaksi matkakorvauksia arviolta 2,8 miljoonaa euroa vuonna 2017. Koska valtio rahoittaa sairausvakuutuksen kustannuksista puolet, aiheutuisi valtiolle menolisäystä 1,4 milj. euroa.

#### *Yhteiskunnalliset vaikutukset*

Osa korvausmallin vaikutuksista on samoja kuin omavastuuosuusmallin osalta, lue lisää otsikosta 5.1. Osa korvausmallin vaikutuksista on samoja kuin sairausvakuutusmallissa, lue lisää otsikosta 5.2.

Terveydenhuollon palvelujen hankkiminen ulkomailta voi vähentää jossain määrin kunnan järjestämien palvelujen kysyntää. Potilaalle voi korvausmallin myötä jälkeen olla yhä houkuttelevampaa valita suomalaisen terveydenhuollon palvelun sijasta ulkomaisen terveydenhuollon palvelun käyttäminen, sillä julkiseen terveydenhuoltoon hoitosuhteessa olevalle potilaalle ulkomailla annetusta hoidosta maksettava korvaus olisi korvausmallin perusteella nykyistä suurempi. Tästä voi seurata julkisen terveydenhuollon palvelujen käytön muutos, jonka

<sup>6</sup> Jos terveyskeskusten vuodeosastohoito huomioidaan, vuoden 2011 menot olivat 10,1 miljardia euroa.





seurauksena kunnan järjestämien julkisen terveydenhuollon palvelujen käyttö voi vähentyä. Aluksi vaikutus tulee todennäköisesti olemaan marginaalinen, mutta esimerkiksi hoitoon pääsyn odotusaika voi lyhentyä joillakin yksittäisillä lääketieteen erikoisaloilla.

Hoitosuhteeseen sidotussa korvausmallissa julkinen terveydenhuolto tulisi tietoisesti potilaan aikeista hakeutua hoitoon ulkomaille etukäteen, jos potilas haluaisi saada korvauksen kustannuksiin omavastuuosuusmallin suuruisena. Tällöin julkinen terveydenhuolto saisi etukäteen myös tietoa arvioiduista kustannuksista, joita sen maksettavaksi tulee.

Hoitosuhteeseen perustuvassa korvausmallissa vaikutus julkiseen terveydenhuoltoon lienee kuitenkin merkittävästi pienempi kuin puhtaassa omavastuuosuusmallissa. Tähän vaikuttaa muun muassa, että potilaalle aiheutuvat kustannus on vähintään samansuuruinen kuin kotimaassa saadusta hoidosta, yleensä kuitenkin suurempi.

Potilas, jolla on hoitosuhde julkiseen terveydenhuoltoon voi saada hoitosuhteeseen perustuvassa mallissa kotikuntansa julkisen terveydenhuollon kustannuksiin rinnastuvan korvauksen toisessa valtiossa saadun terveydenhuollon palvelun kustannuksista. Tämä parantaisi potilaan oikeuksia, sillä korvaus olisi potilaalle korkeampi kuin Suomessa yksityisen terveydenhuollon palveluista saatava korvaus. Tämä ei kuitenkaan aiheuttane suurta muutosta Suomessa toimivan yksityisen terveydenhuollon asemaan, sillä pelkästään yksityistä terveydenhuoltoa käyttävät potilaat, jotka hakeutuvat hoitoon ulkomaille, saisivat jatkossakin sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen ulkomailta annetuista hoidoista. Sen vuoksi korvauksen suuruus ei itsessään muodosta houkutusta ulkomaille hakeutumiseen.

Jos korvausmallin mukainen potilaan korvaushakemuksen käsittelyn hallinnollinen työmäärän voidaan arvioida olevan suuri. Korvaushakemuksen käsittelyn lähtökohtana on selvittää, onko potilaalla hoitosuhde julkiseen terveydenhuoltoon. Tämän tiedon mukaisesti määritetty korvausperuste, joka voi potilasdirektiivin tilanteissa olla potilaalle aiheutuneet todelliset tai enintään vastaava hoitokustannus julkisessa terveydenhuollossa tai sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaus.

Jotta potilas on oikeutettu korkeampaan korvaukseen ulkomailta aiheutuneen hoidon kustannuksista, hänellä tulisi olla hoitosuhde julkisessa terveydenhuollossa. On arvioitu, että tämä voisi johtaa potilaiden haluun saada hoidon tarve arvioitua julkisessa terveydenhuollossa nykyistä useammin. Tällainen potilaiden käyttäytymismuutos vaikuttaisi hoidon tarpeen arviointien toteuttamiseen erityisesti julkisen terveydenhuollon perusterveydenhuollossa. Samoin on pohdittu, voisiko korvausmalli johtaa myös erikoissairaanhoitoon tehtyjen läheteiden määrän merkittävään lisääntymiseen.



## 5.4. Direktiivin ennakkolupaan sidottu sekamalli

### *Hoitoon hakeutuminen*

Jos potilaalle olisi myönnetty direktiivin mukainen ennakkolupa Suomesta, potilaalle toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä syntyneet kustannukset korvattaisiin omavastuuosuusmallin mukaisesti. Potilas olisi oikeutettu korvaukseen todellisten kustannusten suuruusina, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaa potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksia vastaavan hoidon järjestämisestä. Korvauksesta vähennettäisiin potilaan Suomessa vastaavasta hoidosta maksettavaksi jäävä asiakasmaksu. Potilaan hakeutuessa hoitoon ilman direktiivin mukaista ennakkolupaa, kustannukset korvattaisiin sairausvakuutuslain perusteella sairaanhoitokorvauksena. Matkat korvattaisiin kuten lähimpään hoitopaikkaan tehtyinä.

EU-asetuksen 883/04 20 artiklan mukaisissa ennakkolupatilanteissa kustannukset korvattaisiin edelleen hoidontajavaltion kustannusten perusteella. Potilas maksaa itse hoidosta vain hoidontajavaltion asiakasmaksun. Matkat korvattaisiin hoitopaikkaan asti.

Jos potilas hakeutuu hoitoon muuhun valtioon kuin EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin, hoitoon hakeutumisen kustannuksia ei korvattaisi.

### *Äkillinen sairastuminen ulkomailla*

Jos potilas sairastuu äkillisesti EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä, potilaalla on EU-asetukseen 883/04 perustuen oikeus hoitoon hoidontajavaltion asiakasmaksulla. Jos hoitoa ei ole saatu hoidontajavaltion asiakasmaksulla ja kustannuksista haetaan jälkikäteen korvausta Suomessa, kustannukset korvattaisiin joko hoidontajavaltion kustannusten perusteella tai todellisten kustannusten suuruusina, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaa potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksia vastaavan hoidon järjestämisestä. Korvauksesta vähennettäisiin potilaan Suomessa vastaavasta hoidosta maksettavaksi jäävä asiakasmaksu. Matkat korvattaisiin kuten lähimpään hoitopaikkaan tehtyinä.

Jos potilas sairastuu äkillisesti muussa valtiossa kuin EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä, potilaalla on oikeus sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukseen. Matkakustannuksista ei maksettaisi korvausta.

### *Ennakkolupa*

Potilaalta edellytettäisiin ennakkolupaa, kun kyse on hoidosta, joka kuuluu valtioneuvoston asetuksen 336/2011 5 §:n mukaisen valtakunnallisesti keskitetyn erityistason sairaanhoidon piiriin. Lisäksi ennakkolupaa voitaisiin edellyttää, kun kyse on hoidosta, josta aiheutuu tapauskohtaisen arvioinnin perusteella potilaalle tai väestölle erityinen riski kyseisen hoidon luonteen tai kyseisen terveydenhuollon toimintayksikön tarjoamien palvelujen yleiseen laatuun ja turvallisuuteen liittyvän seikan takia. Jos ennakkolupa myönnettäisiin, potilaan kustannukset korvattaisiin. Jos ennakkolupaa ei näissä tilanteissa myönnettäisi, potilas olisi kuitenkin oikeutettu sairaanhoitokorvaukseen.



Korvausmallin toteuttamiseksi potilaan edun mukaisesti, tulisi määritellä, onko potilas kansallisen lainsäädännön perusteella oikeutettu saamaan ennakkoluvan myös muissa tilanteissa kuin potilasdirektiivin vähimmäisvaatimuksena edellyttämissä tilanteissa.

#### *Korvauskäsittely ja vaikutukset viranomaistoimintaan*

Potilas hakisi aiheutuneista kustannuksista korvausta Kansaneläkelaitoksesta, joka vahvistaisi korvauksen määrän. Korvaushakemuksen käsittelemiseksi Kansaneläkelaitos pyytäisi potilasta toimittamaan korvaushakemuksen liitteenä hänelle mahdollisesti myönnetyn ennakkoluvan. Tämän tiedon perusteella määriteltäisiin korvausperuste. Jos potilaalle olisi myönnetty ennakkolupa, kyse olisi omavastuuosuusmallin mukaisesta korvausperusteesta ja Kansaneläkelaitos pyytäisi tiedon potilaan kotikunnalta. Kunnan olisi toimitettava tieto Kansaneläkelaitokselle ilman viivytystä. Tieto sitoisi Kansaneläkelaitosta. Kansaneläkelaitoksen antamasta korvauspäätöksestä haettaisiin muutosta hallintolainkäyttölain mukaisesti. Jos potilaalle ei olisi myönnetty ennakkolupaa, kyse olisi sairausvakuutusmallin mukaisesta korvausperusteesta ja Kansaneläkelaitos ratkaisi sairaanhoitokorvauksen.

Korvausmalli lisäisi jonkin verran hallinnollista työtä Kansaneläkelaitoksessa ja julkisessa terveydenhuollossa. Se edellyttäisi myös näiden toimijoiden uudenlaista nopeaa tietojenvaihtoa. Sairaanhoitokorvausten osalta korvausmallin hallinnollisessa toimeenpanossa voidaan hyödyntää olemassa olevia rakenteita, joten mallin vaikutus hallintomenoihin on sen osalta vähäinen.

#### *Kustannusvastuu*

Omavastuuosuusmallin mukaisen korvauksen kustannuksesta vastaisi potilaan kotikunta ja sairaanhoitokorvauksen ja matkakorvausten kustannuksista sairausvakuutusrahasto. Valtio vastaisi edelleen potilaille ulkomailla annetun hoidon kustannuksista, jotka laskutetaan ja maksetaan suoraan valtioiden välillä (EU-asetuksen 883/04 17 ja 19 artiklan tilanteet). EU-asetuksen 883/04 20 artiklan mukaisen ennakkoluvallisen hoitoon hakeutumisen kustannuksista vastaisi potilaan kotikunta. Jos potilaalla ei ole kotikuntaa Suomessa, potilaan korvauksen kustannuksista vastaisi kunnan sijasta valtio.

#### *Vaikutukset*

Korvausmalli vastaisi EU-lainsäädäntöä, jos potilasta ei voitaisi hoitaa Suomessa julkisessa terveydenhuollossa tai jos muista syistä johtuen ennakkoluvan myöntäminen katsottaisiin potilaan edun mukaisesti perustelluksi, ennakkolupa myönnettäisiin ja potilas saisi korvauksen hoitokustannuksista omavastuuosuusmallin mukaisen korvauksen. Korvausmallissa voidaan arvioida olevan siten samoja lähtökohtia kuin ostopalvelutilanteessa ja EU-asetuksen 883/04 20 artiklan mukaisissa ennakkoluvan tilanteissa. Jos ennakkoluvan myöntämistä ei voitaisi pitää perusteltuna tai potilaan edun mukaisena, ennakkolupaa ei myönnettäisi ja potilas saisi aiheutuneisiin kustannuksiin sairausvakuutusmallin mukaisesti sairaanhoitokorvauksen.



### *Taloudelliset vaikutukset*

Korvausmallilla ei arvioida olevan merkittäviä vaikutuksia ulkomailla annetun hoidon määrään tai kuntien korvausmenoihin, sillä ehdoton valtaosa potilaiden tarvitsemista hoidoista voidaan järjestää julkisessa terveydenhuollossa lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa. Sairausvakuutusmalli ei vaikuttaisi kuntien kustannuksiin.

Korvausmallia sovellettaisiin kuitenkin tilanteisiin, joissa potilaalle on aiheutunut äkillisen hoidon tarpeen johdosta kustannuksia toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä. Nykyisin potilaalla on oikeus jälkikäteen saada hoidon kustannuksista joko hoidonantajavaltion asiakasmaksun suuruinen korvaus tai sairausvakuutuslain mukainen sairaanhoitokorvaus, jos hän ei ole saanut hoitoa jo hoidonantajavaltiossa hoidonantajavaltion asiakasmaksulla. Mallin mukaan jatkossa asiakkaalla olisi näissä tilanteissa oikeus omavastuuosuusmallin mukaiseen korvaukseen, jolloin rahoitusvastuu ja kustannukset siirtyvät sairausvakuutusrahastolta kunnille. Tämän arvioidaan lisäävän kuntien menoja 6,8 miljoonalla eurolla vuodessa. Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset vähenisivät samalla noin miljoonalla eurolla, josta valtion osuus olisi puolet. Kuntien menot kasvavat enemmän kuin sairausvakuutusrahaston menot laskevat, koska omavastuuosuusmallin mukainen korvausosuus on suurempi.

Valtio vastaisi edelleen potilaille ulkomailla annetun hoidon kustannuksista, jotka laskutetaan ja maksetaan suoraan valtioiden välillä (EU-asetuksen 883/04 17 ja 19 artiklan tilanteet). Lisäksi valtio vastaisi jatkossa oleskelukunnan sijasta kustannuksista, jotka aiheutuvat Suomessa tai toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä henkilölle, jolla ei ole kotikuntaa Suomessa ja jonka sairaanhoitokustannuksista Suomi EU-lainsäädännön nojalla vastaa. EU-asetuksen 883/04 20 artiklan mukaisen ennakkoluvallisen hoitoon hakeutumisen kustannuksista vastaisi edelleen potilaan kotikunta. Jos potilaalla ei ole kotikuntaa Suomessa, potilaan korvauksen kustannuksista vastaisi kunnan sijasta valtio. Potilaalle sairausvakuutuslain perusteella maksettavat sairaanhoitokorvaukset rahoitetaan sairausvakuutusrahastosta.

Sairausvakuutuksesta tulisi korvattavaksi matkakorvauksia arviolta 2,8 miljoonaa euroa vuonna 2017. Koska valtio rahoittaa sairausvakuutuksen kustannuksista puolet, aiheutuisi valtiolle menolisäystä 1,4 milj. euroa.

### *Yhteiskunnalliset vaikutukset*

Osa korvausmallin vaikutuksista on samoja kuin omavastuuosuusmallissa, lue lisää otsikosta 5.1., sairausvakuutusmallissa, lue lisää otsikosta 5.2., ja ennakkolupa sidotussa sekamallissa, lue lisää otsikosta 5.3.

Korvausmalli vastaisi osin kansallista käytäntöä: jos potilaan tarvitsemaa hoitoa ei voida järjestää julkisessa terveydenhuollossa, hänelle myönnetään hoidosta aiheutuneiden kustannusten potilaan edun mukaisesti suuremman korvauksen saamiseksi ennakkolupa. Muissa tilanteissa, jos ennakkoluvan myöntämiselle ei olisi ehdotonta velvoitetta tai se ei olisi potilaan edun mukaista,



potilaan hakeutuessa hoitoon muualle kuin Suomen julkiseen terveydenhuoltoon hoitokustannuksista korvattaisiin sairausvakuutuslain mukainen korvaus. Korvausmalli olisi siten potilaan kannalta selkeä.

Direktiivissä tarkoitettu ennakkolupajärjestelmä on kuitenkin tarkoitettu kustannuksista vastuussa olevan valtion mahdollisuudeksi rajata veloitetaan korvata ulkomailla aiheutuneita hoitokustannuksia. Ennakkoluvan käyttö on direktiivissä rajattu määriteltyihin tilanteisiin. Ennakkoluvan myöntämättä jättäminen ei estä potilasta hakeutumasta hoitoon toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin, vaan luvan epäämisellä on vaikutusta ainoastaan potilaan saamaan korvaukseen. Toisaalta potilaalta ei voida aina edellyttää ennakkoluvan hakemista ja saamista ulkomailla annetun hoidon kustannusten korvaamiseksi.

Korvausmallin tulisivatkin perustua direktiivistä poiketen kansallisessa lainsäädännössä säädettyyn potilaan vahvempaan oikeuteen saada ennakkolupa, jolloin hän saisi kustannuksiin myös korkeamman (omavastuuosuusmallin mukaisen) korvauksen kuin ilman ennakkolupaa (sairausvakuutusmallin korvaus).

Potilas, jolle on myönnetty ennakkolupa saisi ennakkolupaan perustuvassa korvausmallissa kotikuntansa julkisen terveydenhuollon kustannuksiin rinnastuvan korvauksen toisessa valtiossa saadun terveydenhuollon palvelun kustannuksista. Tämä parantaisi potilaan oikeuksia, sillä korvaus olisi potilaalle korkeampi kuin Suomessa yksityisen terveydenhuollon palveluista saatava korvaus.

Ennakkolupaan sidotussa korvausmallissa julkinen terveydenhuolto tulisi tietoisesti potilaan aikeista hakeutua hoitoon ulkomaille etukäteen, jos potilas haluaisi saada korvauksen kustannuksiin omavastuuosuusmallin suuruisena. Tällöin julkinen terveydenhuolto saisi etukäteen myös tietoa arvioiduista kustannuksista, joita sen maksettavaksi tulee.

Jotta potilas olisi oikeutettu korkeampaan korvaukseen ulkomailla aiheutuneen hoidon kustannuksista, hänen intressissään olisi saada ennakkolupa hoitoa varten. Toisaalta kustannusten hallinnan kannalta voisi syntyä epätarkoituksenmukaisia tavoitteita, jolloin ennakkoluvan myöntämättä jättämiseen olisi kustannussyistä johtuen suurempi intressi. Ennakkolupaan perustuvassa korvausmallissa vaikutus julkiseen terveydenhuoltoon lienee kaikilta osin kuitenkin merkittävästi pienempi kuin puhtaassa omavastuuosuusmallissa tai hoitosuhteeseen sidotussa sekamallissa.

Potilaan oikeuksia ja palveluiden vapaata tarjontaa korostavan direktiivin ja EU-tuomioistuimen tulkintakäytännön ennakkolupaan perustuvan mallin voitaisiin katsoa rajoittavan potilaiden liikkuvuutta ja palveluiden vapaata tarjontaa sisämarkkinoilla. Näin ollen direktiivin toimeenpanossa on otettava huomioon, että tällainen korvauskäytäntö voitaisiin viedä ennen pitkää EU-tuomioistuimen tutkittavaksi. EU-tuomioistuimen oikeuskäytäntö huomioiden on mahdollista, että Suomi veloitettaisiin muuttamaan ennakkolupamenettelyä ja/tai rajoittavaa korvauskäytäntöään potilaan edun mukaiseksi.



Korvausmalli kohtelee yhdenvertaisesti Suomessa toimivia yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajia ja ulkomailla toimivia terveydenhuollon palveluntuottajia. Molempien antamasta hoidosta potilaalla olisi oikeus saada sairausvakuutuslain mukainen korvaus. Ulkomailla annetusta hoidosta maksettaisiin potilaalle kuitenkin ilman ennakkolupaa alhaisempi korvaus kuin Suomen julkisessa terveydenhuollossa annetusta hoidosta, jonka potilas saa asiakasmaksulla.



## 6. LUONNOS RAJAT YLITTÄVÄN TERVEYDENHUOLLON SÄÄNNÖKSISTÄ

- Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta

### 1 luku – Yleiset säännökset

1 § Soveltamisala

2 § Henkilöllinen soveltamisala

3 § Soveltamisalan rajoitukset

4 § Määritelmät

### 2 luku – Oikeus rajat ylittävän terveydenhuollon palveluihin

5 § Oikeus hakea terveydenhuollon palveluja ulkomailta

6 § Oikeus saada hoitoa Suomessa

### 3 luku – Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima

7 § Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima

8 § Palveluvalikoimaa määrittelevä toimielin

### 4 luku – Kustannusten korvaaminen

9 § Potilaan oikeus korvaukseen EU- tai Eta-valtioissa tai Sveitsissä toteutuneen terveydenhuollon palvelun kustannuksesta

10 § Potilaan oikeus korvaukseen muissa kuin EU- tai Eta-valtioissa tai Sveitsissä toteutuneen terveydenhuollon palvelun kustannuksesta

11 § Ennakkolupaa edellyttävä terveydenhuolto

12 § Ennakkoluvan myöntäminen

13 § Korvauksen hakeminen

14 § Korvauksen määrän vahvistaminen ja maksaminen

### 5 luku – Kustannusten hallinnointi

15 § Kansaneläkelaitoksen kustannusten korvaamiseen liittyvät tehtävät

16 § Kustannusten korvaaminen valtioiden välillä

17 § Kunnan, kuntayhtymän ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vastuu korvausten kustannuksista



18 § Valtion korvaus julkiselle terveydenhuollolle

19 § Yleinen asetuksenantovaltuus

## 6 luku – Toimeenpanoa koskevat säännökset

20 § Kansaneläkelaitoksen tehtävät

**21 § Päätös oikeudesta hoitoon**

22 § Ulkomailla käytettävät hoitoetuustodistukset

23 § Suomessa käytettävät hoitoetuustodistukset

24 § Lupa saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella

## 7 luku – Muutoksenhaku

25 § Muutoksenhaku sosiaaliturvan muutoksenhakulautakuntaan

26 § Muutoksenhaku hallinto-oikeuteen

27 § Itseoikaisu

28 § Muutoksenhakuajan jälkeen tullut valitus

29 § Päätöksen poistaminen sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnassa

30 § Virheen korjaaminen

## 8 luku – Tietojen saaminen, luovuttaminen ja salassapito

31 § Tiedot etuuden ratkaisemista varten

32 § Tietojen luovuttaminen

33 § Muuta etuutta varten saatujen tietojen käyttäminen

34 § Tiedot etuuden hakijalle

## 9 luku – Erinäiset säännökset

35 § Kansallinen yhteyspiste

36 § Kansallinen yhteyspiste

## 10 luku Voimaantulo





- **Laki lääkelain 6 luvun muuttamisesta**
- **Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta**
- **Laki sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain muuttamisesta**

