



11.03.2013

Stj/1

§ 286

Lausunto rajat ylittävän terveydenhuollon potilasdirektiivin toimeenpanosta

Pöydälle 11.03.2013

HEL 2013-002388 T 03 00 00

Päätös

Kaupunginhallitus päätti panna asian pöydälle.

Esittelijä

apulaiskaupunginjohtaja
Laura Rätty

Lisätiedot

Marja-Liisa Rautanen, kaupunginsihteeri, puhelin: 310 36184
marja-liisa.rautanen(a)hel.fi

Otteet

Ote

Sosiaali- ja terveysministeriö

Otteen liitteet

Muutoksenhakukielto, valmistelu

Päätösehdotus

Kaupunginhallitus päättänee antaa sosiaali- ja terveysministeriölle seuraavan lausunnon rajat ylittävän terveydenhuollon potilasdirektiivin toimeenpanosta:

Vastaus lausuntopyynnössä esitettyihin kysymyksiin ja kannanotto direktiivin toimeenpanossa valittavasta korvausmallista

1) Kuntatalouden vaikeasta tilanteesta johtuen kaupunginhallitus kannattaa tässä vaiheessa lainsäädännön valmistelua mallin 2 mukaisesti, jossa sairausvakuutuskorvausta voi hakea koko EU:n alueella annetusta hoidosta. Malli mahdollistaisi nykytilanteen jatkumisen ainakin muutaman vuoden ajan ja antaisi siten aikaa julkisen talouden sopeuttamiselle sekä rajat ylittävän terveydenhuollon vaikutuksiin että kansalliseen terveydenhuollon palvelurakenteen uudistukseen. Sairausvakuutuskorvauksiin perustuvan mallin vaikutus julkisen talouden menojen kasvuun olisi maltillinen.

2) Kaupunginhallitus pitää tarkoituksenmukaisena, että Kansaneläkelaitos hoitaisi jatkossakin ulkomailta annetusta hoidosta tehtyjen korvaushakemusten käsittelyn.



3) Suomessa tulisi ottaa käyttöön ennakkolupajärjestelmä kaikissa direktiivin sallimissa tilanteissa. Hakemus ennakkoluvasta tulisi tehdä sairaanhoitopiirille, joka tarvittaessa konsultoi potilaan kotikuntaa.

4) Ulkomailta julkiseen terveydenhuoltoon hakeutuvien potilaiden vastaanottoa tulisi rajoittaa direktiivin sallimalla tavalla. Vastaanottavan kunnan, sote-alueen tai sairaanhoitopiirin tulisi voida päättää rajoittamisesta oman tuotantokapasiteettinsa sallimissa puitteissa.

Suomen monikanavaisen rahoitusmallin muuttaminen terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistamisen yhteydessä siten, että Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutuskorvaukset suunnattaisiin suoraan kunnille, on kannatettavaa. Yksikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä on todettava, että se vähentäisi osaoptimoinnin mahdollisuutta ja toisi kaiken terveydenhuollon rahoituksen järjestämisvastuussa olevalle taholle. Kunnan järjestämisvastuulla ulkomailta hoidettujen potilaiden hoidon rahoitus tulisi kanavoida kunnan kautta. Tämä malli mahdollistaisi terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen kokonaisuutena.

Kannanotot muihin arviomuistiossa oleviin ehdotuksiin

Ehdotus Kansaneläkelaitoksen yhteyteen perustettavasta kansallisesta yhteyspisteestä, jonka toimintamenoista valtio vastaisi, on kannatettava. Viestinnän, tiedonkeruun ja tietojen vaihdon keskittäminen yhteen paikkaan on kustannustehokkain ja laadukkein tapa toteuttaa direktiivin velvoite yhteyspisteen perustamisesta. Kansaneläkelaitoksella on jo kokemusta EU-asetuksen mukaisesta Suomen terveydenhuollon palveluista tiedottamisesta.

Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoiman (ns. palvelukori) määrittelemiseksi sosiaali- ja terveystieteiden ministeriössä tehty työ on erittäin tärkeää ja tulee hyödyttämään kuntia myös maan sisällä tapahtuvan potilaiden ja palvelujen liikkuvuuden lisääntyessä. Tällä hetkellä palveluvalikoimassa on pientä vaihtelua alueittain ja kuntien välillä on epäselvyyttä annetun hoidon keskinäisen laskutuksen perusteista, mikä tulee korostumaan, kun potilaiden liikkuvuus lisääntyy terveydenhuoltolain mukaisesti vuonna 2014. Kaupunginhallitus kannattaa ehdotusta palveluvalikoimaa määrittelevän toimielimen perustamisesta Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen yhteyteen ja sen toimintamenojen korvaamista valtion varoista.

Perustelut

Direktiivin tarkoituksena on selkeyttää potilaiden oikeuksia tilanteissa, joissa nämä hakeutuvat hoitoon toiseen EU-valtioon. Direktiivi tukee terveydenhuoltopalvelujen tarjoamisen vapautta EU:n sisämarkkinoilla. Se myös edistää potilaiden vapaata liikkuvuutta ja valinnanvapautta



vahvistamalla potilaille oikeuden saada aiheutuneista kustannuksista jälkikäteen korvaus samoin perustein, kuin jos kustannus olisi aiheutunut potilaalle kotivaltiossa.

Ulkomailla annetun hoidon kustannukset tulevat lisääntymään liikkuvuuden lisääntymisen myötä. Äkillisen ulkomailla sairastumisen ja asumisen vuoksi ulkomailla annetun hoidon kustannusten korvaaminen valtion varoista EU-asetuksen (883/04) perusteella jatkuu edelleen EU-direktiivin toimeenpanon jälkeen ja myös näiden kustannusten ennakoidaan kasvavan.

EU-direktiivin perusteella korvattavia kustannuksia ja niiden vuotuista kasvua on vaikea ennakoida. Kustannusten määrä tulee riippumaan myös sovellettavasta korvausmallista.

Direktiivin sovittaminen suomalaiseen terveydenhuollon monikanavaiseen rahoitusjärjestelmään on osoittautunut erittäin hankalaksi. Keskeinen kysymys on, korvaako kotikunta joko suoraan tai sairaanhoitopiirin kautta potilaalle toisessa EU-valtiossa annetun hoidon kustannukset niiden todellisten kustannusten suuruisena, jotka aiheutuisivat potilaan kotikunnan julkiselle terveydenhuollolle vastaavan hoidon järjestämisestä vai saako potilas korvauksen sairausvakuutuslain perusteella valtiolta tai sairausvakuutusrahastosta.

Potilasdirektiivin mukaan potilaan tulee saada ulkomailla annetun hoidon hoitokustannuksista vastaavasti korvaus, kuin jos hoito olisi annettu Suomessa. Arviomuistiossa on kuvattu neljä erilaista korvausmallia, joilla on erilainen vaikutus siihen, minkä tahon kustannukseksi potilaalle maksetut korvaukset lopulta jäisivät. Vaihtoehdot ovat sairausvakuutusrahasto, potilaan kotikunta tai valtio.

Kaikissa ehdotetuissa malleissa valtio vastaisi rajat ylittävän terveydenhuollon kustannuksista, kun niitä maksetaan valtioiden välillä. Lisäksi valtio vastaisi nykyistä laajemmin potilaalle hoidosta aiheutuneista kustannuksista, jos potilaalla ei ole Suomessa kotikuntaa sekä edelleen Suomessa julkisessa terveydenhuollossa aiheutuvista kustannuksista, kun hoito annetaan EU-asetuksen 883/04, sosiaaliturvasopimusten tai maahanmuuttodirektiivien perusteella ulkomailta Suomeen tulleelle henkilölle, jolla ei ole Suomessa kotikuntaa. Valtion lisääntyneet kustannukset vähennettäisiin osittain kunnille maksettavista valtionosuuksista.

Arviomuistiossa kuvatut vaihtoehtoiset korvausmallit ja niiden vaikutus Helsingille aiheutuviin kustannuksiin

Malli 1. Omavastuuosuusmalli



Kotikunta korvaksi potilaan omavastuun eli julkisen terveydenhuollon asiakasmaksun ylittävät kustannukset siihen määrään asti, mitkä kustannukset vastaavasta julkisessa terveydenhuollossa annetusta hoidosta aiheutuisivat kotikunnalle. Malli täyttäisi direktiivin vaatimukset ja lisäisi potilaiden valinnanvapautta, mutta lisäisi kuntien menoja eniten.

Arviomuistion mukaan kuntien menot kasvaisivat vuosittain ja olisivat vuonna 2017 noin 120 milj. euroa. Todennäköisesti Helsingin menot kasvaisivat väestöosuutta enemmän, koska helsinkiläisten mahdollisuudet ja halu hakeutua ulkomaille hoitoon olisivat keskivertoa suuremmat.

Tässä mallissa Kelan sairausvakuutusmenot vähenisivät, koska potilas saisi ulkomailla annetusta hoidosta omavastuumallin mukaisen korvauksen kotikunnalta, mutta Suomessa yksityissektorilla annetusta hoidosta edelleen vain sairausvakuutuskorvauksen.

Malli 2. Sairausvakuutusmalli

Potilaalle toisessa EU- tai Eta-maassa tai Sveitsissä syntyneet kustannukset korvattaisiin pääsääntöisesti sairausvakuutuslain perusteella sairaanhoitovakuutuksesta. Tämä malli ei muuttaisi ulkomailla syntyneiden kustannusten korvaamisen nykytilaa, joten sen vaikutus Helsingin kaupungille aiheutuviin kustannuksiin olisi edullisin. Ongelmana on, että malli ei vastaisi EU-direktiivin ja EU-tuomioistuimen tulkintakäytäntöjä potilaan oikeuksien ja palvelujen vapaan tarjonnan toteuttamisesta. On mahdollista, että Suomi veloitettaisiin muuttamaan rajoittavaa korvauskäytäntöään potilaan edun mukaiseksi. Mallin valitseminen antaisi kuitenkin muutaman vuoden lisää aikaa sopeutua tuleviin kasvaviin kustannuksiin.

Malli 3. Hoitosuhteeseen sidottu sekamalli

Tässä mallissa potilaalle korvattaisiin ulkomailla annetusta hoidosta aiheutuneet kustannukset, kuten omavastuumallissa 1, jos potilaalla olisi hoitosuhde julkiseen terveydenhuoltoon Suomessa. Hoitosuhde tarkoittaisi, että a) terveyskeskuksen potilaalle olisi laadittu terveydenhuoltolain 47 §:n mukainen hoitosuunnitelma, b) potilaalle olisi tehty lain 51 §:n mukaisesti kunnallisen terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollon ammattilaisen tekemä hoidon tarpeen arviointi tai c) potilas olisi saanut terveydenhuoltolain 52 §:n mukaisen lähetteen erikoissairaanhoidon. Lisäksi potilaalla olisi oikeus saada ulkomailla myös äkillisen hoidontarpeen vuoksi maksetuista kustannuksista omavastuumallin mukainen korvaus.

Tämän mallin mukainen kuntien vuosittaisten kustannusten arvioitu kasvu olisi vuonna 2017 noin 72 milj. euroa.



Korvausmallin vaikutus julkisen terveydenhuollon kustannuksiin on pienempi kuin puhtaassa omavastuumallissa. Potilaiden korvaushakemusten käsittely lisää kuitenkin hallinnollista työtä sekä Kansaneläkelaitoksessa että erityisesti kunnissa ja sairaanhoitopiireissä, koska jokaisen korvaushakemuksen osalta tulee selvittää ja todentaa, onko potilaalla ollut hoitosuhde julkiseen terveydenhuoltoon. Hoidon tarpeen arvioimiseksi tehdyt yhteydenotot ja vastaanottokäynnit hoitosuunnitelmien ja lähetteiden laatimiseksi lisääntyisivät nykyisestä.

Malli 4. Direktiivin ennakkolupa sidottu sekamalli

Jos potilaalle olisi myönnetty direktiivin mukainen ennakkolupa Suomesta, toisessa EU-maassa syntyneet kustannukset korvattaisiin omavastuumallin 1 mukaisesti. Jos potilas hakeutuisi ulkomaille ilman ennakkolupaa, kustannukset korvattaisiin sairausvakuutuslain perusteella sairausvakuutuskorvauksena.

Direktiivissä ennakkoluvan käyttö on rajattu tarkoin määriteltyihin tilanteisiin ja korvausmallilla ei arvioida olevan merkittäviä vaikutuksia ulkomailta annetun hoidon määrään ja kuntien korvausmenoihin. Ulkomailta ilman ennakkolupaa äkillisen hoidon tarpeen vuoksi annetun hoidon korvaukset lisääisivät kuntien kustannuksia samalla tavoin, kuin hoitosuhteeseen sidotussa sekamallissa eli noin 6,7 milj. euroa vuonna 2017. Lisäksi ennakkolupien hallinnoinnista aiheutuu kustannuksia kotikunnalle tai sairaanhoitopiirille siitä riippuen, missä ennakkolupahakemukset käsiteltäisiin.

Korvausmalli kohtelisi yhdenvertaisesti Suomessa toimivia yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajia ja ulkomailta toimivia palveluntuottajia, koska molempien antamasta hoidosta maksettaisiin sairausvakuutuslain mukainen korvaus.

Tiivistelmä

Suomen on kansallisesti saatettava täytäntöön Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa. EU:n jäsenvaltioissa direktiivi tulee osaksi kansallista lainsäädäntöä viimeistään 25.10.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriölle annettavassa lausunnossa otetaan kantaa malleihin, joiden mukaisesti potilaalle korvattaisiin ulkomailta aiheutuneita sairaanhoitokustannuksia.

Esittelijä

Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivin(2011/24/EU, potilasdirektiivi) täytäntöönpanoa ja



hallituksen esitystä laiksi rajat ylittävistä terveydenhuollosta. Eurooppalaisten sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittaminen ja uuden kansallisen lainsäädännön valmistelu potilaan oikeuksien toteuttamiseksi on vaikeaa, koska EU-lainsäädännössä sosiaaliturva perustuu työnteon vakuuttamiseen ja Suomen sosiaaliturvalainsäädäntö puolestaan maassa asumiseen.

Valmistelutyö on selkiinnyttänyt kansallista keskustelua terveystalouden järjestämis- ja kustannusvastuusta sekä palvelujen tuottamistavoista. Tässä yhteydessä on noussut esille myös kysymys Suomen monikanavaisesta rahoitusmallista ja valtion, kuntien, sairaanhoitopiirien sekä Kansaneläkelaitoksen välisestä työnjaosta ja vastuista.

Sosiaali- ja terveysministeriö pyytää 15.3.2013 mennessä mm. Helsingin kaupungin lausuntoa ministeriön vuonna 2011 asettaman rajat ylittävän terveydenhuollon ohjausryhmän ja sen alatyöryhmien keskustelujen perusteella valmistellusta arviomuistioista. Ministeriö pyytää, että annettavissa lausunnoissa otettaisiin kantaa ehdotuksiin ja niiden arvioituihin vaikutuksiin. Neljä korvausmallia on kuvattu arviomuistion luvussa 5. Lisäksi ministeriö pyytää lausunnonantajien näkemyksiä seuraaviin direktiivin toimeenpanon kannalta keskeisiin kysymyksiin:

1. Mikä korvausmalli olisi parhaiten soveltuva direktiivin tavoitteet ja kansallinen järjestelmä huomioiden?
2. Minkä tahon tulisi vastata potilaan korvaushakemuksen käsittelystä?
3. Tulisiko Suomessa ottaa käyttöön hoitoon hakeutumisen ennakkolupajärjestelmä ja missä direktiivin sallimissa tilanteissa? Missä potilas hakisi ennakkolupaa ja mikä taho antaisi potilaalle luvasta päätöksen?
4. Tulisiko ulkomailta hoitoon hakeutuvien potilaiden vastaanottoa julkiseen terveydenhuoltoon voida rajoittaa direktiivin sallimalla tavalla? Missä tilanteessa rajoittaminen olisi perusteltua ja mikä taho rajoittamisesta päättäisi?

Lausunnon antamiseen on saatu lisäaikaa 19.3.2013 saakka. Päätösehdotuksen mukainen lausunto on valmisteltu yhteistyössä sosiaali- ja terveysviraston sekä talous- ja suunnittelukeskuksen kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön lausuntopyyntö ja arviomuistio ovat liitteinä.

Esittelijä

apulaiskaupunginjohtaja
Laura Rätty



11.03.2013

Stj/1

Lisätiedot

Marja-Liisa Rautanen, kaupunginsihteeri, puhelin: 310 36184
marja-liisa.rautanen(a)hel.fi

Liitteet

- 1 Sosiaali- ja terveysministeriön lausuntopyyntö 14.2.2013
- 2 Sosiaali- ja terveysministeriön arviomuistio rajat ylittävistä terveydenhuollosta

Otteet

Ote
Sosiaali- ja terveysministeriö

Otteen liitteet
Muutoksenhakukielto, valmistelu

Tiedoksi

Sosiaali- ja terveystyövirasto
Talous- ja suunnittelukeskus

Päätöshistoria

Sosiaali- ja terveystyövirasto 27.2.2013

HEL 2013-002388 T 03 00 00

Yleistä arviomuistiosta ja sen ehdotuksista Helsingin kaupungin kannalta

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) valmistelee Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivin (2011/24/EU, potilasdirektiivi) täytäntöönpanoa ja hallituksen esitystä laiksi rajat ylittävistä terveydenhuollosta. Eurooppalaisten sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittaminen ja uuden kansallisen lainsäädännön valmistelu potilaan oikeuksien toteuttamiseksi on vaikeaa, koska EU-lainsäädännössä sosiaaliturva perustuu työnteon vakuuttamiseen ja Suomen sosiaaliturvalainsäädäntö puolestaan maassa asumiseen.

Valmistelutyö on selkiinnyttänyt kansallista keskustelua terveystyöpalvelujen järjestämisen- ja kustannusvastuusta sekä palvelujen tuottamistavoista. Tässä yhteydessä on noussut esille myös kysymys Suomen monikanavaisesta rahoitusmallista ja valtion, kuntien, sairaanhoitopiirien sekä Kansaneläkelaitoksen välisestä työnjaosta ja vastuista.

Suomen monikanavaisen rahoitusmallin muuttaminen terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistamisen yhteydessä siten, että Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutuskorvaukset suunnattaisiin suoraan kunnille, on kannatettavaa. Sen sijaan puuttuminen



työterveyshuollon järjestämistapaan ja rahoitukseen ei ole tarkoituksenmukaista tässä vaiheessa.

STM:n rajat ylittävän terveydenhuollon ohjausryhmässä on käsiteltävänä neljä erilaista mallia, joiden mukaisesti potilaalle korvattaisiin ulkomailla aiheutuneita sairaanhoitokustannuksia. Mallit on kuvattu lausunnolle lähetetyssä arviomuistiossa.

Vastauksena lausuntopyynnössä esitettyihin kysymyksiin ja kannanottona direktiivin toimeenpanossa valittavaksi korvausmalliksi sosiaali- ja terveystoimi esittää seuraavaa

- 1) Kuntatalouden vaikeasta tilanteesta johtuen virasto kannattaa tässä vaiheessa lainsäädännön valmistelua mallin 2. mukaisesti, jossa sairausvakuutuskorvausta voi hakea koko EU:n alueella annetusta hoidosta. Malli mahdollistaisi nykytilanteen jatkumisen ainakin muutaman vuoden ajan ja antaisi siten aikaa julkisen talouden sopeuttamiselle sekä rajat ylittävän terveydenhuollon vaikutuksiin että kansalliseen terveydenhuollon palvelurakenteen uudistukseen. Sairausvakuutuskorvauksiin perustuvan mallin vaikutus julkisen talouden menojen kasvuun olisi maltillinen.
- 2) Virasto pitää tarkoituksenmukaisena, että Kansaneläkelaitos hoitaisi jatkossakin ulkomailla annetusta hoidosta tehtyjen korvaushakemusten käsittelyyn.
- 3) Suomessa tulisi ottaa käyttöön ennakkolupajärjestelmä kaikissa direktiivin sallimissa tilanteissa. Hakemus ennakkoluvasta tulisi tehdä sairaanhoitopiirille, joka tarvittaessa konsultoi potilaan kotikuntaa.
- 4) Ulkomailta julkiseen terveydenhuoltoon hakeutuvien potilaiden vastaanottoa tulisi rajoittaa direktiivin sallimalla tavalla. Vastaanottavan kunnan, sote-alueen tai sairaanhoitopiirin tulisi voida päättää rajoittamisesta oman tuotantokapasiteettinsa sallimissa puitteissa.

Kannanotot muihin arviomuistiossa tehtyihin ehdotuksiin

Ehdotus Kansaneläkelaitoksen yhteyteen perustettavasta kansallisesta yhteyspisteestä, jonka toimintamenoista valtio vastaisi, on kannatettava. Viestinnän, tiedonkeruun ja tietojen vaihdon keskittäminen yhteen paikkaan on kustannustehokkain ja laadukkain tapa toteuttaa direktiivin velvoite yhteyspisteen perustamisesta. Kansaneläkelaitoksella on jo kokemusta EU-asetuksen mukaisesta Suomen terveydenhuollon palveluista tiedottamisesta.

Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoiman (ns. palvelukori) määrittelemiseksi STM:ssä tehty työ on erittäin tärkeää ja tulee hyödyttämään kuntia myös maan sisällä tapahtuvan potilaiden ja palveluiden liikkuvuuden lisääntyessä. Tällä hetkellä



palveluvalikoimassa on pientä vaihtelua alueittain ja kuntien välillä on epäselvyyttä annetun hoidon keskinäisen laskutuksen perusteista, mikä tulee korostumaan, kun potilaiden liikkuvuus lisääntyy terveydenhuoltolain mukaisesti vuonna 2014. Virasto kannattaa ehdotusta palveluvalikoimaa määrittelevän toimielimen perustamisesta Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen yhteyteen ja sen toimintamenojen korvaamista valtion varoista.

Lausunnon perustelut

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on lähettänyt laajalla jakelulla lausuntopyyntön arviomuistiosta, joka koskee Rajat ylittävän terveydenhuollon EU-direktiivin toimeenpanoa Suomen lainsäädännössä. STM pyytää, että lausunnossa otettaisiin kantaa muistiossa kuvattuihin vaihtoehtoihin ehdotuksiin, niiden kustannusvaikutuksiin ja hallinnollisiin ratkaisuihin sekä direktiivin toimeenpanotapaa koskeviin keskeisiin kysymyksiin.

Direktiivin tarkoituksena on selkiyttää potilaiden oikeuksia tilanteissa, joissa nämä hakeutuvat hoitoon toiseen EU-valtioon. Direktiivi tukee terveydenhuoltopalvelujen tarjoamisen vapautta EU:n sisämarkkinoilla. Se myös edistää potilaiden vapaata liikkuvuutta ja valinnanvapautta vahvistamalla potilaille oikeuden saada aiheutuneista kustannuksista jälkikäteen korvaus samoin perustein, kuin jos kustannus olisi aiheutunut potilaalle kotivaltiossa.

Ulkomailla annetun hoidon kustannukset tulevat lisääntymään liikkuvuuden lisääntymisen myötä. Äkillisen ulkomailla sairastumisen ja asumisen vuoksi ulkomailla annetun hoidon kustannusten korvaaminen valtion varoista EU-asetuksen (883/04) perusteella jatkuu edelleen EU-direktiivin toimeenpanon jälkeen ja myös näiden kustannusten ennakoitaan kasvavan.

EU direktiivin perusteella korvattavia kustannuksia ja niiden vuotuista kasvua on vaikea ennakoida. Kustannusten määrä tulee riippumaan myös sovellettavasta korvausmallista.

Direktiivin sovittaminen suomalaiseen terveydenhuollon monikanavaiseen rahoitusjärjestelmään on osoittautunut erittäin hankalaksi. Keskeinen kysymys on, korvaako kotikunta joko suoraan tai sairaanhoitopiirin kautta potilaalle toisessa EU-valtiossa annetun hoidon kustannukset niiden todellisten kustannusten suuruisena, jotka aiheutuisivat potilaan kotikunnan julkiselle terveydenhuollolle vastaavan hoidon järjestämisestä vai saako potilas korvauksen sairausvakuutuslain perusteella valtiolta tai sairausvakuutusrahastosta.

Potilasdirektiivin mukaan potilaan tulee saada ulkomailla annetun hoidon hoitokustannuksista vastaava korvaus, kuin jos hoito olisi



annettu Suomessa. Arviomuistiossa on kuvattu neljä erilaista korvausmallia, joilla on erilainen vaikutus siihen, kenen kustannukseksi potilaalle maksetut korvaukset lopulta jäisivät. Vaihtoehdot ovat sairausvakuutusrahasto, potilaan kotikunta tai valtio.

Kaikissa ehdotetuissa malleissa valtio vastaisi rajat ylittävän terveydenhuollon kustannuksista, kun niitä maksetaan valtioiden välillä. Lisäksi valtio vastaisi nykyistä laajemmin potilaalle hoidosta aiheutuneista kustannuksista, jos potilaalla ei ole Suomessa kotikuntaa sekä edelleen Suomessa julkisessa terveydenhuollossa aiheutuvista kustannuksista, kun hoito annetaan EU-asetuksen 883/04, sosiaaliturvasopimusten tai maahanmuuttodirektiivien perusteella ulkomailta Suomeen tulleelle henkilölle, jolla ei ole Suomessa kotikuntaa. Valtion lisääntyneet kustannukset vähennettäisiin osittain kunnille maksettavista valtionosuuksista.

Arviomuistiossa kuvatut vaihtoehtoiset korvausmallit ja niiden vaikutus Helsingille aiheutuviin kustannuksiin

Malli 1. Omavastuuosuusmalli

Kotikunta korvaisi potilaan omavastuun eli julkisen terveydenhuollon asiakasmaksun ylittävät kustannukset siihen määrään asti, mitkä kustannukset vastaavasta julkisessa terveydenhuollossa annetusta hoidosta aiheutuisivat kotikunnalle. Malli täyttäisi direktiivin vaatimukset ja lisäisi potilaiden valinnanvapautta, mutta lisäisi kuntien menoja eniten.

Arviomuistion mukaan kuntien menot kasvaisivat vuosittain ollen vuonna 2017 noin 120 milj. euroa. Todennäköisesti Helsingin menot kasvaisivat väestöosuutta enemmän, koska helsinkiläisten mahdollisuudet ja halu hakeutua ulkomaille hoitoon olisivat keskivertosuomalaista suuremmat.

Tässä mallissa Kelan sairausvakuutusmenot vähenisivät, koska potilas saisi ulkomailta annetusta hoidosta omavastuumallin mukaisen korvauksen kotikunnalta, mutta Suomessa yksityissektorilla annetusta hoidosta edelleen vain sairausvakuutuskorvauksen.

Malli 2. Sairausvakuutusmalli

Potilaalle toisessa EU- tai Eta-maassa tai Sveitsissä syntyneet kustannukset korvattaisiin pääsääntöisesti sairausvakuutuslain perusteella sairaanhoitovakuutuksesta. Tämä malli ei muuttaisi ulkomailta syntyneiden kustannusten korvaamisen nykytilaa, joten sen vaikutus Helsingin kaupungille aiheutuviin kustannuksiin olisi edullisin. Ongelmana on, että malli ei vastaisi EU-direktiivin ja EU-tuomioistuimen tulkintakäytäntöjä potilaan oikeuksien ja palvelujen



vapaan tarjonnan toteuttamisesta. On mahdollista, että Suomi veloitettaisiin muuttamaan rajoittavaa korvauskäytäntöään potilaan edun mukaiseksi. Mallin valitseminen antaisi kuitenkin muutaman vuoden lisäaikaa sopeutua tuleviin kasvaviin kustannuksiin.

Malli 3. Hoitosuhteeseen sidottu sekamalli

Tässä mallissa potilaalle korvattaisiin ulkomailla annetusta hoidosta aiheutuneet kustannukset, kuten omavastuumallissa 1., jos potilaalla olisi hoitosuhde julkiseen terveydenhuoltoon Suomessa. Hoitosuhde tarkoittaisi, että a) terveyskeskuksen potilaalle olisi laadittu terveydenhuoltolain 47§ mukainen hoitosuunnitelma, b) potilaalle olisi tehty lain 51§ mukaisesti kunnallisen terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollon ammattilaisen tekemä hoidon tarpeen arviointi tai c) potilas olisi saanut terveydenhuoltolain 52§ mukaisen läheteen erikoissairaanhoidon. Lisäksi potilaalla olisi oikeus saada ulkomailla myös äkillisen hoidontarpeen vuoksi maksetuista kustannuksista omavastuumallin mukainen korvaus.

Tämän mallin mukainen kuntien vuosittaisten kustannusten arvioitu kasvu olisi vuonna 2017 noin 72 milj. euroa.

Korvausmallin vaikutus julkisen terveydenhuollon kustannuksiin on pienempi, kuin puhtaassa omavastuumallissa. Potilaiden korvaushakemusten käsittely lisää kuitenkin hallinnollista työtä sekä Kansaneläkelaitoksessa että erityisesti kunnissa ja sairaanhoitopiireissä, koska jokaisen korvaushakemuksen osalta tulee selvittää ja todentaa, onko potilaalla ollut hoitosuhde julkiseen terveydenhuoltoon. Hoidon tarpeen arvioimiseksi tehdyt yhteydenotot ja vastaanottokäynnit hoitosuunnitelmien ja läheteiden laatimiseksi lisääntyisivät nykyisestä.

Malli 4. Direktiivin ennakkolupaan sidottu sekamalli

Jos potilaalle olisi myönnetty direktiivin mukainen ennakkolupa Suomesta, toisessa EU-maassa syntyneet kustannukset korvattaisiin omavastuumallin 1. mukaisesti. Jos potilas hakeutuisi ulkomaille ilman ennakkolupaa, kustannukset korvattaisiin sairausvakuutuslain perusteella sairausvakuutuskorvauksena.

Direktiivissä ennakkoluvan käyttö on rajattu tarkoin määriteltyihin tilanteisiin ja korvausmallilla ei arvioida olevan merkittäviä vaikutuksia ulkomailla annetun hoidon määrään ja kuntien korvausmenoihin. Ulkomailla ilman ennakkolupaa äkillisen hoidon tarpeen vuoksi annetun hoidon korvaukset lisäisivät kuntien kustannuksia samalla tavoin, kuin hoitosuhteeseen sidotussa sekamallissa eli noin 6.7 milj. euroa vuonna 2017. Lisäksi ennakkolupien hallinnoinnista aiheutuu



kustannuksia kotikunnalle tai sairaanhoitopiirille siitä riippuen, missä ennakkolupahakemukset käsiteltäisiin.

Korvausmalli kohtelisi yhdenvertaisesti Suomessa toimivia yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajia ja ulkomailla toimivia palveluntuottajia, koska molempien antamasta hoidosta maksettaisiin sairausvakuutuslain mukainen korvaus.

Lisätiedot

Helena Calonius, hallintopäällikkö, puhelin: 310 42692