



18.03.2013

Stj/4

## § 314

### Lausunto rajat ylittävän terveydenhuollon potilasdirektiivin toimeenpanosta

HEL 2013-002388 T 03 00 00

#### Päätös

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

Vastaus lausuntopyynnössä esitettyihin kysymyksiin ja kannanotto direktiivin toimeenpanossa valittavasta korvausmallista

Helsinki pitää direktiivin tavoitteita potilaiden vapaasta liikkuvuudesta EU-maiden välillä sekä potilaiden valinnanvapauden lisääntymisestä yleisellä tasolla kannatettavina. Kaupunki näkee, että potilasdirektiivien tavoitteiden toteuttaminen tulee pidemmällä aikavälillä väistämättä johtamaan Suomessa terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämismallin uudistumiseen kohti kasvavaa potilaslähtöisyyttä ja kuntalaisten valinnanvapauden lisääntymistä. Tässä uudistustyössä tulee valinnanvapauden ohella rahoitusjärjestelmän selkeyttä ja yksikanavaisuutta pitää erittäin tärkeänä tavoitteena.

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 menoja kasvuun olisi maltillinen.

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

3) Suomessa ei tulisi ottaa käyttöön ennakkolupajärjestelmää puhtaassa sairausvakuutusmallissa, sillä ennakkoluvalla ei ole vaikutusta korvaukseen.

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 ulkomailla hoidettujen potilaiden hoidon rahoitus tulisi kanavoida kunnan kautta. Tämä malli mahdollistaisi terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen kokonaisuutena. Potilasdirektiivin toimeenpanosta kunnille aiheutuvat kustannukset pitää ottaa huomioon kuntien valtionosuusuudistusta valmisteltaessa. Lisäksi pitää aloittaa lainsäädäntömuutos monikanavarahoituksen purkamiseksi terveydenhuollon rahoituksen selkiyttämiseksi.

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 Terveystieteiden- 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 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 sairaanhoitopiiriin 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 vaihtoehdot 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.

Arviomuiston 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 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 §: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 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 lähetteiden laatimiseksi lisääntyisivät nykyisestä.

Malli 4. Direktiivin ennakkolupaann 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 lisäävät 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.

## Käsittely

Vastaehdotus:

Hannu Oskala: Lisätään lausunnon viidennen kappaleen loppuun:

Potilasdirektiivin toimeenpanosta kunnille aiheutuvat kustannukset pitää ottaa huomioon kuntien valtionosuusuudistusta valmisteltaessa. Lisäksi pitää aloittaa lainsäädäntömuutos monikanavarahoituksen purkamiseksi terveydenhuollon rahoituksen selkiyttämiseksi.

Kannattajat: Lasse Männistö

Esittelijä muutti ehdotustaan jäsen Oskalan vastaehdotuksen mukaisesti.



18.03.2013

Stj/4

Vastaehdotus:

Lasse Männistö: Muutetaan lausunnon kolmas kappale kuulumaan seuraavasti:

3) Suomessa ei tulisi ottaa käyttöön ennakkolupajärjestelmää puhtaassa sairausvakuutusmallissa, sillä ennakkoluvalla ei ole vaikutusta korvaukseen.

Kannattajat: Hannu Oskala

Vastaehdotus:

Lasse Männistö: Lisätään lausunnon alkuun uusi kappale:

Helsinki pitää direktiivin tavoitteita potilaiden vapaasta liikkuvuudesta EU-maiden välillä sekä potilaiden valinnanvapauden lisääntymisestä yleisellä tasolla kannatettavina. Kaupunki näkee, että potilasdirektiivien tavoitteiden toteuttaminen tulee pidemmällä aikavälillä väistämättä johtamaan Suomessa terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämismallin uudistumiseen kohti kasvavaa potilaslähtöisyyttä ja kuntalaisten valinnanvapauden lisääntymistä. Tässä uudistustyössä tulee valinnanvapauden ohella rahoitusjärjestelmän selkeyttä ja yksikanavaisuutta pitää erittäin tärkeänä tavoitteena.

Kannattajat: Hannu Oskala

## 1. äänestys

JAA-ehdotus: Esityksen mukaan

Ei-ehdotus: Muutetaan lausunnon kolmas kappale kuulumaan seuraavasti: 3) Suomessa ei tulisi ottaa käyttöön ennakkolupajärjestelmää puhtaassa sairausvakuutusmallissa, sillä ennakkoluvalla ei ole vaikutusta korvaukseen.

Jaa-äännet: 4

Osku Pajamäki, Sirpa Puhakka, Tarja Tenkula, Pilvi Torsti

Ei-äännet: 10

Juha Hakola, Jussi Halla-aho, Jasmin Hamid, Arja Karhuvaara, Emma Kari, Lasse Männistö, Hannu Oskala, Erkki Perälä, Tatu Rauhamäki, Laura Rissanen

Tyhjä: 1

Björn Månsson

Poissa: 0



18.03.2013

Stj/4

Äänin 10 - 4 (1 tyhjä) jäsen Männistön vastaehdotus voitti esittelijän ehdotuksen.

## 2. äänestys

JAA-ehdotus: Esityksen mukaan

Ei-ehdotus: Lisätään lausunnon alkuun uusi kappale: Helsinki pitää direktiivin tavoitteita potilaiden vapaasta liikkuvuudesta EU-maiden välillä sekä potilaiden valinnanvapauden lisääntymisestä yleisellä tasolla kannatettavina. Kaupunki näkee, että potilasdirektiivien tavoitteiden toteuttaminen tulee pidemmällä aikavälillä väistämättä johtamaan Suomessa terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämismallin uudistumiseen kohti kasvavaa potilaslähtöisyyttä ja kuntalaisten valinnanvapauden lisääntymistä. Tässä uudistustyössä tulee valinnanvapauden ohella rahoitusjärjestelmän selkeyttä ja yksikanavaisuutta pitää erittäin tärkeänä tavoitteena.

Jaa-äännet: 4

Osku Pajamäki, Sirpa Puhakka, Tarja Tenkula, Pilvi Torsti

Ei-äännet: 10

Juha Hakola, Jussi Halla-aho, Jasmin Hamid, Arja Karhuvaara, Emma Kari, Björn Månsson, Lasse Männistö, Hannu Oskala, Tatu Rauhamäki, Laura Rissanen

Tyhjä: 1

Erkki Perälä

Poissa: 0

Äänin 10 - 4 (1 tyhjä) jäsen Männistön vastaehdotus voitti esittelijän ehdotuksen.

Kahden suoritettujen äänestyksen perusteella kaupunginhallitus hyväksyi jäsen Männistön vastaehdotusten mukaisesti muutetun ehdotuksen.

Esittelijä

apulaiskaupunginjohtaja  
Laura Rätty

Lisätiedot

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

## Liitteet

### Postiosoite

PL 10  
00099 HELSINGIN KAUPUNKI  
hallintokeskus@hel.fi

### Käyntiosoite

Pohjoisesplanadi 11-13  
Helsinki 17  
<http://www.hel.fi/hallintokeskus>

### Puhelin

+358 9 310 1641

### Faksi

+358 9 655 783

### Y-tunnus

0201256-6

### Tilinro

FI0680001200062637

### Alv.nro

FI02012566



18.03.2013

Stj/4

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

## Otteet

### Ote

Sosiaali- ja terveysministeriö

### Otteen liitteet

Muutoksenhakukielto, valmistelu

## Päätösehdotus

Kaupunginhallitus päättäne antaa sosiaali- ja terveysministeriölle seuraavan lausunnon rajat ylittävän terveydenhuollon potilasdirektiivin toimenpanosta:

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 ulkomailla annetusta hoidosta tehtyjen korvaushakemusten käsittelyn.
- 3) Suomessa tulisi ottaa käyttöön ennakkolupajärjestelmä kaikissa direktiivin sallimissa tilanteissa. Hakemus ennakkoluvasta tulisi tehdä sairaanhoitopiirille, joka tarvittaessa konsultoisu 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 ulkomailla hoidettujen potilaiden hoidon rahoitus tulisi kanavoida





18.03.2013

Stj/4

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 terveysministeriössä 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 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 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 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 §: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 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 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 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.

## 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 ulkomailla aiheutuneita sairaanhoitokustannuksia.

## Esittelijä

Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivin(2011/24/EU, potilasdirektiivi) täytäntöönpanoa ja hallituksen esitystä laiksi rajat ylittävästä 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 terveyspalvelujen 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 arviomuistiosta. Ministeriö



18.03.2013

Stj/4

pyytää, että annettavissa lausunnoissa otettaisiin kantaa ehdotuksiin ja niiden arviointeihin 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

**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 terveysvirasto  
Talous- ja suunnittelukeskus



18.03.2013

Stj/4

## Päätöshistoria

Kaupunginhallitus 11.03.2013 § 286

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

Sosiaali- ja terveysvirasto 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 terveystalouden 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 terveystoimisto 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 laadukkein 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 Terveysten- 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 launnossa otettaisiin kantaa muistiossa kuvattuihin vaihtoehtoisin 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 sairaanhoitopiiriin 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 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 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