Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi uusi laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta. Lakiehdotus liittyy potilasdirektiivin täytäntöönpanoon. Esityksellä kootaan samalla rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyviä menettelyjä ja rajat ylittävän terveydenhuollon palveluista aiheutuneiden kustannusten korvaamista koskevat säännökset mahdollisimman laajasti yhteen lakiin. Esitykseen sisältyvät lisäksi ehdotukset laeiksi terveydenhuoltolain, sairausvakuutuslain sekä sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain muuttamisesta.

Lakiehdotuksen lähtökohtana on henkilön vapaa oikeus hakeutua hoitoon toiseen Euroopan unioniin tai Euroopan talousalueeseen kuuluvaan valtioon tai Sveitsiin ja saada siitä jälkikäteen korvaus. Ehdotus toteuttaa osaltaan hallitusohjelman tavoitetta potilaan valinnanvapauden lisäämisestä. Jos henkilö matkustaa toiseen EU- tai ETA-valtioon tai Sveitsiin tarkoituksenaan käyttää siellä terveydenhuollon palveluja, henkilölle aiheutunut hoitokustannus korvattaisiin ehdotuksen mukaan sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksina, mikäli henkilö ei ole saanut erillistä lupaa hoitoon hakeutumiseen. Näiden korvauksien kustannuksista vastaisi sairausvakuutusrahasto. Lisäksi esityksessä ehdotetaan tietyin edellytyksin, että kustannukset, jotka aiheutuvat henkilölle toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä tilapäisen oleskelun aikana annetusta lääketieteellisesti välttämättömästä hoidosta, korvattaisiin todellisten kustannusten suuruisina, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaa henkilön kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannusta vastaavan hoidon järjestämisestä. Henkilölle maksettavasta korvauksesta vähennettäisiin asiakasmaksu, joka olisi tullut henkilön maksettavaksi Suomessa julkisessa terveydenhuollossa annetussa vastaavassa hoidossa. Hoitokustannusten korvauksista tällaisissa tilanteissa vastaisi valtio.

Esityksen mukaan potilaalla on oikeus korvaukseen vain sellaisesta EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä annetusta hoidosta, joka kuuluu suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelyä ja ylläpitämistä varten sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen perustettaisiin palveluvalikoimaa määrittelevä toimielin, jonka toimintamenoista vastaisi valtio. Palveluvalikoimaan kuuluisi ehdotuksen mukaan lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus. Palveluvalikoimaa noudatettaisiin sekä julkisessa terveydenhuollossa että sairausvakuutuslain mukaisten sairaanhoitokorvausten korvausperusteena.

Esityksessä ehdotetaan, että kunnan olisi järjestettävä toisessa EU-valtiossa vakuutetulle henkilölle julkisen terveydenhuollon palvelut ilman syrjintää samojen perusteiden mukaisesti kuin Suomessa asuvalle, mikäli tällainen henkilö hakeutuu kyseisten palvelujen piiriin. Esityksen mukaan toisessa EU-valtiossa vakuutettujen henkilöiden vastaanottoa julkisessa terveydenhuollossa voidaan poikkeustilanteissa rajoittaa määräaikaisesti.

Esityksessä ehdotetaan, että valtio vastaisi oleskelukunnan sijasta jatkossa EU-lainsäädännön nojalla annetun hoidon kustannuksista, kun hoitoa on annettu Suomessa henkilölle, jolla ei ole kotikuntaa ja jonka sairaanhoitokustannuksista Suomi EU-lainsäädännön nojalla vastaa.

Rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvää viestintää ja tietojenvaihtoa varten ehdotetaan perustettavaksi Kansaneläkelaitoksen yhteyteen rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste, jonka toimintamenoista vastaisi valtio.

Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista annettuihin EU-asetuksiin 883/2004 ja 987/2009 perustuva sääntely säilyy potilasdi-

rektiivin rinnalla voimassa. Lakiesityksessä ehdotetaan siirrettäväksi asetusten toimeenpanoon liittyviä voimassa olevia säännöksiä uuteen rajat ylittävästä terveydenhuollosta annettavaan lakiin.

Sairausvakuutuslain ulkomailla annetun hoidon korvaamista koskevia säännöksiä ehdotetaan täsmennettäviksi. Toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä annetun terveydenhuollon palvelun käytöstä aiheutuneet matkakustannukset ehdotetaan korvattavaksi sairausvakuutuslain perusteella lähimpään hoitopaikkaan saakka. Lisäksi ulkomailla syntyneiden lääkekustannusten korvaamista koskevia säännöksiä ehdotetaan täsmennettäviksi vastaamaan soveltamiskäytäntöä.

Ehdotetut lait ovat tarkoitetut tulemaan voimaan mahdollisimman pian sen jälkeen, kun ne on hyväksytty ja vahvistettu.

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ....1
SISÄLLYS....3
YLEISPERUSTELUT....6
1 JOHDANTO....6
2 POTILASDIREKTIIVI....7
2.1 Yleistä....7
2.2 Direktiivin sisältö....8
Direktiivin tarkoitus ja soveltamisala....8
Rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevat jäsenvaltioiden velvollisuudet....9
Rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaaminen potilaalle....9
Ennakkolupaa edellyttävä terveydenhuolto....10
Jäsenvaltioiden yhteistyö terveydenhuollon alalla....10
Muut säännökset....11
3 NYKYTILA....11
3.1 Julkinen terveydenhuolto....12
Perustuslain säännökset ja terveydenhuolto....12
Potilaan oikeus saada tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut....13
Valinnanvapaus....14
Asiakasmaksut....15
3.2 Sairausvakuutusjärjestelmä....16
Sairaanhoitokorvaukset....16
Matkakorvaukset....17
Lääkekorvaukset....18
3.3 Muu terveydenhuolto....19
Työterveyshuolto....19
Opiskeluterveydenhuolto....20
Kuntoutus....20
Työtapaturmien ja ammattitautien hoito....21
Liikennevakuutusjärjestelmä....22
Muu yksityinen terveydenhuolto....23
3.4 Terveydenhuollon menot ja rahoitus....23
3.5 Oikeus käyttää terveyspalveluja ja saada korvauksia rajat ylittävissä tilanteissa....25
EU-asetukset sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta....25
Muut rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteet....27
3.6 Kustannusten hallinnointi....29
Ulkomailla aiheutuneet kustannukset....29
Suomessa aiheutuneet kustannukset....30
3.7 Maahanmuuttodirektiivit....31
3.8 EU-oikeuskäytäntö....32
3.9 Direktiivin toimeenpano muissa EU- ja ETA-valtioissa....35
Ruotsi....35
Norja....37
4 NYKYTILAN ARVIOINTI....37
4.1 Yleistä....37
4.2 Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima....37
4.3 Hoitokustannusten korvaaminen potilaalle....38
4.4 Vastuu rajat ylittävän terveydenhuollon kustannuksista....38

4.5 Toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä vakuutetun henkilön oikeus käyttää terveydenhuollon palveluja Suomessa ... 40
4.6 Tiedon jakaminen potilaille ... 40
4.7 Viranomaisyhteistyö ... 41
4.8 Potilasvahingot ... 41
5 ESITYKSEN TAVOITTEET JA KESKEISET EHDOTUKSET ... 42
5.1 Tavoitteet ... 42
5.2 Vaihtoehtoiset mallit hoitokustannusten korvaamiseen ... 42
Omavastuuosuusmalli ... 44
Sairausvakuutusmalli ... 46
Hoitosuhteeseen sidottu sekamalli ... 48
Direktiivin ennakkolupaan sidottu sekamalli ... 51
Viides korvausmalli ... 53
Vaihtoehtoisten korvausmallien arviointia ... 55
5.3 Keskeiset ehdotukset ... 57
6 ESITYKSEN VAIKUTUKSET ... 59
6.1 Taloudelliset vaikutukset ... 59
Vaikutukset valtiontalouteen ... 59
Vaikutukset kuntatalouteen ... 61
Vaikutukset sairausvakuutuksen menoihin ... 61
6.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan ... 62
6.3 Vaikutukset ihmisiin ... 62
6.4 Yhteiskunnalliset vaikutukset ... 63
7 ASIAN VALMISTELU ... 65
8 RIIPPUVUUS MUISTA ESITYKSISTÄ ... 66
YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT ... 67
1 LAKIEHDOTUSTEN PERUSTELUT ... 67
1.1 Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta ... 67
1 luku. **Yleiset säännökset** ... 67
2 luku. **Oikeus rajat ylittävän terveydenhuollon palveluihin** ... 70
3 luku. **Kustannusten korvaaminen** ... 72
4 luku. **Tietojen ja asiakirjojen antaminen** ... 76
5 luku. **Kustannusten hallinnointi** ... 79
6 luku. **Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste** ... 82
7 luku. **Muutoksenhaku** ... 83
8 luku. **Voimaantulo** ... 84
1.2 Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta ... 84
1.3 Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta ... 87
2 luku. **Sairaanhoitokorvauksia koskevat yhteiset säännökset** ... 87
3 luku. **Hoito- ja tutkimuskorvaukset** ... 88
4 luku. **Matkakustannusten korvaaminen** ... 88
15 luku. **Toimeenpanoa koskevat säännökset** ... 90
18 luku. **Sairausvakuutusrahasto ja vakuutusmaksut** ... 90
19 luku. **Tietojen saamista ja luovuttamista koskevat säännökset** ... 90
1.4 Laki sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain muuttamisesta ... 91
2 TARKEMMAT SÄÄNNÖKSET JA MÄÄRÄYKSET ... 91
3 VOIMAANTULO ... 91
4 SUHDE PERUSTUSLAKIIN JA SÄÄTÄMISJÄRJESTYS ... 91

LAKIEHDOTUKSET 92
Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta 92
Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta 100
Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 102
Laki sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain muuttamisesta 106

YLEISPERUSTELUT

1 Johdanto

Esityksen tarkoituksena on panna kansallisesti täytäntöön Euroopan parlamentin ja neuvoston maaliskuun 9 päivänä 2011 antama direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa, jäljempänä *potilasdirektiivi*. Direktiivi tuli voimaan 24 päivänä huhtikuuta 2011 ja jäsenmaiden on saatettava se osaksi kansallista lainsäädäntöään viimeistään 25 päivänä lokakuuta 2013. Potilasdirektiivin toimeenpano tukee osaltaan hallitusohjelman tavoitetta potilaan valinnanvapauden lisäämisestä ja täydentää vuoden 2014 alussa laajenevaa potilaan kansallista vapautta valita hoitopaikkansa.

Potilasdirektiivin 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 vähimmäissäännökset, jotka hyödyttävät myös niitä potilaita, jotka eivät hakeudu muualle hoitoon. Lisäksi direktiiviin sisältyy rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyviä jäsenvaltioiden yhteistyötä koskevia 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 valtiota sitovaa oikeusnormistoa lisääntyvästi myös niille aloille, jotka olivat aiemmin yksinomaan kansallisessa päätösvallassa. Euroopan unionin tuomioistuimen (EUT) antamilla yksittäisillä ratkaisuilla, joissa se on tulkinnut unionilainsäädännön sisältöä, on ollut merkittävä rooli tässä kehityksessä.

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

Eurooppalaisten sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittaminen

Euroopan valtioiden sosiaaliturvajärjestelmät ovat erilaisia, minkä vuoksi EU:ssa on laadittu säännöksiä niiden yhteensovittamiseksi. Yhteensovittamisella ei ole tarkoitus puuttua kansallisen lainsäädännön sisältöön tai yhdenmukaistaa valtioiden järjestelmiä, vaan sovittaa yhteen niitä niin, etteivät ihmiset erilaisissa rajat ylittävissä tilanteissa milloinkaan menettäisi sosiaaliturvaansa. Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetuilla asetuksilla (EY) N:o 883/2004 (jäljempänä *EU-asetus 883/2004*) ja (EY) N:o 987/2009 (jäljempänä *EU-asetus 987/2009*) on vahvistettu kansalaisten oikeuksia, kun he liikkuvat valtiosta toiseen. EU-asetusta 883/2004 sovelletaan kaikkiin henkilöihin, jotka kuuluvat asetuksessa mainittuihin sosiaaliturvajärjestelmiin. EU-asetus 883/2004 koskee myös kaikkia pitkäaikaisesti ja laillisesti EU:n alueella oleskelevia kolmansien valtioiden kansalaisia.

EU-asetukset ja potilasdirektiivi muodostavat kaksi rinnakkaista säännöstöä sairaanhoidosta rajat ylittävissä tilanteissa. EU-asetuksen 883/2004 ja potilasdirektiivin säännöt poikkeavat osin toisistaan sekä asiallisen soveltamisalan että eräiden muiden säännösten, kuten korvausperiaatteen, osalta. Ne koskevat kuitenkin osittain myös samoja rajat ylittäviä tilanteita.

EU-tuomioistuin ja muu EU-lainsäädäntö

Euroopan unionin tuomioistuimen tuomiot ja tulkinnat unionin oikeudesta ovat kaikkia EU-lainsäädäntöä soveltavia valtioita 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-tuomioistuin on katsonut, että potilaiden toisessa jäsenvaltiossa saamat terveyspalvelut on tietyin edellytyksin kustannettava asuinvaltion 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.

EU-tuomioistuimen ratkaisuissa korostuu palvelujen vapaan liikkuvuuden periaate sekä sosiaali- ja terveyspolitiikan ja laajemmin sosiaaliturvan tavoitteiden yhteensovittaminen sisämarkkinalainsäädännön kanssa. Useissa tuomioistuimen ratkaisuissa on todettu, että myös sairaanhoitopalvelut kuuluvat taloudellisena toimintana vapaan liikkuvuuden piiriin riippumatta siitä, miten ne on järjestetty tai rahoitettu. Potilasdirektiivin yhtenä tavoitteena on ollut selkeyttää oikeustilaa kokoamalla EU-tuomioistuimen oikeuskäytännössään omaksumat, EU-lainsäädäntöä soveltavia valtioita sitovat tulkinnat lain tasolle.

2 Potilasdirektiivi

2.1 Yleistä

Euroopan komissio antoi 2 päivänä heinäkuuta 2008 ehdotuksen Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi rajat ylittävässä 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*).

Palveludirektiiviehdotuksen kohdattua Euroopan parlamentin ja useiden jäsenvaltioiden vastustusta pidettiin erillisen terveyspalveluja koskevan direktiivin säätämistä tarpeellisena vallitsevan oikeustilan selkeyttämiseksi. EU-tuomioistuin oli jo vuoteen 2006 mennessä antanut useita rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyviä ratkaisuja, joissa vahvistettiin terveyspalvelujen kuuluvan palvelujen vapaan liikkuvuuden piiriin ja täsmennettiin potilaan oikeuksia saada korvauksia toisessa jäsenvaltiossa aiheutuneista hoitokustannuksista.

Tavoite oli kirjata potilasdirektiivillä lainsäädäntöön EU-tuomioistuimen oikeuskäytännössä vahvistamat, jäsenvaltioita sitovat periaatteet. Monivaiheisten neuvottelujen jälkeen potilasdirektiivi annettiin 9 päivänä maaliskuuta 2011 ja se tuli voimaan 24 päivänä huhtikuuta 2011. Direktiivin 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 kaikkiin 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 henkilön sairaanhoidon kustannuksista. Jos henkilö kuitenkin matkustaa toiseen jäsenvaltioon hoitoon, hänen sairaanhoitokustannuksistaan vastuussa olevan valtion tulisi korvata hoitokustannukset samojen perusteiden mukaisesti kuin jos hoito olisi annettu kyseisessä valtiossa. Korvauksen saanti edellyttää, että hoito ylipäätään kuuluu kustannuksista vastuussa olevan

valtion lakisääteisen terveydenhuollon piiriin.

Direktiivin nojalla potilaan voidaan edellyttää hakevan ennakkolupaa, 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 yleisemmin väestölle tai jos kyseessä oleva hoito voidaan antaa potilaan asuinvaltiossa asianomaisen potilaan nykyisen terveydentilan ja sairauden todennäköisen kehityksen kannalta lääketieteellisesti hyväksyttävässä ajassa.

Direktiivin myötä hoitoon hakeutumisen Suomesta toiseen jäsenvaltioon voidaan olettaa jonkin verran lisääntyvän. Direktiivin peruslähtökohta on, että potilaalla on oikeus kustannusten korvaukseen toisessa jäsenvaltiossa 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.

Jäsenvaltioiden on siirrettävä direktiivin säännökset osaksi kansallista lainsäädäntöään 25 päivään lokakuuta 2013 mennessä.

2.2 Direktiivin sisältö

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 toteutettaviin 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 tarjoaja ei kuulu valtion korvausjärjestelmän piiriin.

Potilasdirektiivin henkilöllinen soveltamisala on ratkaistu viittaamalla EU-asetuksen 883/2004 henkilölliseen soveltamisalaan, joten direktiivin ja asetuksen henkilöllinen soveltamisala on pääpiirteissään sama. Direktiivin henkilöllinen soveltamisala on kuitenkin hieman laajempi kuin asetuksen, koska se kattaa myös ns. kolmannen valtion kansalaiset, jotka asuvat Tanskassa ja Isossa-Britanniassa eli maissa, jotka eivät sovella EU-asetuksen 883/2004 kolmannen valtion kansalaisia koskevaa laajennusta (EU-asetus 1231/2010).

Direktiivin 3 artiklassa määritellään direktiivissä yleisimmin käytetyt termit terveydenhuolto, vakuutettu, vakuutusjäsenvaltio, hoitojäsenvaltio, rajat ylittävä 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 siis 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.

Rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevat jäsenvaltioiden velvollisuudet

Direktiivin toinen luku (4—6 artiklat) sisältää säännökset rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevista jäsenvaltioiden velvollisuuksista. 4(1) artiklan mukaan rajat ylittävää 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.

Direktiivin 6(1) artikla velvoittaa jäsenvaltioita perustamaan yhden tai useamman kansallisen yhteyspisteen rajat ylittävään hoitoon hakeutumisen helpottamiseksi ja mahdollistamaan kansalaisten tietoon perustuvat valinnat. Direktiivin 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 kohtelevat kotimaisen potilaan ja ulkomailta tulevan potilaan hoitokustannuksia yhdenvertaisesti.

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

Rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaaminen potilaalle

Direktiivin kolmas luku (7—9 artiklat) sisältää säännökset rajat ylittävän 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 potilaalla on oikeus. Lisäksi todetaan, että vakuutusjäsenvaltio päättää korvattavasta ter-

veydenhuollosta 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 sisäisissä ja rajat ylittävissä tilanteissa.

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 direktiivin ennakkolupaa EU-asetuksen 883/2004 ennakkoluvan antamisen edellytykset täyttyvät, ennakkolupa on annettava asetuksen nojalla, jollei potilas toisin pyydä. Vakuutusvaltio ei voi kieltäytyä antamasta ennakkolupaa, kun potilaalla on oikeus 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 antamasta ennakkolupaa, 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.

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

Jäsenvaltioiden yhteistyö terveydenhuollon alalla

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

Direktiivin 10 artiklassa asetetaan jäsenvaltioille yleinen velvollisuus antaa vastavuoroista apua direktiivin toimeenpanemiseksi. Hoitojäsenvaltion on varmistettava, että muiden valtioiden viranomaiset saavat pyynnöstä tietoja rekisteriin kirjattujen terveydenhuol-

lon 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 lääkettä. Lääkemääräysten tunnustamista koskevia säännöksiä ei sovelleta lääkkeisiin, jotka edellyttävät lääkedirektiivin 2001/83/EY mukaista erityislääkemääräystä.

Euroopan komissio on 22 päivänä joulukuuta 2012 antanut toimeenpanodirektiivin 2012/52/EU toimenpiteistä toisessa jäsenvaltiossa annettujen lääkemääräysten tunnustamisen helpottamiseksi. Toimeenpanodirektiivi sisältää potilasdirektiivin 11(2) artiklassa tarkoitetun ei-tyhjentävän 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.

Direktiivin 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 yhteyspisteinä. Osaamiskeskusverkostojen odotetaan tuovan apua erityisesti harvinaissairauksista kärsiville. Verkostoihin osallistuminen on vapaaehtoista.

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

Direktiivin 14 artikla sisältää säännökset sähköisten terveyspalvelujen verkostosta, joka yhdistää sähköisistä terveyspalveluista 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.

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 päivänä lokakuuta 2013.

3 Nykytila

Rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteita syntyy, kun Suomessa asuva tai sairausvakuutettu henkilö sairastuu äkillisesti ulko-

mailla, oleskelee tilapäisesti ulkomailla tai muuttaa ulkomaille pysyvästi asumaan tai hakeutuu ulkomaille hoitoon tai käyttämään terveydenhuoltopalvelua. Lisäksi vastaavia tilanteita syntyy, kun toisessa EU-valtiossa vakuutettu henkilö tarvitsee, ostaa tai haluaa käyttää Suomessa terveydenhuoltopalveluja.

Rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteissa on kyse henkilön oikeudesta käyttää terveyspalveluja ja saada hoitoa toisessa valtiossa sekä hoidosta aiheutuvasta ja hoitoon liittyvistä kustannuksista sekä niiden korvaamisesta. Kyse on sekä Suomen ja toisen valtion välisistä hoitokustannusten laskutuksesta ja maksamisesta että Suomessa valtion, 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 asuinjäsenvaltion ulkopuolella säädetään EU-asetuksen 883/2004 20 artiklassa. Tämän asetuksen mukaisen ennakkoluvan käsittelystä on säädetty laissa sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta (352/2010, jäljempänä *EESSI-laki*) 14 §:ssä ja terveydenhuoltolain (1326/2010) 56 §:ssä. Sairaanhoitopiirin on annettava Kansaneläkelaitokselle sitova lausunto EU-asetuksessa 883/2004 säädettyjen luvan antamista koskevien edellytysten täyttymisestä. Kansaneläkelaitos antaa potilaalle luvan, jos sairaanhoitopiiri sitä puoltaa.

Kunnat ja kuntayhtymät voivat saada valtiolta korvauksen hoitokustannuksista, kun EU-lainsäädännön tai sosiaaliturvasopimuksen perusteella on julkisessa terveydenhuollossa annettu hoitoa henkilölle, joka ei ole Suomessa vakuutettu (SVL 15 luku, 16 a §). EU-lainsäädännön perusteella Suomen sosiaaliturvan piiriin kuuluvien henkilöiden julkisessa terveydenhuollossa aiheutuvista hoitokustannuksista ei nykyisin makseta valtion korvausta.

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.

Perustuslain säännökset ja terveydenhuolto

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

Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön to-

teutumisen. 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 terveyspalvelut. Toiminnan edellyttämä rahoitus ja voimavarat toteutetaan pääosin valtion kunnille myöntämillä valtionosuuksilla ja kuntien verotusoikeudella.

Muut perusoikeussäännökset määräävät osaltaan tapaa, jolla terveyspalvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä. Perustuslain säännöksiä, jotka erityisesti koskevat myös terveyspalveluja ovat esimerkiksi yhdenvertaisuus ja syrjinnän kielto (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.

Potilaan oikeus saada tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut

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. 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 lähetteen 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 arvioon. 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 tietystä 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 tietystä hoitovaihtoehdosta, mutta hänellä ei ole oikeutta saada sellaista hoitoa, jota terveydenhuollon ammattihenkilö ei pidä asianmukaisena.

Potilaan oikeuksiin liittyvät myös kielelliset oikeudet. Näistä säädetään kielilaissa (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 kielilaissa (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.

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 käytännössä edellyttänyt, että potilas hakeutuu yksityisen terveydenhuollon potilaaksi.

Terveydenhuoltolain 47—48 §:ssä säädetään potilaan oikeudesta valita hoitopaikkansa. 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 lähetteellä valita kotikunnan mukaisen erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon yksiköistä itselleen sopivimman. Kun henkilö viettää pidempiä aikoja toisella paikkakunnalla, hänellä on mahdollisuus myös käyttää oleskelupaikkakunnan terveyspalveluja hoitosuunnitelmansa mukaisten hoitojen toteuttamiseen.

Vuoden 2014 alussa 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.

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 lääkärissä 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. Suuhygienistikäynnistä 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 poliklinikkamaksu 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 vammainen tai kehitysvammainen saa kuntoutushoitoa laitoksessa. Alle 18-vuotiaille terveyskeskuksen tai sairaalan toimintayksikössä annetusta hoidosta peritään maksua vain seitsemältä ensimmäiseltä hoitokerralta kalenterivuodessa.

Julkisten terveyspalvelujen maksuilla on kalenterivuosittainen 636 euron suuruinen maksukatto, jonka täyttymisen jälkeen asiakasmaksuja ei enää peritä lukuun ottamatta lyhytaikaisen laitoshoidon ns. ylläpitomaksua. Maksukattoon lasketaan mukaan terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripal-

velut, fysioterapia, sarjahoito, sairaalan poliklinikkamaksut, 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 oikeus asumiseen perustuvan sosiaaliturvalainsäädännön soveltamisesta annetun lain (1573/1993) mukaisesti Suomessa asuvalla henkilöllä sekä täällä vähintään neljä kuukautta työskentelevällä tai yritystoimintaa harjoittavalla henkilöllä.

Sairaanhoitokorvaukset

Sairausvakuutuslain perusteella vakuutetulle korvataan osa yksityisen terveydenhuollon palveluiden käyttämisestä aiheutuneista tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksista. Tarpeellisena sairaanhoitona pidetään yleisesti hyväksytyn, 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, kätilöä, fysioterapeuttia, laboratoriohoitajaa, erikoishammasteknikkoa, psykologia ja suuhygienistiä, jolle Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (jäljempänä 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.

Sairaanhoitona 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, taudinmääritystä 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 asiakasmaksulaissa 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. Lääkärin- ja hammaslääkärin palkkion sekä heidän määräämiensä tutkimuksen ja hoidon kustannuksista korvataan vahvistetun korvaustaksan määrä. Kokonaiskustannuksen ja korvauksen välinen erotus jää asiakkaan maksettavaksi.

Lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioiden 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 2012 lääkärissä käynnistä sai korvauksia yhteensä 1,6 miljoonaa vakuutettua 3,7 miljoonasta käyntikerrasta. Korvausmenot lääkärinpalkkioista olivat yhteensä noin 73 miljoonaa euroa. Noin puolet lääkärinpalkkioista korvausta saaneista on saanut korvauksia silmätautien tai gynekologian lääkärikäyntien perusteella. Lääkärinpalkkioiden keskimääräinen korvausprosentti oli 22,1. Tutkimuksesta ja hoidosta maksettiin korvausta noin 1,1 miljoonalle vakuutetulle 1,7 miljoonasta käyntikerrasta yhteensä 79 miljoonaa euroa. Tutkimuksen ja hoidon keskimääräinen korvausprosentti oli 28,4. Hammaslääkärikäyntejä korvattiin yhteensä noin miljoonalle vakuutetulle 2,8 miljoonasta käyntikerrasta. Korvausten kustannukset olivat noin yhteensä 126 miljoonaa euroa. Hammaslääkärinpalkkioiden keskimääräinen korvausprosentti oli 33,3.

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 välttäen, vakuutetun terveydentilaa kuitenkaan 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. Matka julkiseen terveydenhuoltoon 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, ns. *rajaseutulaki*) 1 §:ssä tarkoitetulla rajaseudulla tai vakuutetulle kansanterveyslain, erikoissairaanhoitolain tai terveydenhuoltolain mukaan järjestettäväksi tarkoitettu hoito on annettu mainitussa laissa tarkoitetulla rajaseudulla asuvalle. Lisäksi Kansaneläkelaitos korvaa EU-asetuksen 883/2004 mukaisissa ennakkoluvallisissa hoitoon hakeutumistilanteissa ulkomaille tai ulkomailla tehtyjä matkoja, jotka liittyvät erottamattomasti hoitoon. Lukumääräisesti ulkomaille korvattujen matkojen määrä on erittäin vähäinen verrattuna rajojen sisällä korvattuihin matkoihin.

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 pakkauskoolle, vahvuudelle ja lääkemuodolle. Korvattavuus voidaan vahvistaa enintään myyntilupaviranomaisen lääkevalmisteelle vahvistaman valmisteyhteenvedon ja siinä hyväksyttyjen käyttöaiheiden mukaisessa laajuudessa.

Edellä sanottu koskee myös kliinisiä ravintovalmisteita sekä perusvoiteita. Korvattavia lääkkeitä ovat myös lääkemääräyksellä määrätyt 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 apteekeille.

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 hyväksyttyjen lääkkeiden, kliinisten ravintovalmisteiden sekä perusvoiteiden kustannuksista. Alempi erityiskorvaus on 65 prosenttia alemman erityiskorvausluokan lääkkeiden sekä kliinisten ravintovalmisteiden kustannuksista. Ylempi erityiskorvaus on 100 prosenttia lääkekohtaisen kolmen euron omavastuuosuuden ylittävältä osalta ylemmän erityiskorvausluokan lääkkeiden kustannuksista.

Alemman erityiskorvausluokan lääkkeeltä 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. Kansaneläkelaitos päättää tarvittavista selvityksistä ja niistä lääketieteellisistä edellytyksistä, joiden tulee täyttyä, jotta lääkkeiden erityiskorvaaminen ja kliinisten ravintovalmisteiden korvaaminen on vakuutetulle lääketieteellisesti perusteltua. Saadakseen lääkkeen erityiskorvattuna vakuutetun on osoitettava sairaus ja lääkehoidon tarve lääkärinlausunnolla. Erityiskorvausoikeuden vakuutetulle myöntää Kansaneläkelaitos.

Vuotuisen omavastuuosuuden ylittäviä kustannuksia korvataan lisäkorvauksella. Vuotuisen omavastuuosuuden ylityttyä 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 2012 Kansaneläkelaitos maksoi lääkekorvauksia yhteensä 1303 miljoonaa euroa. Korvausten perusteena olevat kustannukset olivat yhteensä 1812 miljoonaa euroa. Sairaalassa käytettyjen lääkkeiden tukkuhintaiset kustannukset olivat Suomessa 479 miljoonaa euroa vuonna 2011. Tukkuhintoihin perustuva tieto sairaaloiden lääkekustannuksista ei ole suoraan vertailukelpoinen avohoidon lääkemenojen kanssa.

Vakiintuneen soveltamiskäytännön perusteella sairausvakuutuksesta 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 valtiossa kuin EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä ja joutuu oleskeluvaltiossa sairauden hoidon tai raskauden tai synnytyksen vuoksi hoidon tarpeeseen, hänellä on oikeus hakea jälkikäteen maksamistaan lääkkeistä 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 viitehinta. Jos henkilöllä on voimassa oleva lääkkeen erityiskorvausoikeus, hänelle maksetaan erityiskorvaus ulkomailta ostetusta lääkkeestä samoin korvausperustein kuin Suomesta ostetusta lääkkeestä. Ulkomailta ostetusta lääkkeestä ei makseta korvausta, jos lääkettä tai lääkeainetta ei korvattaisi Suomesta ostettuna.

3.3 Muu terveydenhuolto

Työterveyshuolto

Työterveyshuolto on työntekijöiden terveyden ja työolojen kehittämiseen tähtäävää toimintaa, jolla tuetaan henkilön työkykyi-

syyttä 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 sairausvakuutusrahaston työtulovakuutuksesta. Korvausta maksetaan myös työnantajan järjestämän työterveyshuollon piiriin kuuluvan sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannuksista.

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.

Kuntoutus

Ensisijainen vastuu lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä on julkisella terveydenhuollolla. Terveydenhuoltolain 29 §:n perusteella kunnan on järjestettävä potilaan sai-

raanhoitoon 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 kuntoutusrahaetuuksista 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 lääkinnällisen 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 lääkinnällisen kuntoutuksen korvaaminen edellyttää, että kuntoutus perustuu julkisen terveydenhuollon yksikössä tai vastaavassa ulkomaisessa hoitoyksikössä laadittuun kuntoutussuunnitelmaan. Korvattavan kuntoutuksen tulee olla Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista 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.

Työtapaturmien ja ammattitautien hoito

Tapaturmavakuutus on osa lakisääteistä sosiaaliturvaa ja siitä suoritetaan tapaturmavakuutuslakiin perustuvat korvaukset, jos työsuhteessa työtä tekevälle 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, ammattiurheilijoiden, 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 välttäen. 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 lääkärissäkäynti ja muut yksittäiset lääkärissäkäynnit ja niihin liittyvät vähäiset hoitotoimenpiteet (esimerkiksi röntgen- tai ultraäänitutkimus, kipsaus) sekä kiireellinen sairaanhoito korvataan ilman maksusitoumusta ja vakuutettu voi hakeutua hoitoon julkiseen tai yksityiseen hoitopaikkaan. Jatkotutkimuksia (esimerkiksi MRI-tutkimus) tai hoitotoimenpiteitä (esimerkiksi 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 päivänä tammikuuta 2005 tai sen jälkeen sattuneissa vahingoissa tietyin 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.

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 mak-

susitoumusta hoitoon muuhun hoitopaikkaan, vakuutusyhtiö on velvollinen korvaamaan hoidosta vain sen kustannuksen, jonka vahinkoa kärsinyt olisi itse joutunut maksamaan vastaavasta hoidosta julkisessa terveydenhuollossa asiakasmaksulain mukaan.

Muu yksityinen terveydenhuolto

Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut 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 terveyspalveluista. Yleisimpiä yksityisiä terveyspalveluja ovat fysioterapiapalvelut, lääkärin ja hammaslääkärin vastaanottotoiminta sekä työterveyshuolto. Suuri osa yksityisten terveyspalvelujen 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. Valviralla on valtakunnallinen koordinaatiovastuu sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnassa. Aluehallintovirastoilla 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 2011 kaikkiaan 17,1 miljardia euroa eli 9,0 prosenttia bruttokansantuotteesta. Asukasta kohden menot olivat 3 165 euroa. Kansainvälisesti vertailtuna Suomen terveysmenojen osuus bruttokansantuotteesta on alle sekä EU-maiden että OECD-maiden keskiarvon. Suurimmat menoerät olivat erikoissairaanhoito (6,0 miljardia euroa), perusterveydenhuolto (3,7 miljardia euroa) sekä avohoidon lääkkeet (2,3 miljardia euroa). Lisäksi terveydenhuollon kokonaismenoihin sisältyy vanhusten ja vammaisten laitoshoidon kustannuksia 0,76 miljardia euroa, suun terveydenhuollon kustannuksia 1,0 miljardia euroa, työterveys- ja opiskelijaterveydenhuollon kustannuksia 0,73 miljardia euroa sekä sairausvakuutuksesta korvattuja yksityisen terveydenhuollon kustannuksia 1,0 miljardia euroa, sairausvakuutuksen matkakorvauksia 0,3 miljardia euroa ja muita menoja 1,3 miljardia euroa.

Terveydenhuollon menot ovat kasvaneet tasaisesti viimeisen kymmenen vuoden aikana lukuun ottamatta vuotta 2010, jolloin menot eivät juuri muuttuneet edellisestä vuodesta. Vuosien 2000 ja 2011 välillä terveydenhuoltomenojen bruttokansantuoteosuus nousi 7,2 prosentista 9,0 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 lääkkeissä ja työterveyshuollossa.

Terveydenhuolto rahoitetaan pääasiassa julkisin varoin (75,5 %). Vuonna 2011 kuntien osuus terveydenhuollon rahoituksesta oli 36,7 prosenttia, valtion osuus 24,4 prosenttia, sairausvakuutuksen osuus 14,4 prosenttia ja kotitalouksien osuus 18,6 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 määräytymisteki-

jöissä. 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 ne ole esteenä palveluihin hakeutumiselle. Toisaalta tavoitteena on ehkäistä epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä.

Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiirin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä laskuttaa jäsenkuntiaan 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 sairaanhoitopiirin sisäisellä tasausjärjestelmällä. Terveydenhuoltolain 76 §:n mukaan sairaanhoitopiirin 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 883/2004), 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 vanhempainlomaajalta kertyvistä vuosilomakustannuksista. Työtulovakuutus rahoitetaan työnantajan sairausvakuutusmaksulla, työntekijän päivärahamaksulla sekä yrittäjien päivärahamaksul-

la. 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

EU-asetukset sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta

Rajat ylittävästä terveydenhuollosta säädetään ensisijaisesti EU-asetuksessa 883/2004, jonka tarkoituksena on sovittaa yhteen kansallisia sosiaaliturvajärjestelmiä, ja sen täytäntöönpanoasetuksessa, EU-asetuksessa 987/2009. Euroopan talousalueesta (ETA) tehdyn sopimuksen perusteella EU-asetusta 883/2004 on sovellettu 1 päivästä kesäkuuta 2012 alkaen myös Norjassa, Islannissa ja Liechtensteinissa vakuutettuihin henkilöihin sekä 1 päivästä huhtikuuta 2012 alkaen Sveitsissä vakuutettuihin henkilöihin Euroopan yhteisön ja sen jäsenvaltioiden sekä Sveitsin välillä henkilöiden vapaasta liikkuvuudesta tehdyn sopimuksen (SopS 38/2002) perusteella.

EU-asetuksissa 883/2004 ja 987/2009 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 883/2004 säädetyn niin sanotun 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 883/2004 sisältää säännöksiä eläkkeistä, sairausetuuksista, työkyvyttömyysetuuksista, työtapaturma- ja ammattitautietuuksista, perhe-etuuksista ja työttömyysetuuksista. Suomessa EU-asetuksessa 883/2004 tarkoitettuja sairaussäännösten mukaisia luontoisetuuksia ovat julkisen terveydenhuollon palvelut, sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset ja laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista (566/2005) säännellyt kuntoutusetuudet.

EU-asetuksella 883/2004 turvataan henkilön oikeus lääketieteellisesti välttämättömään sairaanhoitoon toisessa valtiossa tilapäisen oleskelun tai pitkäkestoisen asumisen aikana. Lisäksi EU-asetuksessa 883/2004 säädetään edellytyksistä, joiden nojalla henkilöllä on oikeus saada lupa saada asianmukaista sairaanhoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella. Lisäksi säännellään, mikä valtio vastaa henkilölle annetun tai annettavan sairaanhoidon kustannuksista. Kun Suomi vastaa henkilön sairaanhoitokustannuksista EU-asetuksen 883/2004 nojalla, Suomi on toimivaltainen valtio.

Henkilöllä on aina oikeus hoitoon toimivaltaisessa valtiossa. Siten henkilöllä, jonka sairaanhoitokustannuksista Suomi vastaa, on oikeus 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 883/2004 määritetty henkilöpiiri, johon Suomen osalta kuuluvat Suomessa sairausvakuutetun rajatyöntekijän ulkomailla asuvat perheenjäsenet sekä ulkomailla pysyvästi asuvat eläkkeensaajat ja näiden perheenjäsenet.

EU-asetukset 883/2004 ja 987/2009 ovat sellaisenaan suoraan EU- ja ETA-valtioissa ja Sveitsissä noudatettavaa lainsäädäntöä. Suomessa laitosten, viranomaisten ja toimielinten toimivallasta sekä tehtävistä ja sähköisestä tiedonvaihdosta sovellettaessa näitä asetuksia säädetään EESSI-laissa.

Sairausvakuutuslaissa säädetään vakuutetulle henkilölle ulkomailla syntyneiden kustannusten korvaamisesta. Lisäksi sairausvakuutuslaissa säädetään Kansaneläkelaitoksen tehtävistä toimeenpantaessa EU-asetuksia 883/2004 ja 987/2009. Sairausvakuutuslain mukaisesti kunnat ja kuntayhtymät voivat saada korvauksen hoitokustannuksista, kun

julkisessa terveydenhuollossa on annettu muualla vakuutetulle henkilölle hoitoa EU-asetuksen 883/2004 tai sosiaaliturvasopimuksen perusteella.

Tilapäinen oleskelu muussa kuin toimivaltaisessa jäsenvaltiossa

EU-asetuksen 883/2004 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 säännöksen soveltamistilanteessa yleensä enintään yhden vuoden kestävää ulkomailla oleskelua, esimerkiksi viikon lomamatkaa, eläkeläisen muutaman kuukauden oleskelua ulkomailla talviajalla tai lukukauden kestävää vaihto-opiskelua. Kyse on pääsääntöisesti sellaisesta lääketieteellisesti 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 saada sairausvakuutuslain perusteella korvausta hoitokustannuksista.

Asuminen muussa kuin toimivaltaisessa jäsenvaltiossa

Jos Suomessa asuva henkilö muuttaa ulkomaille alle vuodeksi, muuttoa pidetään yleensä tilapäisenä ja henkilö säilyy 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. Asumisesta säädetään kotikuntalaissa (201/1994) ja laissa asumiseen perustuvan sosiaaliturvalainsäädännön soveltamisesta (1573/1992).

EU-asetuksen 883/2004 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 asuinvaltion lainsäädännön mukaisen asiakasmaksun. Toimivaltainen valtio korvaa asuinvaltiolle 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 saada sairausvakuutuslain perusteella korvausta hoitokustannuksista.

Jos henkilö asuu toisessa valtiossa, mutta hänen toimivaltainen valtionsa on Suomi, henkilöllä on oikeus lisäksi käyttää Suomessa julkisen terveydenhuollon palveluja. Tähän pääsääntöön poikkeuksen muodostaa vain EU-asetuksessa 883/2004 määritetty henkilöpiiri, johon Suomen osalta kuuluvat Suomessa sairausvakuutetun rajatyöntekijän ulkomailla asuvat perheenjäsenet sekä ulkomailla pysyvästi asuvat eläkkeensaajat ja näiden perheenjäsenet.

Lupa saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella

EU-asetuksissa 883/2004 ja 987/2009 on säännökset tilanteista, jolloin potilaalle on annettava lupa saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella (jatkossa asetuksen ennakkolupa). EU-asetuksissa on myös säännökset, milloin perustellusti asetuksen ennakkoluvan voi jättää antamatta. 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 annettava, jos kyseinen hoito kuuluu potilaan asuinvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin ja jos poti-

laalle 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 antaa.

Asetuksen ennakkoluvalla potilas saa hoitoa samoilla ehdoilla ja samoilla maksuilla kuin hoitoa antavan valtion asukas. Potilas maksaa hoidosta hoitoa antavan valtion asiakasmaksun. Luvan antaja vastaa asiakasmaksun ylittävistä hoitokustannuksista täysimääräisesti. Lisäksi luvan antaja 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 saada hoitokustannuksiin korvausta asiakasmaksulain perusteella. Matkojen, lääkeostojen ja yöpymisen kustannukset korvataan sairausvakuutuksesta.

Suomessa asuvalle henkilölle asetuksen ennakkoluvan antamisesta vastaa Kansaneläkelaitos julkisen terveydenhuollon asiasta antaman sitovan lausunnon perusteella (EESSI-laki 14 §). Lausunnossa julkinen terveydenhuolto, joka vakiintuneen soveltamiskäytännön mukaisesti on sairaanhoitopiiri, arvioi, onko hoito potilaalle lääketieteellisesti perusteltu, annettaisiinko sama tai vastaava hoito julkisessa terveydenhuollossa ja olisiko hoito mahdollista antaa Suomessa kohtuullisessa ajassa. Jos lupa annetaan, hoidon kustannuksista vastaa hoitoa antaneelle valtiolle ensin Kansaneläkelaitos valtion varoista. Se laskuttaa kustannuksen edelleen lausunnon antaneelta sairaanhoitopiiriltä, joka yleensä edelleen laskuttaa kustannuksen potilaan kotikunnalta. Jos potilaalla ei ole kotikuntaa, kustannukset jäävät valtiolle.

Jos toisessa EU-valtiossa vakuutetulle henkilölle on toisesta valtiosta annettu asetuksen ennakkolupa hoidon saamiseksi Suomessa, päättää julkinen terveydenhuolto itsenäisesti, ottaako se henkilön hoidettavaksi. Jos julkinen terveydenhuolto ottaa henkilön hoidettavaksi, hoidon järjestämiseen ja antamiseen sovelletaan suomalaista lainsäädäntöä kuten kunnan asukkaan tilanteessa. Henkilö maksaa itse hoidosta asiakasmaksulain mukaisen kotikuntalaisen asiakasmaksun. Julkinen terveydenhuolto laskuttaa aiheutuneet hoitokustannukset Kansaneläkelaitokselta, joka edelleen laskuttaa ne luvan antajalta ja suorittaa korvauksen hoitoa antaneelle julkiselle terveydenhuollolle.

Muut rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteet

Potilas voi hakeutua hoitoon toiseen EU- tai ETA-valtioon tai Sveitsiin ilman ennakkolupaa. Tällöin potilaan tulee itse maksaa hoidon todelliset kustannukset. Suomessa sairausvakuutettu potilas ja potilas, jonka sairaanhoitokustannuksista Suomi vastaa EU-lainsäädännön perusteella, voi jälkikäteen hakea sairausvakuutuslain perusteella korvausta hoitokustannuksista. Tällöin potilaalle maksetaan sairaanhoitokorvauksia lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista, hoito- ja tutkimuskustannuksista sekä lääkkeistä. 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 hoidontarpeen tilanteissa terveydenhuoltolain 50 §:ään.

Muualla kuin EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä aiheutunut kustannus

Suomessa sairausvakuutetulle potilaalle muualla kuin EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä 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 voimassa olevat kahdenväliset sosiaaliturvasopimukset Amerikan yhdysvaltojen, Australian, Chilen, Israelin ja Kanadan kanssa. Lisäksi Suomella on voimassa oleva sosiaaliturvasopimusjärjestely Kanadan Québecin osavaltion kanssa ja sairaanhoitosopimus Australian kanssa. Lisäksi pohjoismainen sosiaaliturvasopimus ja pohjoismainen sosiaalipalvelusopimus täydentävät EU-lainsäädäntöä.

Näistä sopimuksista Australian, Kanadan Québecin osavaltion, Chilen ja Israelin sopimukset sekä pohjoismainen sosiaaliturvasopimus sisältävät määräyksiä, joilla on merkitystä henkilön oikeuteen saada hoitoa tai hoitokustannusten korvauksiin. 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 Québecin osavaltion sosiaaliturvasopimusjärjestely koskee terveydenhuoltoa ja sairausvakuutusta. Sopimusta sovelletaan pääsääntöisesti vain henkilöihin, jotka työskentelevät tai opiskelevat määräaikaisesti toisen sopimuspuolen alueella. Potilaalla on oleskeluaikanaan oikeus tarvitsemaansa hoitoon ja hän 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 henkilöllä, joka saa eläkettä Suomen tai Chilen lainsäädännön mukaisesti ja asuu toisen sopimuspuolen alueella, on oikeus sairaanhoitoetuuksiin samoin ehdoin kuin asuinvaltion lainsäädännön piiriin kuuluvilla eläkeläisillä. Suomessa asuvilla eläkeläisillä on oikeus näihin etuuksiin jo 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 883/2004 koskee. Sopimuksen säännöksiä sovelletaan EU-asetuksen 883/2004 henkilöpiirin lisäksi henkilöihin, jotka eivät kuulu asetuksen henkilölliseen soveltamisalaan, mutta kuuluvat tai ovat kuuluneet jonkun Pohjoismaan lainsäädännön piiriin, tai saavat perheenjäsenenä tai edunsaajana oikeuksia. Sopimuksessa määrätään, että potilaan ei sairaanhoidon saamiseksi ole välttämätöntä noudattaa EU-asetuksen 883/2004 hallinnollisia menettelyjä. Potilaalla on toisessa Pohjoismaassa oleskelunsa aikana oikeus tarvitsemaansa hoitoon ja hän maksaa saman asiakasmaksun kuin hoitoa antavan valtion asukas. Valtiot eivät sopimuksen nojalla laskuta todellisia hoitokustannuksia toisiltaan tai potilaalta. Sopimuksen perusteella hoitoa saaneella potilaalla on lisäksi 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. Potilaalle jää maksettavaksi vastaava asiakasmaksu kuin

Suomessa julkisessa terveydenhuollossa annetusta hoidosta.

Kansaneläkelaitos voi järjestää samoin edellytyksin Suomessa sairausvakuutetulle henkilölle laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista (566/2005) säännellyt kuntoutusetuudet ulkomailla.

Rajaseutujen erityistilanteet

Rajaseuduilla on monia alueellisia järjestelyjä terveydenhuollon palvelujen käytöstä rajat ylittävästi. Tällaisia sopimuksiin perustuvia järjestelyjä on muun muassa Ruotsin vastaisella rajalla Tornionjokilaakson alueella ja Pohjois-Lapissa sekä Ruotsin että Norjan kuntien kanssa. Erikoissairaanhoidon osalta muun muassa Lapin sairaanhoitopiirillä on vuonna 2007 tehty yhteistyösopimus Norjan Helse Finnmarkin kanssa. Lisäksi Lapin sairaanhoitopiiri, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri, Oulun yliopistollinen sairaala, Helse Nord (Norja) ja Norbottenin maakäräjät (Ruotsi) ovat vuonna 2011 tehneet sopimuksen rajayhteistyöstä ensihoidossa. Vastavuoroisesta sairaan- ja terveydenhoidosta rajaseudulla annettu laki (307/1961, ns. rajaseutulaki) sisältää muun muassa säännöksen kiireellisen hoidon antamisesta Ruotsin ja Norjan rajaseudulla valtioiden rajat ylittävästi silloin, kun pikainen avunsaanti on välttämätöntä eikä sitä voida potilaan kotivaltiossa ilman huomattavaa haittaa ja ajanhukkaa järjestää. Laki koskee niitä kuntia, joiden maaraja ulottuu Ruotsin tai Norjan valtakunnan rajaan.

Ahvenanmaan maakunta on maantieteellisen sijaintinsa ja pääosin ruotsinkielisen väestönsä takia monelta osin erityisasemassa rajat ylittävän terveydenhuoltoon liittyen. Monet Manner-Suomesta ulkomaille tapahtuvaa hoitoon hakeutumista rajoittavat tekijät, kuten pitkät maantieteelliset etäisyydet, korkeiksi nousevat matkakustannukset ja kieleen liittyvät kysymykset, eivät päde Ahvenanmaahan ja sen väestöön, jolla on historiallisesti tiiviit yhteydet Ruotsiin. Maakunnan julkinen terveydenhuolto on jo pitkään lähettänyt vaativaa erikoissairaanhoitoa tarvitsevia potilaita etenkin Uppsalan yliopistosairaalaan.

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 luvun 16 §:n 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 EU-asetuksen 883/2004 mukaisella 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 883/2004 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 potilaille 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 miljoonaa euroa. Vuonna 2011 vastaanotettiin 21 724 laskua, joiden yhteissumma oli noin 15,3 miljoonaa euroa. Vuonna 2012 vastaanotettiin 25 382 laskua, joiden yhteissumma oli 15,5 miljoonaa euroa.

Kansaneläkelaitos maksoi vuonna 2010 sairausvakuutuslain perusteella sairaanhoitokorvauksia noin 1742,2 miljoonaa euroa ja vuonna 2011 noin 1811,4 miljoonaa euroa. Kansaneläkelaitoksen tilastojen mukaan potilaille maksettiin sairaanhoitokorvauksia ulkomailla aiheutuneista kustannuksista seuraavasti: vuonna 2010 korvauksia haettiin noin 9,3 miljoonan euron kustannuksista ja korvauksia myönnettiin noin 1,1 miljoonaa euroa. Näistä kustannuksista noin 4,7 miljoonaa euroa oli aiheutunut EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä ja niistä maksettiin korvauksia noin 0,7 miljoonaa euroa. Vuonna 2011 korvauksia haettiin noin 13 miljoonan euron kustannuksista ja korvauksia myönnettiin noin 1,6 miljoonaa euroa. Näistä kustannuksista noin 7,4 miljoonaa euroa oli aiheutunut EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä ja niistä maksettiin korvauksia noin 1,1 miljoonaa euroa.

Kansaneläkelaitos laskutti sairaanhoitopiireiltä EU-asetuksen 883/2004 mukaisen 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 §:n ja nykyisin terveydenhuoltolain 56 §:n perusteella voineet myöntää myös itsenäisesti EU-asetuksen 883/2004 mukaisia ennakkolupia. Näiden lupien perusteella ulkomailla annetun hoidon kustannuksista ei ole tietoa. Koska valtaosa EU- ja ETA-valtioista ja Sveitsistä on kuitenkin EU-asetuksen 883/2004 ja sitä edeltäneen EU-lainsäädännön 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 (jäljempänä *valtion korvaus*) sairausvakuutuslain 15 luvun 16 a §:n perusteella kunnille ja kuntayhtymille kustannukset, kun julkisessa terveydenhuollossa on annettu hoitoa henkilölle EU-asetuksen 883/2004 tai sosiaaliturvasopimuksen perusteella. Valtion korvausta maksetaan myös sellaisista julkisessa terveydenhuollossa aiheutuneista kustannuksista, kun hoitoa on annettu pysyvästi toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä asuvalle Suomessa sairausvakuutetun rajatyöntekijän ulkomailla asuvalle perheenjäsenelle sekä ulkomailla pysyvästi asuvalle eläkkeensaajalle ja tällaisen perheenjäsenelle, jonka hoitokustannuksista toimivaltainen valtio on Suomi. Vuonna 2009 valtion korvauksia maksettiin noin 9,38 miljoonaa euroa, vuonna 2010 noin 7,8 miljoonaa euroa, vuonna 2011 noin 8,3 miljoonaa euroa ja vuonna 2012 noin 12,8 miljoonaa euroa.

Toisessa valtiossa vakuutetulla henkilöllä, jonka oikeus hoitoon Suomessa perustuu EU-asetukseen 883/2004 tai sosiaaliturvasopimukseen, on oikeus myös sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksiin. Kansaneläkelaitos maksoi toisessa valtiossa vakuutetuille henkilöille 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 toisessa valtiossa vakuutetulle henkilölle on annettu Suomessa julkisessa terveydenhuollossa hoitoa tai maksettu sairaanhoitokorvauksia EU-asetuksen 883/2004 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 jättämistä koskevien 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 miljoonaa euroa. Vuonna 2010 lähetettiin 6 444 laskua, joiden yhteissumma oli noin 3,3 miljoonaa euroa. Laskujen vähäinen määrä vuonna 2010 johtui Kansaneläkelaitoksen tietojärjestelmäuudistuksesta, jonka käyttöönotto siirsi osan laskujen käsittelystä vasta seuraavalle vuodelle. Vuonna 2011 lähetettiin 7 638 laskua, joiden yhteissumma oli noin 7,1 miljoonaa euroa. Vuonna 2012 lähetettiin 6 741 laskua, joiden yhteissumma oli noin 6,3 miljoonaa 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 kaikissa tilanteissa henkilöt eivät saa kotikuntaa. Lisäksi kunnat vastaavat EU-asetuksen 883/2004 mukaisen ennakkoluvan mukaisesta hoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaamisesta, jos henkilö on kunnan asukas.

Kansaneläkelaitoksen tilastotietojen mukaan julkisessa terveydenhuollossa on hoidettu viime vuosina enemmän toisissa valtioissa vakuutettuja henkilöitä toisten valtioiden myöntämien EU-asetuksen 883/2004 mukaisten ennakkolupien nojalla kuin Suomesta on myönnetty potilaille näitä lupia ulkomailla annettavaa hoitoa varten. Julkinen terveydenhuolto antaa toisessa valtiossa vakuutetulle henkilölle luvan perusteella hoidon ja laskuttaa hoidon todelliset kustannukset Kansaneläkelaitoksen kautta luvan myöntäjältä.

Vuonna 2008 Kansaneläkelaitos suoritti julkiselle terveydenhuollolle korvauksia toisen valtion myöntämän EU-asetuksen 883/2004 mukaisen ennakkoluvan perusteella aiheutuneista hoidon kustannuksista seuraavasti: vuonna 2007 korvattiin noin 1 miljoonaa 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 miljoonaa euroa ja vuonna 2011 noin 0,7 miljoonaa euroa. Vuonna 2012 korvattiin noin 1,1 miljoonaa euroa.

3.7 Maahanmuuttodirektiivit

Niin sanotut maahanmuuttodirektiivit koskevat EU:n ulkopuolelta Suomeen työhön tulevia kolmansien valtioiden kansalaisia. Maahanmuuttodirektiivien tarkoittamilla työntekijöillä ja osin myös heidän perheenjäsenillään on oikeus yhdenvertaiseen kohteluun valtion omien kansalaisten kanssa muun muassa sosiaaliturvan alalla. Tässä tarkoitettuja maahanmuuttodirektiivejä ovat neuvoston direktiivi 2009/50/EY kolmansien maiden kansalaisten maahantulon ja oleskelun edellytyksistä korkeaa pätevyyttä vaativaa työtä varten (jäljempänä *erityisosaajadirektiivi*) ja Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/98/EU kolmansien maiden kansalaisille jäsenvaltion alueella oleskelua ja työskentelyä varten myönnettävää yhdistelmälupaa koskevasta yhden hakemuksen menettelystä sekä jäsenvaltiossa laillisesti oleskelevien kolmansista maista tulleiden työntekijöiden yhtäläisistä oikeuksista (*yhdistelmälupadirektiivi*), jotka ovat jo voimassa, sekä Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi kolmansien maiden kansalaisten maahantulon ja oleskelun edellytyksistä kausityötä varten (*kausityöntekijädirektiivi*, U 33/2010 vp) ja Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi kolmansien maiden kansalaisten maahantulon ja oleskelun edellytyksistä yrityksen sisäisen siirron yhteydessä (*ICT-direktiivi*, U 36/2010 vp), jotka ovat valmistelussa.

Erityisosaajadirektiivin tarkoituksena on edistää kolmansista maista tulevien sellaisten työntekijöiden muuttoa unionin alueelle, joiden työskentely edellyttää korkeaa pätevyyttä. Heille myönnettävällä sinisellä kortilla tarkoitetaan oleskelulupaa, joka oikeuttaa asumaan ja työskentelemään jäsenvaltion alueella. Työsuhteen on oltava kestoltaan vähintään vuosi.

Erityisosaajadirektiivi on toimeenpantu kansalliseen lainsäädäntöön 1 päivästä tammikuuta 2012 lukien. EU:n sinisen kortin haltija perheenjäsenineen tulee Suomessa sairausvakuutetuksi, jolloin hän saa Kela-kortin. Hän voi saada Suomessa kotikunnan, jos ko-

tikuntalain mukaiset edellytykset täyttyvät. Vaikka henkilö ei saisi Suomessa kotikuntaa, hänet rinnastetaan kansanterveyslain 14 §:n 5 momentissa ja erikoissairaanhoitolain 3 §:n 1 momentissa henkilöön, jolla on kotikunta, ja siten hänellä on oikeus Suomessa julkisen terveydenhuollon kaikkiin palveluihin kotikuntalaisen asiakasmaksulla. Hoitokustannuksista ei makseta valtion korvausta.

Yhdistelmälupadirektiivin kansallista toimeenpanoa valmistellaan parhaillaan ja tarvittavat säädösmuutokset on tarkoitus saattaa voimaan 1 päivänä tammikuuta 2014. 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 on tarkoitus toteuttaa muuttamalla kansanterveyslakia ja erikoissairaanhoitolakia siten, että kotikuntaa vailla olevat kolmansista maista tulevat työntekijät rinnastettaisiin kuntalaisiin. Muutosten on arvioitu tilastojen valossa koskevan vuositasolla noin 1500:aa kolmansista maista tulevaa henkilöä.

EU:ssa on vireillä *kausityöntekijädirektiivin* säätäminen Euroopan komission vuonna 2010 antaman ehdotuksen [KOM(2010) 379] perusteella. Direktiivin perusteella kolmansista maista tulevia kausityöntekijöitä on kohdeltava yhdenvertaisesti sosiaaliturvan alalla. Henkilöillä tulisi olla oikeus julkisen terveydenhuollon palveluihin ja sairausvakuutuslain mukaisiin etuuksiin. Kausityöntekijän työskentely kestäisi enintään muutamia kuukausia 12 kuukauden ajanjaksona. Direktiivi koskee erityisesti matkailun ja maatalouden kausityötä. Suomessa on vuosittain noin 9 000—10 000 maatalouden kausityöntekijää, joista suurin osa työskentelee noin kolme kuukautta.

ICT-direktiiviehdotuksen [KOM(2010) 378] tavoitteena on edistää kolmannessa maassa sijaitsevien yritysten mahdollisuuksia lähettää työntekijöitään työskentelemään EU-valtioihin sijoittuneissa tytäryhtiöissään ja siirtyä tarvittaessa tytäryhtiöidensä välillä jäsenvaltiosta toiseen. Direktiivi koskee vain johtajia, tarkasti asiantuntijoita sekä eräitä harjoittelijoita. Direktiivin perusteella kolmansista maista yritysten sisällä siirtyviä henkilöitä on kohdeltava yhdenvertaisesti sosiaaliturvan alalla. Osalla kyseistä henkilöistä on Suomessa kotikunta, osalla ei 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:aa 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 EU-oikeuskäytäntö

EU-tuomioistuin on vuodesta 1998 alkaen antanut useita tuomioita 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, jäsenvaltioiden on 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”*. (Esimerkiksi Watts C-372/04, kohta 147 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 toimintana se tulee myös palve-

lujen vapauden piiriin. Mitään eroa julkisten tai yksityisten palveluiden välillä ei tässä mielessä voida EUT:n näkemyksen mukaan tehdä.

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 säätely yhteen sovitettavissa palvelujen vapauden kanssa tai onko säätely 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, oikeassa 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 kestävyyden. Sairaalahoidon osalta tuomioistuin on hyväksynyt myös taloudelliset argumentit, mutta vain tiukoin edellytyksin eli jäsenvaltion on voitava näyttää, että sen järjestelmä tai väestön terveys ovat vaarassa.

Oikeuskäytännön perusteella näyttää siltä, että lähes mikä tahansa sääntelytoimi voi olla puuttumista palvelujen vapauteen. EUT on lisäksi suhtautunut vapauden rajoituksiin 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.

EU-tuomioistuin tekee oikeuskäytännössään selkeän eron sen suhteen, onko kyseessä ollut hoito, jonka korvattavuuden edellytykseksi on voitu asettaa myönnetty ennakkolupa vai ei. Ennakkolupaa edellyttävää hoitoa koskeva EUT:n 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 (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 terveyspalveluihin. 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 tuomiois-

tuimen 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 suoritetun 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 voitu 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 totesikin, 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 sairausvakuutuskassan jäsenvaltiossa olevalta hoitopalvelujen tarjoajalta, jonka kanssa sairausvakuutuskassalla 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 sairausvakuutuskassa on tehnyt sopimuksen.

Sairaalahoidon ulkopuolisen hoidon osalta tuomioistuin sen sijaan katsoi, että ennakkoluvan vaatimista oli pidettävä palvelujen tarjoamisen periaatteen vastaisena silloinkin, kun kansallisella lainsäädännöllä on otettu käyttöön terveyspalvelujärjestelmä, 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. 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 terveyspalveluja antavan järjestelmän, on luotava menetelmä, jolla muussa jäsenvaltiossa annettu hoito korvataan jälkikäteen. Mikään ei estä jäsenvaltiota, jossa on terveyspalveluja antava järjestelmä, vahvistamaan korvausten määrät, 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 ensin 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 sairaalahoitopalveluja. 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 sairaalahoito 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 hoidon antaneen 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.

3.9 Direktiivin toimeenpano muissa EU- ja ETA-valtioissa

Ruotsi

Ruotsin hallitus antoi 11 päivänä huhtikuuta 2013 valtiopäiville lakiehdotuksen 2012/13:150 potilasdirektiivin toimeenpanon edellyttämistä säädösmuutoksista. Hallituksen esitys sisältää ehdotukset uusiksi laeiksi tiettyjen ETA-alueen valtioissa annetusta hoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaamisesta ja maakäräjien ja kuntien välisestä rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusvastuusta sekä muutosehdotukset voimassa oleviin terveyden- ja sairaanhoitoa, lääkekorvauksia ja suun terveydenhuoltoon annettavaa valtiontukea koskeviin lakeihin.

Ehdotus koskee toisessa ETA-valtiossa annettua terveydenhuoltoa. Sveitsissä annettua hoitoa ei ehdotuksen mukaan korvata. Ehdotetut lait tulisivat voimaan 1 päivänä lokakuuta 2013. Lakeja ei sovellettaisi kustannuksiin, jotka ovat aiheutuneet tai hoitoon, joka on alkanut ennen lakien voimaantuloa. Kustannusten korvaamista koskevaa lakia ei

sovellettaisi lainkaan silloin, kun potilaan oikeus korvaukseen perustuu EU-asetukseen 883/2004.

Lakiehdotusten vaikutusten arvioinnissa todetaan, että säädösmuutosten ei ennakoida lisäävän rajat ylittävän terveydenhuollon kustannuksia. Jos lait tulevat voimaan ehdotetun mukaisina, potilailla on jatkossa kuitenkin yhdenvertainen mahdollisuus valita hoidontarjoaja joko Ruotsista tai toisesta ETA-valtiosta. Ehdotettu korvausjärjestelmä toteuttaa hyvin potilasdirektiivin tavoitetta, jonka mukaan potilaan tulisi rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteessa olla taloudellisesti vähintään samassa asemassa kuin missä hän olisi ollut, jos olisi saanut hoidon asuinvaltiossa.

Potilaalle maksettavat korvaukset

Ehdotuksen mukaan potilaalla on oikeus korvaukseen hoitokustannuksista, jotka ovat aiheutuneet toisessa ETA-valtiossa annetusta terveyden- ja sairaanhoidosta, hammashoidosta, lääkkeistä, muista tuotteista, kulutushyödykkeistä ja apuvälineistä, jos 1) potilas kuului kustannuksen syntyhetkellä siihen henkilöpiiriin, jonka osalta Ruotsi on toimivaltainen antamaan EU-asetuksen 883/2004 20 artiklassa tarkoitetun luvan saada hoitoa asuinvaltion ulkopuolella, 2) kyseisen hoidon antoi terveydenhuollon ammattihenkilö, ja 3) potilaalla olisi ollut oikeus saada kyseinen hoito julkisin varoin kustannettuna, jos hoito olisi annettu Ruotsissa. Vastuu kustannusten korvaamisesta on ehdotuksen mukaan sillä maakäräjäalueella, jonka alueella potilas asuu.

Ehdotetussa laissa säädetään, että potilaalle maksettavan korvauksen suuruus ei saa olla olla korkeampi kuin potilaalle aiheutuneet todelliset kustannukset. Korvaus on ehdotuksen mukaan enintään sen kustannuksen määrä, joka vastaavasta hoidosta olisi Ruotsissa toteutettuna aiheutunut. Potilaalle maksettavasta korvauksesta vähennetään aina summa, jonka potilas olisi asiakasmaksuna maksanut, jos vastaava hoito olisi annettu Ruotsissa. Summa kerryttää potilaan vuosittaista omavastuuosuutta.

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

Ennakkotiedon tai ennakkoluvan antaminen

Lakiehdotuksen mukaan Försäkringskassan on velvollinen antamaan potilaalle tämän 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 kyseisen hoidon osalta. Annettu ennakkotieto sitoo tiedon antajaa, kun se käsittelee myöhemmin potilaan korvaushakemusta.

Potilasdirektiivin mukaista ennakkolupaa ei ehdoteta otettavan käyttöön lainkaan, koska EU-asetuksen 883/2004 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 koskevasta päätöksestä voi valittaa yleiseen hallintotuomioistuimeen.

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 tai ennakkotietopyyntöä 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.

Kansallinen yhteyspiste

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

Norja

(Täydennetään yhteenveto Norjan lakiehdotusluonnoksesta)

4 Nykytilan arviointi

4.1 Yleistä

Potilasdirektiivin säännösten toimeenpano edellyttää muutoksia voimassa olevaan kansalliseen lainsäädäntöön. Säädösmuutoksia tarvitaan erityisesti liittyen potilaalle rajat ylittävästä hoidosta maksettavaan korvaukseen ja korvausten maksun hallinnointiin, Suomen julkisen terveydenhuollon piiriin kuuluvien hoitojen määrittelyyn sekä muualta tulevien potilaiden hoito-oikeuteen Suomessa. Valtion ja kuntien vastuunjakoon Suomessa aiheutuneista hoitokustannuksista on perusteltua tehdä samassa yhteydessä eräitä muutoksia, joilla kustannusvastuuta siirretään kunnilta valtiolle.

4.2 Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima

Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa ei toistaiseksi ole määritelty kattavasti, eikä suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimasta ole laintasoista sääntelyä.

Määrittelyyn liittyviä mekanismeja on ollut jo pitkään olemassa sekä lainsäädännössä että käytännön toiminnassa, ja asiaa on myös tutkittu. Nykyisin lainsäädännössä on määritelty muun muassa kansallisen rokotusohjelman ja valtakunnallisesti järjestettävien seulontojen sekä neuvolapalveluiden laajuus. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön vahvistamilla yhtenäisillä kiireettömän hoidon perusteilla ohjataan erityisesti erikoissairaanhoidon palveluvalikoimaa. Sairausvakuutuslain mukaan korvattavista lääkkeistä päättää lääkkeiden hintalautakunta. Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin ja erikoislääkäriyhdistysten laatimiin Käypä hoito -suosituksiin on koottu tutkimusnäyttöön perustuen eri sairauksien suomalaisia hoitolinjauksia ja -käytäntöjä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa (jäljempänä THL) toimiva Finohta arvioi terveydenhuollon menetelmiä Suomen tarpeisiin erityisesti, kun kyseessä on laajaan käyttöön soveltuva, kallis tai uusi menetelmä. HALO-ohjelma tukee uusien menetelmien hallittua käyttöönottoa erikoissairaanhoidossa. Lisäksi Kansaneläkelaitos vahvistaa luettelon sairausvakuutuksesta korvattavista toimenpiteistä sekä niiden taksat sairausvakuutuslain ja valtioneuvoston korvaustaksojen perusteista ja enimmäismääristä antaman asetuksen (1336/2004) pohjalta. Palveluvalikoiman määrittelemisen lähtökohdat ovat siten Suomessa varsin hyvät.

Suosituksista huolimatta julkisen terveydenhuollon sisällä on alueellisia eroja palvelujen järjestämisessä ja hoitoindikaatioiden asettamisessa. Lisäksi on tosiasiallisia eroja sen välillä, mitä palvelua potilaalle annetaan julkisessa terveydenhuollossa ja mitä korvataan sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksina.

Potilasdirektiivi vahvistaa, että potilaalla on oikeus saada toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä annetusta hoidosta korvauksia. Vain sellainen ulkomailla saatu hoito korvataan, joka on potilaan kotivaltiossakin korvattavaa. Jotta potilasdirektiivi voitaisiin saattaa osaksi Suomen kansallista lainsäädäntöä, on määriteltävä suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima. Palveluvalikoiman tulee sisältää kaikki ne palvelut, jotka määritellyn terveysongelman hoitamiseksi tarjottaisiin tai korvattaisiin minkä tahansa Suomessa käytössä olevan julkisen rahoituskanavan kautta.

Palveluvalikoiman määritteleminen on potilasdirektiivin jäsenvaltiolle sallima keino rajata direktiivin mukaista korvausvastuuta rajat ylittävästä terveydenhuollosta. Jos suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa ei ole lainkaan määritelty tai se on määritelty hyvin yleisellä tasolla, palveluvali-

koimaan kuuluviksi voidaan EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön valossa katsoa sellaisia hoitoja, jotka kuuluvat muiden valtioiden palveluvalikoimaan. Tällöin Suomesta olisi korvattava sellaisia hoitoja, joita Suomessa ei olisi annettu tai korvattu julkisin varoin. Esimerkiksi Saksassa kylpylähoidot ja jotkin luontaislääketieteen hoidot ovat osa sen palveluvalikoimaa.

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. Palveluvalikoiman määrittely tässä esityksessä ehdotetussa muodossa on uusi tehtävä. Määrittelyä tekevää toimielintä ei ole nykyään olemassa, joten sellaisen perustaminen on välttämätöntä.

4.3 Hoitokustannusten korvaaminen potilaalle

Nykyisin sairausvakuutuslain 2 luvun 6 §:ssä on säädetty ulkomailla annetun hoidon kustannusten korvaamisesta. Potilaalla on oikeus sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksiin maksamistaan kustannuksista, jos hän sairastuu äkillisesti ja joutuu sairaanhoidon, raskauden tai synnytyksen hoidon tarpeeseen missä tahansa maailmassa. Lisäksi potilaalla on oikeus korvauksiin lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista sekä tutkimuksen, hoidon ja lääkkeiden kustannuksista, jos hän on hakeutunut käyttämään näitä terveydenhuoltopalveluja toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä.

Jos potilaalle myönnetään Suomesta EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukainen lupa saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella, potilas maksaa hoidosta vain hoidonantajavaltion asiakasmaksun. Lisäksi potilaalla on oikeus aiheutuneiden matkojen, oleskelun ja yöpymisten kustannusten korvauksiin sairausvakuutuksesta. Sairausvakuutuslain perusteella korvataan myös saattajan matkojen ja oleskelun kustannukset, jos saattaja on ollut matkan aikana välttämätön. Potilaan tilanne on tällöin rinnasteinen tilanteeseen, jossa potilas saisi hoidon julkisessa terveydenhuollossa.

EU-asetuksiin 883/2004 ja 987/2009 perustuva sääntely säilyy ennallaan. Kun potilasdirektiivi on saatettu osaksi kansallista lainsäädäntöä, henkilön oikeus saada hoitoa tai korvauksia rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteissa voi perustua joko EU-asetuksiin tai potilasdirektiiviin. Myös henkilön oikeus korvaukseen ja korvausmenettely riippuvat siitä, minkä säädöksen soveltamisesta on kyse.

Potilasdirektiivin ja EU-asetusten 883/2004 ja 987/2009 säännökset vastaavat monin osin toisiaan, mutta tärkeitä eroavaisuuksiakin on. Asetusten soveltamisen tulisi aina olla ensisijaista. Potilaan tulisi potilasdirektiivin perusteella voida valita sovellettavaksi hänen kannaltaan edullisempi säännöstö tilanteessa, jossa sekä potilasdirektiivi että EU-asetus 883/2004 soveltuvat. Nykyisten säännösten perusteella asetuksen soveltaminen olisi potilaalle yleensä edullisempi vaihtoehto.

Jos potilas on joutunut toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä tilapäisen oleskelun aikana lääketieteellisesti välttämättömän hoidon tarpeeseen ja on maksanut hoidon kaikki kustannukset itse, potilaalla on EU-asetuksen 883/2004 nojalla oikeus saada korvauksia hoidonantajavaltion lainsäädännön tai sairausvakuutuslain perusteella. Jatkossa potilaalla on oikeus korvaukseen myös potilasdirektiivin perusteella. Vastaavan hoidontarpeen tilanteessa potilas hoidettaisiin Suomessa julkisessa terveydenhuollossa. Voimassa olevan lainsäädännön mukaan potilaan tilanne rinnastetaan korvauksen osalta Suomessa yksityisen terveydenhuollon palvelun käyttämiseen, mitä ei näissä tilanteissa voida pitää perusteltuna, ja lainsäädäntöä on tältä osin muutettava.

4.4 Vastuu rajat ylittävän terveydenhuollon kustannuksista

Nykyisin rajat ylittävän terveydenhuollon kustannuksista vastaavat tilanteesta riippuen valtio, sairausvakuutusrahasto tai kunnat.

Valtion varoista rahoitetaan potilaan ulkomailla saaman sairaanhoidon kustannukset, joiden korvaamisesta Suomi vastaa EU-asetuksen 883/2004 17—19 artiklan tai 24 artiklan 2 kohdan b) alakohdan tai sosiaa-

liturvasopimuksen nojalla. Valtio vastaa myös EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukaisella luvalla annetun hoidon kustannuksista, kun potilaalla ei ole kotikuntaa Suomessa. Lisäksi valtio vastaa potilaalle maksettujen korvauksien kustannuksista, jos kustannukset on korvattu potilaalle jälkikäteen hoidonantajavaltion lainsäädännön mukaisina.

Potilaan ulkomailla saaman hoidon kustannuksista vastaa nykyisin valtio tai sairausvakuutusrahasto ja vain poikkeustilanteissa, kun hoitoa ei potilaalle voida järjestää Suomessa, potilaan kotikunta. Toistaiseksi voidaan pitää tarkoituksenmukaisena, että valtio edelleen vastaa toisille valtioille maksettavista korvauksista ja korvauksista, jotka potilaalle maksetaan toisen valtion lainsäädännön perusteella. Tulevaisuudessa tulee kuitenkin pohtia myös valtion ja kuntien mahdollista uutta vastuunjakoa näistä ulkomailla aiheutuneista kustannuksista niiden potilaiden osalta, joilla on Suomessa kotikunta.

Valtion varoista korvataan julkisen terveydenhuollon ylläpitäjille toisessa valtiossa vakuutetun henkilön Suomessa julkisessa terveydenhuollossa aiheutuneet hoitokustannukset, kun henkilölle on annettu hoito EU-asetuksen 883/2004 tai sosiaaliturvasopimuksen perusteella. Valtion varoista korvataan myös hoitokustannukset, kun hoitoa on annettu pysyvästi toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä asuvalle Suomessa sairausvakuutetun rajatyöntekijän perheenjäsenelle tai eläkkeensaajalle tai tällaisen perheenjäsenelle, jonka sairaanhoitokustannuksista Suomi vastaa EU-asetuksen 883/2004 nojalla. Kansaneläkelaitos maksaa valtion korvauksen neljästi kalenterivuodessa.

Vakiintuneen soveltamiskäytännön mukaisesti valtion korvaus on sairausvakuutuslain 15 luvun 16 a §:n voimaantulosta vuodesta 2008 alkaen maksettu julkista terveydenhuoltoa ylläpitävälle kunnalle tai kuntayhtymälle. Säännöksen sanamuodon mukaan valtion korvaus maksetaan julkisia terveyspalveluja antaneelle yksikölle, mikä ei vastaa muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetussa laissa (733/1992) käytettyä ilmaisua. On tarpeen, että valtion korvausta koskevaa säännöstä tarkennetaan maksunsaajaa koskevan tiedon osalta siten, että valtion korvaus maksetaan kunnalle tai kuntayhtymälle.

Sairausvakuutusrahastosta rahoitetaan nyt ja jatkossa ulkomailla annetun hoidon kustannukset, jotka korvataan potilaalle sairausvakuutuslain nojalla.

Kunnat vastaavat nykyisin myös kotikuntaa vailla olevien henkilöiden, jotka ovat Suomessa sairaus- tai työeläkevakuutettuja ja joiden sairaanhoitokustannuksista Suomi EU-asetuksen 883/2004 nojalla vastaa, julkisessa terveydenhuollossa aiheutuneista kustannuksista. Näiden henkilöiden asiakasmaksun ylittävät hoitokustannukset jäävät hoitoa antaneen julkisen terveydenhuollon yksikön ylläpitäjän vastuulle, eikä niitä voi edelleen laskuttaa potilaalta, muulta suomalaiskunnalta tai valtiolta.

Eläketurvakeskuksen ja Väestörekisterikeskuksen rekisterien perusteella työeläkevakuutettuja mutta kotikuntaa vailla olevia henkilöitä työskentelee Suomessa vuosittain lähes 100 000. Osalla näistä henkilöistä ei ole oikeutta etuuksiin tai palveluihin esimerkiksi siksi, että he eivät ole EU- tai ETA-valtioiden tai Sveitsin kansalaisia tai työskentelevät Suomessa vain lyhytaikaisesti. Kansaneläkelaitoksen tietojen perusteella on arvioitu, että Suomessa on vuositasolla noin 8 500 henkilöä, jotka työskentelyyn perustuen tulevat työeläkevakuutetuiksi Suomessa ja joilla on oikeus ja jotka käyttävät julkisen terveydenhuollon palveluita, mutta joilla ei ole kotikuntaa. Kunnallisen terveydenhuollon menojen arvioidaan vuonna 2014 olevan ikäryhmässä 0—64-vuotiaat keskimäärin 1 280 euroa. Tämän perusteella nykyisten kotikuntaa vailla olevien henkilöiden kunnallisen terveydenhuollon menojen arvioidaan olevan noin 11 miljoonaa euroa vuodessa.

Nykyisin kotikuntaa vailla olevien henkilöiden hoidosta aiheutuvat kustannukset sisältyvät julkisen terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. Kustannukset eivät kuitenkaan sisälly kuntakohtaisiin valtionosuuksiin, koska valtionosuudet määräytyvät laskennallisesti kunnassa asuvien lukumäärän mukaan. Kotikuntaa vailla olevat henkilöt eivät maksa tuloistaan kunnallisveroa, eivätkä siten osallistu julkisen terveydenhuollon rahoitukseen. He maksavat Suomessa ansaitsemistaan tuloista pääasiassa lähdeveroa valtiolle sekä yli

kuuden kuukauden työskentelyn osalta yleistä verovelvollisuutta koskevien säännösten mukaisesti. Kuntien kannalta nykytila ei ole tarkoituksenmukainen ja se tulisi korjata laajentamalla henkilöpiiriä, jonka hoitokustannuksista maksetaan valtion korvausta.

Lisäksi kunnat vastaavat EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukaisella luvalla saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella annetun hoidon kustannuksista, kun potilaalla on Suomessa kotikunta. Asetuksen mukainen lupa annetaan pääsääntöisesti, jos potilasta ei voida hoitaa julkisessa terveydenhuollossa. Siten potilaan hoidosta ulkomailla aiheutuvat kustannukset ovat sellaisia, joista potilaan kotikunnan tulee vastata terveydenhuoltolain perusteella. Kustannusten hallinnointiin liittyvät säännökset ovat kuitenkin voimassaolevassa lainsäädännössä puutteelliset, ja niistä tulee säätää yksityiskohtaisemmin.

4.5 Toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä vakuutetun henkilön oikeus käyttää terveydenhuollon palveluja Suomessa

Voimassa olevan lainsäädännön mukainen kuntien velvollisuus terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen rajautuu kuntien asukkaisiin, joihin kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain mukaan rinnastetaan myös erityisosaajadirektiivissä tarkoitetun niin sanotun sinisen kortin haltijat. Lisäksi julkisen terveydenhuollon palveluja voivat käyttää henkilöt, joiden oikeudesta käyttää kyseisiä palveluja on sovittu EU-asetuksen 883/2004 17—19 artikloissa tai sosiaaliturvasopimuksen määräyksissä. Lisäksi kunnilla ja kuntayhtymillä on terveydenhuoltolain 50 §:n mukaisesti aina velvollisuus järjestää kiireellistä hoitoa kaikille henkilöille näiden asuinpaikasta riippumatta.

Jos henkilö on saanut toiselta valtiolta 883/2004 20 artiklan mukaisen luvan saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella, julkisen terveydenhuollon toimintayksikkö voi itsenäisesti päättää, ottaako se henkilön hoidettavaksi. Jos toimintayksikkö päättää ottaa henkilön hoitoon, henkilöön sovelletaan kansallista lainsäädäntöä, hoitokäytäntöjä ja muita hallinnollisia menettelyjä samoin perustein kuin kuntalaiseen vastaavassa tilanteessa.

Potilasdirektiivin toimeenpanon myötä henkilöllä, jonka sairaanhoitokustannuksista vastaa toinen EU-valtio, on mahdollisuus hakea terveydenhuollon palveluja Suomesta. Direktiivi velvoittaa kohtelemaan näitä henkilöitä yhdenvertaisesti kunnan asukkaisiin ja sairausvakuutettuihin henkilöihin nähden. Toisesta EU-valtiosta hoitoon hakeutuvalle henkilölle on siten turvattava hoitoon pääsy julkiseen terveydenhuoltoon samoin edellytyksin kuin kunnan asukkaille. Henkilölle on myös tarjottava tietoa hoidon kustannuksista, maksuista ja hoitoon liittyvistä menettelyistä. Nämä tiedot tulee tuoda saataville yhteistyössä rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspisteen kanssa.

Potilasdirektiivissä säädetyn yhdenvertaisen kohtelun periaatteen toimeenpano edellyttää lainsäädäntömuutosta, jotta ulkomailta hoitoon hakeutuvien henkilöiden hoitoon pääsy julkiseen terveydenhuoltoon toteutuisi direktiivin vaatimusten mukaisesti. Hoitoa annetaan hoidonantajavaltion lainsäädännön ja hoitokäytäntöjen mukaisesti. Suomessa lähtökohtana on, että lääkäri tai hammaslääkäri päättää hoidosta. Hoitoon hakeutuva henkilö ei siten voi vaatia suomalaiselta terveydenhuollolta tiettyä hoitoa tai hoitotoimenpidettä. Rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteisiin liittyy paljon kulttuurisia ja kielellisiä tekijöitä, jotka on tarpeen terveydenhuollon toimintayksikössä tunnistaa ja ottaa huomioon hoidon järjestämisessä.

4.6 Tiedon jakaminen potilaille

Kansaneläkelaitos antaa toimivaltaisena laitoksena potilaille tietoa EU-asetuksen 883/2004 säännöksistä ja niihin liittyvistä menettelyistä. Potilaat saavat siten itseään koskevaa tietoa hakemusmenettelyistä ja päätöksenannosta Suomessa, oikeudesta käyttää terveydenhuollon palvelua kohdevaltiossa, oikeutta osoittavista asiakirjoista sekä maksuista ja korvauksista.

Kansaneläkelaitos antaa tietoa myös sairausvakuutuslain mukaisista korvauksista potilaille kaikkien rajat ylittävien tilanteiden osalta. Lisäksi Kansaneläkelaitos antaa mah-

dollisuuksien mukaan yleistietoa matkailijoille myös muiden valtioiden terveydenhuollon palveluista ja niiden käyttämisestä.

EU-asetuksen 883/2004 nojalla Kansaneläkelaitos jakaa perustietoa Suomen terveydenhuollon palveluista henkilöille, jotka oleskelevat tilapäisesti Suomessa. Henkilöille annetaan tietoa oikeutta osoittavista asiakirjoista ja henkilön vastuulle jäävistä maksuista.

Maahan- ja maastamuuton tilanteissa on tarve saada tietoa terveyspalvelujen käyttämisestä kohdevaltiossa, muualla ulkomailla ja muuton jälkeen Suomessa. EU-asetuksen 883/2004 soveltamista seuraa usein myös erilaisia hallinnollisia menettelyjä viranomaisten välillä, joista osa edellyttää valtiosta toiseen siirtyneen henkilön toimia ja osa tapahtuu suoraan viranomaisten välillä. Nykyisin Suomen ja toisen EU- tai ETA-valtion tai Sveitsin välillä liikkuva henkilö saa automaattisesti vain rajallisesti tietoja sairaanhoitoon ja terveydenhuollon palvelujen käyttämiseen liittyen. Erityisesti informointi hallinnollisista menettelyistä on puutteellista, ja viranomaisen velvollisuutta tietojen toimittamiseen tulee lainsäädännöllä vahvistaa.

Potilasdirektiivi velvoittaa perustamaan yhden tai useamman yhteyspisteen, jonka tehtävänä on tarjota tietoa terveydenhuollon palveluista ja niiden käyttämisestä. Yhteyspisteen tulee tarjota erityisesti tietoa hoitoon hakeutumisesta Suomesta ulkomaille ja hakeutumisesta hoitoon Suomeen. Siten potilasdirektiivin velvoite tietojen jakamiseen on Kansaneläkelaitoksen nykyvelvoitteisiin nähden huomattavasti laajempi ja muodostaa kokonaan uuden tehtäväkokonaisuuden. Yhteyspisteen perustamisesta ja sen tehtävistä on säädettävä.

4.7 Viranomaisyhteistyö

Kansaneläkelaitos on yksi Suomen toimivaltaisista laitoksista EU-asetuksen 883/2004 sairaus- ja äitiysetuuksien luontoisetuuksia koskevissa soveltamistilanteissa EESSI-lain 4 §:n perusteella. Tapaturmavakuutuslaitosten liitto on toimivaltainen laitos, kun kyse on tapaturmavakuutuslain mukaisista sairaanhoitokorvauksista, ja julkisen terveydenhuollon toimintayksiköt, kun kyse on hoidon antamisesta ja järjestämisestä.

Valvira, THL ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus vastaavat laissa säädetyistä tehtävistään ja tietojen antamisesta myös rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteissa.

Potilasdirektiivin mukaisten tietojen tuottaminen edellyttää kansallisilta toimijoilta uudenlaista yhteistyötä ja myös uusien tietojen tuottamista ja uusia tuottamistapoja. Yhteyspisteen toimintaan liittyvistä yhteistyövelvoitteista on tarpeen säätää lain tasolla.

Toisessa valtiossa saadun hoidon kustannusten korvaamiseen liittyvän hallinnollisen työn määrän arvioidaan lisääntyvän nykyisestä. Työmäärän lisääntyminen johtuu ennen muuta korvaushakemusten määrän kasvusta erilaisen rajat ylittävän liikkuvuuden lisääntyessä yleisesti. Lisäksi työmäärää kasvattaa korvaushakemusten käsittelyn monimutkaistuminen, koska käsittelyssä on selvitettävä, sovelletaanko tapaukseen EU-asetuksen 883/2004 vai potilasdirektiivin säännöksiä ja onko korvausperuste Suomen vai hoidonantajavaltion lainsäädännön mukainen. Myös kustannuksia koskevien rahavirtojen hallinnointi kuntien, valtion ja sairausvakuutusrahaston kesken vaatii jatkossa aikaisempaa enemmän resursseja.

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.

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 ainakin yhteyspisteeseen, THL:een sekä Valviraan. Näiden kaikkien tahojen tulee edelleen kehittää keskinäisiä yhteistyömuotoja ja -välineitä oikean, ajanmukaisen ja luotettavan tiedon jakamiseksi tietosuoja ja tietoturvallisuus huomioiden.

4.8 Potilasvahingot

Potilasdirektiivin mukaan hoidonantajavaltiossa on oltava voimassa ammatillinen vas-

tuuvakuutusjärjestelmä sen alueella annettavaa hoitoa varten. Suomessa terveyden- tai sairaanhoitotoimintaa harjoittavan on potilasvahinkolain (585/1986) 4 §:n mukaan otettava potilasvahinkojen varalta potilasvakuutus. Ulkomailta Suomeen hoitoon tulevien potilaiden kannalta Suomen voimassa oleva lainsäädäntö täyttää siten direktiivin edellytykset.

Suomalaista potilasvakuutusta ei sovelleta ulkomailla annettuun hoitoon. Terveydenhuollon palveluihin sovelletaan hoidonantajavaltion lainsäädäntöä myös vastuuvakuutuksen osalta. Hoidon haittatapahtuman ilmaantuessa potilaan on itse selvitettävä hoitoa antaneen terveydenhuollon palvelun järjestäjän korvaus- ja muita velvoitteita hoidonantajavaltion viranomaisten kanssa. Potilaalla on kuitenkin aina oikeus Suomessa julkiseen terveydenhuoltoon, vaikka potilaan hoidontarve johtuisi ulkomailla aiheutuneesta potilasvahingosta tai muusta hoitoon liittyneestä haittatapahtumasta.

Yhteyspisteen on annettava potilaalle pyynnöstä hoidonantajavaltion vastuuviranomaisten yhteystiedot.

5 Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset

5.1 Tavoitteet

Potilasdirektiivin tarkoituksena on selkeyttää potilaan oikeuksia tilanteissa, joissa nämä käyttävät terveydenhuoltopalveluja toisessa EU-valtiossa. Direktiivi vahvistaa EU:n sisämarkkinavapauksia 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.

Esityksen tavoitteena on saattaa kansallinen lainsäädäntö vastaamaan potilasdirektiivin säännöksiä. Tarkoituksena on samalla EU-asetukset 883/2004 ja 987/2009 huomioiden säätää kaikkia EU- ja ETA-valtioita sekä Sveitsiä koskevia rajat ylittäviä terveydenhuollon tilanteita varten toimiva lainsäädäntökokonaisuus, joka kattaa sekä Suomesta ulkomaille hoitoon hakeutuvat potilaat että Suomeen hoitoon ulkomailta hakeutuvat potilaat. Esitys toteuttaa osaltaan myös hallitusohjelman tavoitetta potilaan valinnanvapauden lisäämisestä.

5.2 Vaihtoehtoiset mallit hoitokustannusten korvaamiseen

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 ylittävästä terveydenhuollosta aiheutuneet kustannukset samoin perustein kuin jos vastaava hoito olisi annettu sen alueella.

Korvauskäytännön valinnassa tulee huomioida EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön sallima liikkumavara. Potilasdirektiivi tai EU-tuomioistuimen oikeuskäytäntö eivät sinänsä edellytä Suomen kansallisen järjestelmän perusteiden, kuten monikanavaisen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän muuttamista. Oikeuskäytäntö kuitenkin korostaa yksittäisen potilaan oikeuksia, liikkumis- ja valinnanvapautta ja oikeutta päästä taloudellisesti vähintään samaan asemaan kuin missä potilas olisi ollut, jos hoito olisi saatu asuinvaltiossa. Potilaan liikkumisvapautta tai oikeutta hakea ja käyttää terveyspalveluja toisessa valtiossa ei saa perusteettomasti rajoittaa. Näiden tekijöiden vuoksi potilasdirektiivi lisää välillisesti painetta tarkastella Suomen terveydenhuoltojärjestelmän muutostarpeita erityisesti järjestelmän rahoituksen osalta.

Potilasdirektiivin toimeenpanossa korvausmallin valinta on osoittautunut keskeiseksi kysymykseksi Suomessa. Potilasdirektiivin tavoitteiden yhteensovittaminen terveydenhuollon asumisperusteisen palvelujärjestelmän ja monikanavaisen rahoitusjärjestelmän kanssa on vaikeaa, mikä johtuu EU-sääntelyn ja Suomen kansallisen järjestelmän erilaisista peruslähtökohdista. Potilasdirektiivin tavoitteena on edistää EU:n sisämarkkinatavoittei-

ta, erityisesti palvelujen ja henkilöjen vapaata liikkuvuutta. Yhtäältä potilaan ulkomailla saaman hoidon kustannusten korvaamisen on oltava verrannollinen tilanteeseen, jossa kustannus olisi aiheutunut potilaan kotivaltiossa. Toisaalta rajat ylittävän terveydenhuollon tilanteessa potilaalle aiheutuneen kustannuksen korvauksen ei edellytetä olevan parempi kuin tilanteessa, jossa valtion rajoja ei olisi ylitetty.

Toisissa EU-valtioissa toimivia terveydenhuollon palveluntuottajia ei pääsääntöisesti ole mahdollista jaotella, kuten Suomessa, julkiseen tai yksityiseen terveydenhuoltoon. Erityisesti Keski-Euroopassa terveydenhuollon palveluntuottajat ovat itsenäisiä ammatinharjoittajia tai yrityksiä, jotka tekevät sopimuksia lakisääteistä sosiaaliturvaa tarjoavien vakuutuslaitosten ja -järjestelmien kanssa. Tällöin terveydenhuollon palveluntuottaja voi tarjota tietyille henkilöille, esimerkiksi sopimuksen tehneen sairauskassan jäsenille, palveluja suomalaisittain ymmärrettynä julkisena palveluntuottajana, samalla kun se tarjoaa vastaavia palveluja toisille henkilöille, esimerkiksi muille kuin sopimuksen tehneen sairauskassan jäsenille, yksityisenä palveluntuottajana. Siten potilaan ulkomailla saaman hoidon kustannusten korvausperustetta ei voida kiinnittää terveydenhuollon palveluntuottajan julkiseen tai yksityiseen statukseen Suomen terveydenhuoltojärjestelmän logiikkaa seuraten.

Potilaan saaman korvauksen määrän kannalta keskeinen kysymys Suomessa on, rinnastetaanko henkilölle ulkomailla syntynyt hoitokustannus kuten jos hänet olisi hoidettu Suomessa julkisessa terveydenhuollossa vai kuten jos hänet olisi hoidettu yksityissektorilla. Rinnastuksen valinnalla on seurannaisvaikutuksia myös terveydenhuollon palvelu- ja rahoitusjärjestelmään.

Huomioiden voimassa olevan lainsäädännön mukaisen kuntien velvollisuuden järjestää asukkaille terveydenhuollon palvelut ja toisaalta olemassa olevan sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausjärjestelmän, potilasdirektiivin toimeenpanemiseksi on pohdittu useita erilaisia korvausmalleja. Eri korvausmallivaihtoehtojen laaja analysointi on valmistelussa katsottu välttämättömäksi, koska nykyiset rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamista koskevat kansalliset säännökset on todettu potilasdirektiivin toimeenpanon kannalta riittämättömiksi.

Valmistelussa on ollut esillä viisi vaihtoehtoista korvausmallia: (1) Suomen julkisen terveydenhuollon kustannuksiin perustuva puhdas omavastuuosuusmalli, (2) sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksiin perustuva puhdas sairausvakuutusmalli sekä kaksi näiden yhdistelmää, joissa korvaustaso määrittyisi joko (3) Suomen julkisessa terveydenhuollossa tehdyn hoidon tarpeen arvion, hoitosuunnitelman tai erikoissairaanhoitoon annetun lähetteen perusteella tai (4) direktiivin mukaisen ennakkoluvan myöntämisen perusteella. Viidentenä mallina keskusteluun on tullut (5) malli, jossa potilaan hakeutuessa varta vasten hoitoon ulkomaille kustannukset korvattaisiin sairausvakuutuslain mukaisesti, kun taas tilapäisen ulkomailla oleskelun aikana lääketieteellisesti välttämättömäksi tullut hoito korvattaisiin omavastuuosuusmallia mukaillen.

Korvausmallien arvioinnissa huomioitavia seikkoja ovat muun muassa 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. Merkille pantavaa on, että vaihtoehtoisilla korvausmalleilla on hyvin erilaisia ja osin jopa toisistaan vastakkaisia vaikutuksia.

Tarkkoja arvioita eri mallien kustannus- ja muista vaikutuksista ei ole mahdollista tehdä. Ennalta ei tiedetä varmuudella, mitä ja kuinka paljon terveydenhuollon palveluja ulkomailta haettaisiin ja miten tämä vaikuttaisi julkisen ja yksityisen terveydenhuollon palvelujen kysyntään Suomessa.

Seuraavassa esitellään kaikki valmisteluvaiheen keskusteluissa esillä olleet korvausmallit siten, että niitä koskien kuvataan yleisten taloudellisten vaikutusten lisäksi vaikutukset potilaalle maksettavan korvauksen, ennakkolupajärjestelmän käytön, korvauksen kustannusvastuun ja kustannusten hallinnoinnin kannalta.

Kustannusvaikutuksissa on huomioitu muuttujina siirtymä yksityisen terveyden-

huollon palveluista käyttämään ulkomaisia terveyspalveluja, äkillisestä ulkomailla sairastumisesta maksettavien korvausten kasvu ja terveyspalvelujen käytön lisääntyminen. Kustannusvaikutukset on arvioitu vuoden 2014 hintatasossa.

Omavastuuosuusmalli

Hoitoon hakeutuminen

Potilaan hakeutuessa hoitoon toiseen EU- tai ETA-valtioon tai Sveitsiin potilaalle aiheutuneet hoitokustannukset korvattaisiin 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.

EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukaisissa ennakkolupatilanteissa kustannukset korvattaisiin edelleen hoidonantajavaltion kustannusten perusteella. Potilas maksaa itse hoidosta vain hoidonantajavaltion asiakasmaksun. Jos potilas joutuisi maksamaan hoidonantajavaltiossa todelliset hoitokustannukset kokonaan tai osittain itse, potilaalle korvattaisiin kustannukset todellisten kustannusten suuruisina, 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 883/2004 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, potilaalla ei olisi oikeutta mihinkään korvaukseen Suomesta.

Korvauskäsittely

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

Omavastuuosuusmallin mukaisen korvauksen kustannuksesta vastaisi potilaan kotikunta. Kunnat vastaisivat potilaalle toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä aiheutuneiden hoitokustannusten korvauksista, kun ne korvataan potilaalle jälkikäteen todellisten kustannusten suuruisina, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaa potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksia vastaavan hoidon järjestämisestä. Korvauksesta vähennettäisiin asiakasmaksu.

Valtio vastaisi edelleen potilaille ulkomailla EU-asetuksen 883/2004 17 ja 19 artiklan perusteella annetun hoidon kustannuksista, jotka laskutetaan ja maksetaan suoraan valtioiden välillä. EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukaisen ennakkoluvallisen hoitoon hakeutumisen kustannuksista vastaisi potilaan kotikunta. Jos potilaalla ei ole kotikuntaa Suomessa, potilaan korvauksen kustannuksista vastaisi kunnan sijasta valtio. 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.

Sairaanhoitokorvausten ja matkakorvausten kustannuksista vastaisi sairausvakuutusrahasto.

Taloudelliset vaikutukset

Korvausmallin mahdollista vaikutusta terveydenhuollon palvelujen kysynnän kasvuun voidaan arvioida tarkastelemalla, missä julkisen terveydenhuollon palvelujen saatavuudessa on ongelmia ja olettamalla, että näiden palvelujen käyttö ulkomailla kasvaisi hieman. Kustannuslisäystä arvioidaan tapahtuvan pääasiassa syöpähoitojen, lonkka- ja polvileikkausten, silmäsairauksien, aikuisten hammashuollon sekä kuvantamistutkimusten osalta. Tämän lisäksi palvelujen käyttö voisi kasvaa vähäisemmässä määrin muillakin terveydenhuollon erityisaloilla.

Omavastuuosuusmallissa rahoitusvastuu ja kustannukset siirtyisivät sairausvakuutusrahastolta kunnille. Kuntien menot kasvaisivat enemmän kuin sairausvakuutusrahaston menot laskevat, koska omavastuuosuusmallin mukainen korvausosuus olisi suurempi.

Suomessa maksetusta yksityisestä terveyspalvelusta potilas saisi edelleen sairausvakuutuslain mukaisesti sairaanhoitokorvauksen. Koska omavastuuosuusmallin mukainen korvaus olisi usein asiakkaan kannalta korkeampi kuin sairausvakuutuskorvaus, olisi odotettavissa, että suomalaisten yksityisten terveyspalvelujen käytöstä osa siirtyisi ulkomaille.

Lisäksi kunnat vastaisivat nykytilan mukaisesti hoitokustannuksista, kun potilaalle (kotikuntalaiselle) on myönnetty EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukainen lupa saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella. Näiden kustannusten arvioidaan jatkossakin kasvavan maltillisesti, sillä valtaosa potilaiden tarvitsemasta hoidosta voidaan järjestää Suomessa, eikä velvoitetta luvan myöntämiseen siten synny.

Kuntien menot lisääntyisivät omavastuuosuusmallissa noin 118 miljoonaa euroa. Vuonna 2011 kuntien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon menot olivat yhteensä noin 8,9 miljardia euroa, joten lisäystä kuntien nykyisiin terveydenhuollon menoihin olisi alle 1,4 prosenttia. Valtio maksaisi kunnille menolisäyksestä 50 prosenttia eli noin 59 miljoonaa euroa ja kuntien osuus kustannuksista olisi myös noin 59 miljoonaa euroa.

Valtio rahoittaa sairausvakuutusmenoista puolet. Valtion menot vähenisivät sairausvakuutusmenojen muutoksen johdosta vajaat 14 miljoonaa euroa ja lisääntyisivät kunnille maksettavien valtion osuuksien johdosta noin 59 miljoonaa euroa, jolloin valtion menojen lisäys olisi yhteensä noin 45 miljoonaa euroa.

Lisäksi sairausvakuutuksesta maksettavista matkakorvauksista aiheutuisi arviolta noin kolmen miljoonan euron kustannuslisäys vuoteen 2017 mennessä. Koska valtio rahoittaa sairausvakuutuksen kustannuksista puolet, aiheutuisi valtiolle menolisäystä arviolta noin 1,5 miljoonaa 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 omavastuuosuusmallissa nykyistä suurempi. Tästä voi seurata kunnan asukkaiden terveydenhuollon palvelujen käytön muutos, jonka seurauksena kunnan järjestämien julkisen terveydenhuollon palvelujen käyttö voisi vähentyä. Aluksi vaikutus tulisi todennäköisesti olemaan marginaalinen, mutta esimerkiksi hoitoon pääsyn odotusaika voisi lyhentyä joillakin yksittäisillä lääketieteen erikoisaloilla.

Korvausmalli parantaisi potilaan oikeuksia nykyisestä ja täyttäisi 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 kuitenkin johtaa 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.

Terveysmatkailun kasvu ja ulkomaisten palvelujen yhä laajeneva tarjonta vaikuttanevat kuluttajakäyttäytymiseen, kasvupotentiaalia terveydenhuollon palvelujen käyttöön ulkomailla on etenkin Virossa ja muualla Baltiassa. 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 loisi kannusteita ulkomaisille terveydenhuollon palveluntuottajille tarjota palvelujaan Suomessa.

Sairausvakuutusmalli

Malli noudattaa nykyisin voimassa olevaa sääntelyä.

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 883/2004 20 artiklan mukaisissa ennakkolupatilanteissa kustannukset korvattaisiin edelleen hoidonantajavaltion kustannusten perusteella. Potilas maksaa itse hoidosta vain hoidonantajavaltion asiakasmaksun. Jos potilas joutuisi maksamaan hoidonantajavaltiossa todelliset hoitokustannukset kokonaan tai osittain itse, potilaalle korvattaisiin kustannukset todellisten kustannusten suuruisina, 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 883/2004 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

Sairaanhoitokorvauksiin perustuvassa korvausmallissa ei otettaisi käyttöön direktiivin mahdollistamaa ennakkolupamenettelyä.

Korvauskäsittely

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 olisi vähäinen.

Kustannusvastuu

Kustannusvastuunjako vastaisi nykytilaa. Sairaanhoitokorvausten ja matkakorvausten kustannuksista vastaisi sairausvakuutusrahasto. Valtio vastaisi edelleen potilaille ulkomailla EU-asetuksen 883/2004 17 ja 19 artiklan perusteella annetun hoidon kustannuksista, jotka laskutetaan ja maksetaan suoraan valtioiden välillä. EU-asetuksen 883/2004 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.

Lisäksi sairausvakuutuksesta maksettavista matkakorvauksista aiheutuisi arviolta noin kolmen miljoonan euron kustannuslisäys vuoteen 2017 mennessä. Koska valtio rahoittaa sairausvakuutuksen kustannuksista puolet, aiheutuisi valtiolle menolisäystä arviolta noin 1,5 miljoonaa euroa.

Yhteiskunnalliset vaikutukset

Sairaanhoitokorvauksiin perustuva korvausmalli vastaisi kansallista käytäntöä yksityisen terveydenhuollon korvaamisessa: potilaan hakeutuessa hoitoon muualle kuin Suomen julkiseen terveydenhuoltoon hoitokustannuksista korvattaisiin osa sairausvakuutuksesta. Korvausmalli vastaisi myös nykyistä rajat ylittävän terveydenhuollon korvauskäytäntöä. Korvausmalli olisi siten potilaan kannalta selkeä ja tuttu. Kotimaassa ja ulkomailla muuhun kun suomalaiseen julkiseen terveydenhuoltoon hakeutuvat potilaat olisivat yhdenvertaisessa asemassa.

Kansallisesti sairaanhoitokorvausten tehtävänä on lisätä potilaan taloudellisia mahdollisuuksia käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluja. Sairaanhoitovakuutuksesta korvattu sairaanhoito täydentää julkisen terveydenhuollon palveluja ja tarjoaa potilaalle vaihtoehtoja. Sairaanhoitokorvauksien korvaustaso on kuitenkin 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.

Sairausvakuutuskorvauksiin perustuva korvausmalli kohtelisi yhdenvertaisesti Suomessa toimivia yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajia ja ulkomailla toimivia terveydenhuollon palveluntuottajia. Molempien an-

tamasta hoidosta potilaalla olisi oikeus saada sairausvakuutuslain mukainen korvaus. Ulkomailla annetusta hoidosta potilaalle jäävä maksuosuus olisi suurempi kuin Suomen julkisessa terveydenhuollossa annetusta hoidosta, jonka potilas saa asiakasmaksulla.

Potilaan oikeuksia ja palvelujen vapaata tarjontaa korostavan potilasdirektiivin ja EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön valossa sairaanhoitokorvauksiin perustuvan mallin voitaisiin alhaisen korvaustason vuoksi katsoa rajoittavan potilaiden liikkuvuutta ja palveluiden vapaata tarjontaa sisämarkkinoilla. EU-tuomioistuimen oikeuskäytäntö huomioiden on todennäköistä, että Suomi velvoitettaisiin muuttamaan rajoittavaa korvauskäytäntöään potilaan edun mukaiseksi.

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 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. Jos potilaalla ei olisi hoitosuhdetta Suomessa julkisessa terveydenhuollossa, kustannukset korvattaisiin sairausvakuutuslain sairaanhoitokorvauksina. 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 niitä Suomessa toisesta terveydenhuollon toimintayksiköstä.

b) Potilas on ottanut yhteyttä terveydenhuoltolain 51 §:n mukaiseen kunnallisen terveydenhuollon toimintayksikköön ja terveydenhuollon ammattihenkilö on todennut, että potilaalla on säännöksessä tarkoitettu hoidon tarve.

c) Potilas on saanut terveydenhuoltolain 52 §:n 1 momentin mukaisen lähetteen erikoissairaanhoitoon.

EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukaisissa ennakkolupatilanteissa kustannukset korvattaisiin edelleen hoidonantajavaltion kustannusten perusteella. Potilas maksaa itse hoidosta vain hoidonantajavaltion asiakasmaksun. Matkat korvattaisiin hoitopaikkaan asti. Jos potilas joutuisi maksamaan hoidonantajavaltiossa todelliset hoitokustannukset kokonaan tai osittain itse, potilaalle korvattaisiin kustannukset todellisten kustannusten suuruisina, 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 883/2004 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 olisi oikeus sairausvakuutuk-

sen 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, potilaalla ei olisi oikeutta mihinkään korvaukseen Suomesta.

Korvauskäsittely

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 ratkaisisi henkilön oikeuden sairaanhoitokorvaukseen.

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 olisi vähäinen.

Kustannusvastuu

Omavastuuosuusmallin mukaisen korvauksen kustannuksesta vastaisi potilaan kotikunta ja sairaanhoitokorvauksen ja matkakorvausten kustannuksista sairausvakuutusrahasto. Valtio vastaisi edelleen potilaille ulkomailla EU-asetuksen 883/2004 17 ja 19 artiklan tilanteissa annetun hoidon kustannuksista, jotka laskutetaan ja maksetaan suoraan valtioiden välillä. EU-asetuksen 883/2004 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

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. Tämän lisäksi palvelujen käyttö voisi kasvaa vähäisemmässä määrin muillakin terveydenhuollon erityisaloilla.

Korvausmallissa rahoitusvastuu ja kustannukset siirtyisivät sairausvakuutusrahastolta kunnille. Kuntien menot kasvaisivat enemmän kuin sairausvakuutusrahaston menot laskisivat, koska omavastuuosuusmallin mukainen korvausosuus olisi suurempi.

Hoitosuhdevaatimuksen osalta potilaan oikeus korvaukseen olisi rajoitetumpi kuin omavastuuosuusmallissa. Sen sijaan Suomessa maksetusta yksityisestä terveyspalvelusta potilas saisi edelleen sairausvakuutuslain mukaisesti sairaanhoitokorvauksen.

Koska omavastuuosuusmallin mukainen korvaus on usein potilaan kannalta suurempi kuin sairausvakuutuskorvaus, on odotettavis-

sa, että suomalaisten yksityisten terveyspalvelujen käytöstä osa siirtyisi ulkomaille. Siten kotimaisten yksityisten terveydenhuoltopalvelujen käytön voidaan arvioida vähenevän. Siirtymä lienee kuitenkin merkittävästi pienempi kuin puhtaassa omavastuuosuusmallissa, koska korvauksen edellytyksenä on olemassa oleva hoitosuhde kunnalliseen terveydenhuoltoon. Pelkästään yksityisen terveydenhuollon asiakkaana 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. Lisäksi kunnat vastaavat nykyisin tavoin sellaisista hoitokustannuksista, kun potilaalle (kotikuntalaiselle) on myönnetty EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukainen lupa saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella. Näiden kustannusten arvioidaan jatkossakin kasvavan maltillisesti, sillä valtaosa potilaiden tarvitsemasta hoidosta voidaan järjestää Suomessa, eikä velvoitetta luvan myöntämiseen siten synny.

Kuntien menojen arvioidaan lisääntyvän noin 70 miljoonaa euroa. Lisäystä kuntien nykyisiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon menoihin olisi alle prosentti. Valtio maksaisi kunnille menolisäyksestä 50 prosenttia eli noin 35 miljoonaa euroa ja kuntien osuus kustannuksista olisi myös noin 35 miljoonaa euroa.

Valtion menot alenisivat sairausvakuutusmenojen muutoksen johdosta noin 6 miljoonaa euroa ja lisääntyisivät kunnille maksettavien valtion osuuksien johdosta noin 35 miljoonaa euroa, jolloin valtion menojen lisäys olisi yhteensä vajaat 30 miljoonaa euroa.

Lisäksi sairausvakuutuksesta maksettavista matkakorvauksista aiheutuisi arviolta noin kolmen miljoonan euron kustannuslisäys vuoteen 2017 mennessä. Valtion menolisäys olisi arviolta noin 1,5 miljoonaa euroa.

Yhteiskunnalliset vaikutukset

Osa korvausmallin vaikutuksista on samoja kuin omavastuuosuus- ja sairausvakuutusmalleissa.

Terveydenhuollon palvelujen hankkiminen ulkomailta voisi vähentää jossain määrin kunnan järjestämien palvelujen kysyntää. Potilaalle voisi korvausmallin myötä 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 voisi seurata julkisen terveydenhuollon palvelujen käytön muutos, jonka seurauksena kunnan järjestämien julkisen terveydenhuollon palvelujen käyttö voi vähentyä. Aluksi vaikutus tulisi todennäköisesti olemaan marginaalinen, mutta esimerkiksi hoitoon pääsyn odotusaika voisi lyhentyä joillakin lääketieteen erikoisaloilla.

Hoitosuhteeseen sidotussa korvausmallissa julkinen terveydenhuolto tulisi tietoiseksi 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 se, että potilaalle aiheutuva kustannus olisi 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 ulkomailla annetuista hoidoista. Sen vuoksi korvauksen suuruus ei it-

sessään muodosta houkutusta ulkomaille hakeutumiseen.

Korvausmallissa korvaushakemuksen käsittelyn hallinnollisen työmäärän voidaan arvioida olevan suuri. Korvaushakemuksen käsittelyn lähtökohtana on selvittää, onko potilaalla hoitosuhde julkiseen terveydenhuoltoon.

Jotta potilaalla olisi oikeus korkeampaan korvaukseen ulkomailla aiheutuneen hoidon kustannuksista, hänellä tulisi olla hoitosuhde julkisessa terveydenhuollossa. On arvioitu, että tämä voisi johtaa potilaiden pyrkimykseen saada hoidon tarve arvioitua julkisessa terveydenhuollossa nykyistä useammin. Tällainen muutos potilaiden toimintatavoissa vaikuttaisi hoidon tarpeen arviointien toteuttamiseen erityisesti julkisen terveydenhuollon perusterveydenhuollon yksiköissä. Mahdollisesti korvausmalli johtaisi myös erikoissairaanhoitoon tehtyjen lähetteiden määrän lisääntymiseen.

Potilaan oikeuksia ja palveluiden vapaata tarjontaa korostavan direktiivin ja EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön valossa korvausmallin voitaisiin katsoa rajoittavan potilaiden liikkuvuutta ja palveluiden vapaata tarjontaa sisämarkkinoilla. EU-tuomioistuimen oikeuskäytäntö huomioiden on mahdollista, että Suomi velvoitettaisiin muuttamaan korvauskäytäntöään potilaan edun paremmin huomioon ottavaksi.

Direktiivin ennakkolupaan sidottu sekamalli

Potilasdirektiivin ennakkolupajärjestelmä on tarkoitettu kustannuksista vastuussa olevan valtion mahdollisuudeksi rajata korvausvelvoitettaan ulkomailla aiheutuneista hoitokustannuksista. Ennakkoluvan käyttö on direktiivissä rajattu määriteltyihin tilanteisiin. Ennakkoluvan myöntämättä jättäminen ei estä potilasta hakeutumasta ulkomaille hoitoon, vaan luvan epäämisellä on vaikutusta ainoastaan potilaan saamaan korvaukseen.

Hoitoon hakeutuminen

Jos potilaalle olisi myönnetty direktiivin mukainen ennakkolupa Suomesta, potilaalle toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä syntyneet kustannukset korvattaisiin omavastuuosuusmallin mukaisesti. Potilaalla olisi oikeus korvaukseen 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. Potilaan hakeutuessa hoitoon ilman direktiivin mukaista ennakkolupaa, kustannukset korvattaisiin sairausvakuutuslain perusteella sairaanhoitokorvauksena. Matkat korvattaisiin kuten lähimpään hoitopaikkaan tehtyinä.

EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukaisissa ennakkolupatilanteissa kustannukset korvattaisiin edelleen hoidonantajavaltion kustannusten perusteella. Potilas maksaa itse hoidosta vain hoidonantajavaltion 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 883/2004 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 olisi 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, potilaalla olisi kuitenkin oikeus sairaanhoitokorvaukseen.

Korvausmallin toteuttamiseksi potilaan edun mukaisesti tulisi määritellä, onko potilaalla kansallisen lainsäädännön perusteella oikeus saada ennakkolupa myös muissa tilanteissa kuin potilasdirektiivin mukaisten kriteerien täyttyessä.

Korvauskäsittely

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. Jos potilaalle ei olisi myönnetty ennakkolupaa, kyse olisi sairausvakuutusmallin mukaisesta korvausperusteesta ja Kansaneläkelaitos ratkaisisi sairaanhoitokorvauksen.

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

Kustannusvastuu

Omavastuuosuusmallin mukaisen korvauksen kustannuksesta vastaisi potilaan kotikunta ja sairaanhoitokorvauksen ja matkakorvausten kustannuksista sairausvakuutusrahasto. Valtio vastaisi edelleen potilaille ulkomailla EU-asetuksen 883/2004 17 ja 19 artiklan tilanteissa annetun hoidon kustannuksista, jotka laskutetaan ja maksetaan suoraan valtioiden välillä. EU-asetuksen 883/2004 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 kuntien korvausmenoihin, sillä ehdoton valtaosa potilaiden tarvitsemista hoidoista voidaan järjestää julkisessa terveydenhuollossa lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa.

Mallin mukaan jatkossa asiakkaalla olisi oikeus äkillisestä ulkomailla sairastumisesta aiheutuneista kustannuksista omavastuuosuusmallin mukaiseen korvaukseen, jolloin rahoitusvastuu ja kustannukset siirtyvät sairausvakuutusrahastolta kunnille. Tämän arvioidaan lisäävän kuntien menoja reilulla viidellä miljoonalla eurolla vuodessa. Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausmenot vähenisivät samalla noin miljoonalla eurolla, josta valtion osuus olisi puolet. Kuntien menot kasvaisivat enemmän kuin sairausvakuutusrahaston menot laskisivat, koska omavastuuosuusmallin mukainen korvausosuus olisi suurempi.

Lisäksi sairausvakuutuksesta maksettavista matkakorvauksista aiheutuisi arviolta noin kolmen miljoonan euron kustannuslisäys vuoteen 2017 mennessä. Valtion menolisäys olisi näin noin 1,5 miljoonaa euroa.

Yhteiskunnalliset vaikutukset

Osa korvausmallin vaikutuksista on samoja kuin omavastuuosuus- ja sairausvakuutusmalleissa sekä ennakkolupaan sidotussa sekamallissa.

Korvausmalli vastaisi osin kansallista käytäntöä: jos potilaan tarvitsemaa hoitoa ei voida järjestää julkisessa terveydenhuollossa, potilaalle myönnetään ennakkolupa. Lisäksi, jos muista kansallisista syistä johtuen katsottaisiin perustelluksi, että potilaan on tarkoituksenmukaista saada hoito ulkomailla, ennakkolupa myönnettäisiin. 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.

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 suurempi kuin Suomessa yksityisen terveydenhuollon palveluista maksettava korvaus.

Ennakkolupaan sidotussa korvausmallissa julkinen terveydenhuolto tulisi tietoiseksi 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.

Koska potilaalla olisi oikeus korkeampaan korvaukseen ulkomailla aiheutuneen hoidon kustannuksista vain ennakkoluvan saatuaan, potilaalle syntyisi erityinen kannuste pyrkiä saamaan tällainen lupa. 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.

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 potilaalle jäävä maksuosuus olisi suurempi ilman ennakkolupaa kuin Suomen julkisessa terveydenhuollossa annetusta hoidosta, jonka potilas saa asiakasmaksulla.

Potilaan oikeuksia ja palveluiden vapaata tarjontaa korostavan direktiivin ja EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön valossa ennakkolupaan perustuvan korvausmallin voitaisiin katsoa rajoittavan potilaiden liikkuvuutta ja palveluiden vapaata tarjontaa sisämarkkinoilla. EU-tuomioistuimen oikeuskäytäntö huomioiden on mahdollista, että Suomi velvoitettaisiin muuttamaan ennakkolupamenettelyä ja rajoittavaa korvauskäytäntöään potilaan edun paremmin huomioon ottaviksi.

Viides korvausmalli

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 883/2004 20 artiklan mukaisissa ennakkolupatilanteissa kustannukset korvattaisiin edelleen hoidonantajavaltion kustannusten perusteella. Potilas maksaa itse hoidosta vain hoidonantajavaltion asiakasmaksun. Jos potilas joutuisi maksamaan hoidonantajavaltiossa todelliset hoitokustannukset kokonaan tai osittain itse, potilaalle korvattaisiin kustannukset todellisten kustannusten suuruisina, 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 joutuu lääketieteellisesti välttämättömän sairaanhoidon tarpeeseen tilapäisen EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä oleskelunsa aikana, potilaalla on EU-asetukseen 883/2004 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 on sairastunut tai joutunut raskauden tai synnytyksen vuoksi hoidon tarpeeseen muussa valtiossa kuin EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä, potilaalla olisi oikeus sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukseen. Matkakustannuksista ei maksettaisi korvausta.

Ennakkolupa

Viidennessä korvausmallissa ei otettaisi käyttöön direktiivin mahdollistamaa ennakkolupamenettelyä.

Korvauskäsittely

Potilas hakisi aiheutuneista kustannuksista korvausta Kansaneläkelaitoksesta, joka vahvistaisi korvauksen määrän. Sairaanhoitokorvausten osalta korvausmallin hallinnollisessa toimeenpanossa voidaan hyödyntää olemassa olevia rakenteita, joten mallin vaikutus hallintomenoihin on siltä osin vähäinen. 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 tämän lain mukaisesti. Korvausmalli lisäisi hallinnollista työtä Kansaneläkelaitoksessa ja julkisessa terveydenhuollossa. Se edellyttäisi myös näiden toimijoiden uudenlaista nopeaa tietojenvaihtoa.

Taloudelliset vaikutukset

Viidennen korvausmallin mukaan potilaalla olisi oikeus omavastuuosuusmallin mukaiseen korvaukseen lääketieteellisesti välttämättömän sairaanhoidon kustannuksista oleskellessaan tilapäisesti EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä. Rahoitusvastuu ja kustannukset siirtyisivät tältä osin sairausvakuutusrahastolta valtiolle. Tämän arvioidaan lisäävän valtion menoja noin viidellä miljoonalla eurolla vuodessa. Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausmenot vähenisivät samalla noin miljoonalla eurolla.

Henkilön matkustaessa toiseen EU-valtioon tarkoituksenaan käyttää siellä terveydenhuollon palveluita, henkilölle aiheutuneet kustannukset korvattaisiin sairaanhoitokorvauksina. Potilasdirektiivin myötä toiseen EU-valtioon hoitoon hakeutuvat henkilöt ovat ylipäätään tietoisempia oikeudestaan saada aiheutuneisiin kustannuksiin korvauksia. Tämän perusteella arvioidaan sairausvakuutuskorvauksiin kohdistuvan noin yhden prosentin kasvu kehyskauden loppuun mennessä, mikä tarkoittaisi noin kolmea miljoonaa euroa vuoteen 2017 mennessä.

Lisäksi sairausvakuutuksesta maksettavista matkakorvauksista aiheutuisi arviolta noin kolmen miljoonan euron kustannuslisäys vuoteen 2017 mennessä.

Valtion osuus sairausvakuutusmenojen kokonaiskasvusta olisi puolet eli noin kolme miljoonaa euroa vuonna 2017. Kokonaisuudessaan valtion menojen ennustettaisiin siis kasvavan noin kahdeksan miljoonaa euroa.

Viides korvausmalli ei vaikuttaisi kuntien kustannuksiin, sillä kunnat vastaisivat nykyiseen tapaan vain potilaalle myönnetyn EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukaisen ennakkoluvan mukaisista hoitokustannuksista. Näiden kokonaiskustannukset ovat hyvin vähäiset.

Yhteiskunnalliset vaikutukset

Osa viidennen korvausmallin vaikutuksista on samoja kuin omavastuuosuus- ja sairausvakuutusmalleissa.

Potilaalla olisi oikeus julkisen terveydenhuollon asiakasmaksua vastaavaan korvaukseen, jos hän olisi ulkomailla sairastunut äkillisesti tai joutunut muutoin lääketieteellisesti välttämättömän hoidon tarpeeseen. Tämä parantaisi potilaan oikeuksien toteutumista nykytilaan verrattuna ja olisi yhdenmukainen myös kansallisen järjestelmän kanssa: kiireellisessä hoidon tarpeessa potilaat hoidetaan Suomessa ensisijaisesti julkisessa terveydenhuollossa.

Korvausperusteen kiinnittämistä kustannuksen aiheutumisperusteeseen voidaan kuitenkin pitää ongelmallisena. Jälkikäteen on vaikea selvittää, oliko potilaalle aiheutunut kustannus johtunut äkillisestä sairastumisesta ulkomailla vai oliko kyse tosiasiallisesti potilaan nimenomaisesta hakeutumisesta ulkomaille hoidon saamista varten. Korvausmallissa suuren merkityksen saavat potilaan oma selvitys tapahtumista ja hoitokustannuksia koskevat muut asiakirjat, joita on arvioitava lääketieteellisin perustein. Korvausmallin toimivuus parantuisi, jos EU-asetuksen 883/2004 19 artiklan (oleskelu toimivaltaisen jäsenvaltion ulkopuolella) soveltaminen toteutuisi asianmukaisesti kaikkialla. Tavoitetta edistäisi eurooppalaisen sairaanhoitokortin toimittaminen Kansaneläkelaitokselta ilman erillistä hakemusta kaikille siihen oikeutetuille henkilöille.

Sairaanhoitokorvausten osalta korvausmalli vastaisi kansallista käytäntöä yksityisen terveydenhuollon korvaamisessa: potilaan hakeutuessa hoitoon muualle kuin Suomen julkiseen terveydenhuoltoon hoitokustannuksista korvattaisiin sairausvakuutuksesta. Malli kohtelee tällöin yhdenvertaisesti Suomessa toimivia yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajia ja ulkomailla toimivia terveydenhuollon palveluntuottajia. Korvausmalli vastaisi tältä osin myös nykyistä rajat ylittävän terveydenhuollon korvauskäytäntöä ja se olisi potilaan kannalta selkeä ja tuttu.

Lisäksi muuhun kun suomalaiseen julkiseen terveydenhuoltoon hakeutuvat potilaat olisivat yhdenvertaisessa asemassa: merkitystä ei olisi sillä, onko hoito annettu Suomessa tai ulkomailla. Korvausmalli kohtelee yhdenvertaisesti Suomessa toimivia yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajia ja ulkomailla toimivia terveydenhuollon palveluntuottajia. Molempien antamasta hoidosta potilaalla olisi oikeus saada sairausvakuutuslain mukainen korvaus.

Sairaanhoitokorvauksien korvaustaso on matala suhteessa asiakkaan maksettavaksi jäävään osuuteen julkisessa terveydenhuollossa. Näin olen sairaanhoitokorvauksiin perustuva korvausmalli rajaa käytännössä potilaan oikeutta valita ulkomainen hoidon tarjoaja. Potilaan oikeuksia ja palvelujen vapaata tarjontaa korostavan potilasdirektiivin ja EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön valossa sairaanhoitokorvauksiin perustuvan mallin voitaisiin alhaisen korvaustason vuoksi katsoa rajoittavan potilaiden liikkuvuutta ja palveluiden vapaata tarjontaa sisämarkkinoilla. EU-tuomioistuimen oikeuskäytäntö huomioiden on todennäköistä, että Suomi velvoitettaisiin muuttamaan rajoittavaa korvauskäytäntöään potilaan edun paremmin huomioon ottavaksi.

Vaihtoehtoisten korvausmallien arviointia

Sairausvakuutusmalli vastaisi nykyisin voimassa olevaa korvauskäytäntöä, eikä muuttaisi potilaan oikeutta korvauksiin toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä aiheutuneista kustannuksista. Viides malli muuttaisi nykytilaa vain rajatusti niiden kustannusten korvausten osalta, jotka ovat syntyneet potilaan jouduttua ulkomailla tilapäisen oleskelunsa aikana lääketieteellisesti välttämättömän hoidon tarpeeseen.

Puhdas omavastuuosuusmalli, molemmat sekamallit ja osin myös viides malli parantaisivat nykyisestä potilaan oikeutta saada korvausta ja korvauksen määrää toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä annetun terveydenhuollon kustannuksista. Omavastuuosuusmallissa ja hoitosuhteeseen sidotussa sekamallissa painottuu omavastuuosuusmallin mukainen korvauskäytäntö, jossa potilaan saaman korvauksen perustana on potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannus vastaavasta hoidosta. Puhdas omavastuuosuusmalli, molemmat sekamallit ja vii-

des malli muuttaisivat äkillisen sairastumisen vuoksi annetun hoidon kustannusten korvaamista, koska EU- ja ETA-valtiossa ja Sveitsissä aiheutuneista kustannuksista voisi saada jälkikäteen omavastuuosuusmallin mukaisen korvauksen.

Hoitosuhteeseen sidotussa sekamallissa omavastuuosuusmallin soveltamisalan laajuus riippuisi siitä, kytkettäisiinkö korvausperuste hoidon tarpeen arviointiin vai taudinmääritykseen julkisessa terveydenhuollossa. Hoidon tarpeen arvioinnin voi tehdä lääkärin ja hammaslääkäri lisäksi muu terveydenhuollon ammattihenkilö. Taudinmäärityksen voi tehdä vain laillistettu lääkäri tai hammaslääkäri.

Direktiivin ennakkolupaan sidotun sekamallin soveltamisala olisi merkittävästi suppeampi kuin hoitosuhteeseen sidotun sekamallin, koska direktiivin mukaan ennakkolupaa voidaan edellyttää vain rajatuissa tilanteissa. Ennakkolupaan sidotussa sekamallissa ennakkoluvalla olisi selkeä yhteys korvausperusteeseen, koska omavastuuosuusmallin mukainen korvaus edellyttäisi ennakkolupaa. Muissa korvausmalleissa mahdollisen ennakkolupajärjestelmän käyttötarkoitus jäisi epäselväksi, koska niissä ennakkoluvalla ei olisi yhteyttä korvausperusteeseen.

Puhtaan omavastuuosuusmallin käyttäminen poikkeaisi nykyisestä kansallisesta tilanteesta, koska potilas voisi aina saada EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä aiheutuneista hoitokustannuksista korvauksen todellisten kustannusten suuruisina enintään siihen määrään saakka, joka vastaa potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksia vastaavan hoidon järjestämisestä. Sen sijaan, jos potilas hakisi samassa tilanteessa hoitoa Suomesta yksityisestä terveydenhuollosta, kustannuksista maksettaisiin sairausvakuutuslain mukainen korvaus. Myös molemmat sekamallit johtaisivat tähän lopputulokseen silloin, kun potilaalla olisi oikeus omasvastuuosuusmallin mukaiseen korvaukseen. Suomessa yksityisen terveydenhuollon palveluita käyttävät potilaat eivät siten olisi yhdenvertaisessa asemassa suhteessa niihin potilaisiin, joilla olisi mahdollisuus hakea hoitoa toisesta EU- tai ETA-valtiosta tai Sveitsistä.

Puhdas omavastuuosuusmalli nostaisi merkittävästi kuntien kustannuksia, koska vastuu potilaille maksettavien korvausten kustannuksista jäisi kunnille. Myös hoitosuhteeseen sidottu sekamalli kasvattaisi merkittävästi kuntien kustannuksia, koska omavastuuosuusmallin soveltamisala olisi siinä laaja. Direktiivin ennakkolupaan sidotun sekamallin vaikutus kuntien kustannuksiin olisi puhdasta omavastuuosuusmallia ja hoitosuhteeseen sidottua sekamallia vähäisempi, koska ennakkoluvan soveltamisalaa on direktiivissä rajattu, mutta myös kyseisen mallin voidaan arvioida nostavan kuntien kustannuksia jonkin verran. Potilaan korvausoikeuden kannalta ennakkolupaan sidottu sekamalli olisi puhdasta omavastuuosuusmallia ja hoitosuhteeseen sidottua sekamallia tiukempi.

Sairausvakuutusmalli ei vaikuttaisi kuntien kustannuksiin. Arvioiden mukaan se ei nostaisi rajat ylittävän terveydenhuollon hoitokustannuksista maksettavien korvausten kustannuksia nykyisestä. Myöskään viidennellä mallilla ei olisi vaikutusta kuntien kustannuksiin, koska hoitoon hakeutumisen tilanteissa maksettava korvaus tulisi sairausvakuutusrahastosta ja äkillisen sairastumisen tilanteissa maksettavan omavastuuosuusmallin mukaisen korvauksen kustannuksista vastaisi valtio.

Puhdas omavastuuosuusmalli, molemmat sekamallit ja jossain määrin myös viides malli aiheuttaisivat muutoksia potilaiden korvaushakemusten käsittelyn hallinnolliseen työmäärään, joka lisääntyisi nykyisestä. Potilaiden korvaushakemukset käsiteltäisiin edelleen keskitetysti Kansaneläkelaitoksessa. Korvausperusteena olisi huomioitava hoidonantajavaltion lainsäädännön korvausperusteen lisäksi myös potilaalle aiheutunut todellinen kustannus ja hoitokustannus, joka vastaavassa tilanteessa olisi aiheutunut potilaan kotikunnan julkisessa terveydenhuollossa. Tämä edellyttäisi tiivistä tietojenvaihtoa Kansaneläkelaitoksen ja julkisen terveydenhuollon välillä. Lisäksi korvausperusteen määrittely edellyttäisi kansallisesti julkisen terveydenhuollon palveluiden tuotteistusta ja tuotehintojen julkaisua nykyistä laajemmin.

Kaikkiin korvausmalleihin sisältyy velvoite EU- ja ETA-valtioiden ja Sveitsin tilanteessa

korvata potilaalle aiheutuvia matkakustannuksia sairausvakuutuslain mukaisesti.

Kaikissa malleissa korvausten kustannustaso kasvaa yleisen henkilöiden vapaan liikkuvuuden lisääntyessä (absoluuttinen kasvulisäys). Voidaan arvioida, että puhdas omavastuuosuusmalli ja molemmat sekamallit tarjoaisivat myös potilaille sairausvakuutusmallia ja viidettä mallia suuremman kannustimen hakea hoitoa ulkomailta ja siksi näiden mallien voidaan arvioida lisäävän kustannuksia sairausvakuutusmallia ja viidettä mallia enemmän (dynaaminen kasvulisäys).

Mikään korvausmalleista ei sisällä muutoksia tilanteisiin, joissa on kyse muualla kuin EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä aiheutuneesta hoitokustannuksesta. Niitä koskeva säännöstö säilyisi entisellään.

5.3 Keskeiset ehdotukset

Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima ja sitä määrittelevä toimielin

Direktiivi velvoittaa korvaamaan vain sellaisen ulkomailla annetun hoidon, joka on potilaan kotimaassa korvattavaa eli kuuluu kyseisen valtion terveydenhuoltojärjestelmän piiriin. Suomen terveydenhuollon palveluvalikoimaa ei tällä hetkellä ole yksityiskohtaisesti määritelty. Potilasdirektiivin saattaminen osaksi Suomen kansallista lainsäädäntöä edellyttää terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelyä.

Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluisi ehdotuksen mukaan lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus. Palveluvalikoimaa sovellettaisiin yhtenäisin ja yhdenvertaisin perustein kaikessa julkisesti järjestetyssä tai rahoitetussa terveydenhuollossa.

Ehdotuksessa esitetään, että suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelyä ja ylläpitämistä varten sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen perustettaisiin uusi toimielin, jonka toimintamenoista vastaisi valtio. Toimielin olisi pysyvä ja koostuisi neuvostosta, asiantuntijasihteeristöstä ja asiantuntijoiden verkostosta. Neuvoston asettaisi valtioneuvosto sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä enintään neljäksi vuodeksi kerrallaan ja siihen kuuluisi puheenjohtaja ja enintään 15 muuta jäsentä, joilla kullakin olisi henkilökohtainen varajäsen. Neuvoston puheenjohtajana toimisi sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö. Jäsenet edustaisivat lääketieteen, hammaslääketieteen, hoitotyön, oikeustieteen, terveystaloustieteen sekä suomalaisen terveydenhuolto- ja sosiaaliturvajärjestelmän asiantuntemusta. Sosiaali- ja terveysministeriöllä, THL:lla, Valviralla, Kansaneläkelaitoksella ja Suomen Kuntaliitolla olisi pysyvä edustus neuvostossa.

Palveluvalikoimaa koskevista linjauksista ei olisi muutoksenhakuoikeutta. Toimielin ei tekisi yksittäisiä potilaita koskevia päätöksiä.

Palveluvalikoiman soveltamista kuten muutakin terveydenhuoltoa valvoisivat aluehallintovirastot ja Valvira.

Hoitokustannusten korvaaminen potilaalle

Lakiehdotuksessa esitetään edellä esitellyn viidennen korvausmallin mukaisesti, että henkilön hakeutuessa hoitoon toiseen EU- tai ETA-valtioon tai Sveitsiin henkilölle aiheutuneet hoitokustannukset korvattaisiin sairausvakuutuslain 3-5 lukujen mukaisesti sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksina, mikäli henkilö ei ole saanut EU-asetuksen 883/2004 tai potilasdirektiivin mukaista lupaa hoitoon hakeutumiseen. Henkilön joutuessa tilapäisen toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä oleskelunsa aikana lääketieteellisesti välttämättömän hoidon tarpeeseen, nämä hoitokustannukset korvattaisiin ehdotuksen mukaan todellisten kustannusten suuruisina, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaa henkilön kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannusta vastaavan hoidon järjestämisestä. Henkilölle maksettavasta korvauksesta vähennettäisiin asiakasmaksu, joka olisi tullut henkilön maksettavaksi Suomessa annetussa vastaavassa hoidossa. Hoitokustannusten korvaamisesta henkilölle tällaisissa tilanteissa vastaisi valtio.

Sairausvakuutuslakia ehdotetaan muutettavaksi siten, että potilaan matkakustannukset

korvattaisiin sellaiseen lähimpään hoitopaikkaan saakka, jossa hoitoa olisi tarjolla. Lisäksi ulkomailla annettavan hoidon korvaamista koskevia säännöksiä ehdotetaan täsmennettäviksi.

Potilasdirektiivin ennakkoluvan käyttöönotto

Ehdotukseen sisältyvän rajat ylittävästä terveydenhuollosta annettavan lain 14 § sisältää säännökset potilasdirektiivin ennakkoluvasta. Ennakkolupajärjestelmää ei kuitenkaan ehdoteta otettavaksi tässä vaiheessa käyttöön, vaan ehdotuksen mukaan 14 §:n voimaantulosta voitaisiin säätää myöhemmin valtioneuvoston asetuksella. Ennakkoluvalla ei nyt ehdotettavan korvausmallin mukaisessa järjestelmässä olisi tosiasiallista vaikutusta potilaan saaman korvauksen suuruuteen.

Ehdotetun 14 §:n mukaan potilaalta edellytettäisiin ennakkolupaa, kun kyse on hoidosta, joka kuuluu terveydenhuoltolain 45 §:n perusteella 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, potilaalla ei olisi oikeutta mihinkään korvaukseen Suomesta.

Korvausmenettely

Ehdotuksen mukaan potilas hakisi aiheutuneista kustannuksista korvausta Kansaneläkelaitokselta, 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.

Kustannusvastuun jakautuminen

Tilapäisen oleskelun aikana EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä annetusta lääketieteellisesti välttämättömästä hoidosta henkilölle aiheutuneet kustannukset korvattaisiin ehdotuksen mukaan jatkossa valtion varoista silloin, kun ne korvataan potilaalle jälkikäteen todellisten kustannusten suuruisina, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaa potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksia vastaavan hoidon järjestämisestä.

Ehdotuksen mukaan valtio vastaisi myös jatkossa hoitoa antavan kunnan 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. Kustannusvastuun siirto koskee myös maahanmuuttodirektiivien perusteella Suomeen tulevien henkilöiden terveydenhuollon kustannuksia.

Potilaalle aiheutuneet matkakustannukset korvattaisiin sairausvakuutuksesta.

Muualta tulevien henkilöiden oikeus käyttää terveydenhuollon palveluja Suomessa

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi, että toisessa EU-valtiossa vakuutetulla henkilöllä olisi oikeus käyttää terveydenhuollon palveluja Suomessa samoin perustein kuin Suomessa asuvilla.

Ehdotuksen mukaan ulkomailta tulevien potilaiden vastaanottoa julkisessa terveydenhuollossa voitaisiin poikkeustilanteessa määräaikaisesti rajoittaa, kun tarkoituksena on varmistaa Suomessa riittävä ja pysyvä julkisen terveydenhuollon palvelujen saatavuus tai jos rajoitus on välttämätön yleistä etua koskevasta pakottavasta syystä. Rajoitusta voitaisiin käyttää esimerkiksi tilanteessa, jossa terveydenhuoltolaissa tarkoitetut hoitotakuun määräajat ovat ylittyneet tai uhkaavat ylittyä. Päätöksen rajoittamisesta tekisi järjestämisvastuussa oleva kunta tai kuntayhtymä. Rajoitus voisi ehdotuksen mukaan olla voimassa enintään 12 kuukautta kerrallaan.

Poikkeuksena muista tämän lain säännöksistä 6 §:n säännöksiä oikeudesta terveydenhuollon palveluihin Suomessa ei sovellettaisi

Sveitsissä tai muissa ETA-valtioissa kuin EU-valtiossa vakuutettuihin henkilöihin. Rajoitus johtuu siitä, että potilasdirektiivi ei ole voimassa Sveitsissä, Norjassa, Islannissa ja Liechtensteinissa tämän lain voimaan tullessa.

Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste

Potilasdirektiivi velvoittaa jäsenvaltioita perustamaan yhden tai useamman kansallinen yhteyspisteen rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvää potilastiedotusta ja valtioiden välistä tietojenvaihtoa varten. Ehdotuksessa esitetään, että yhteyspiste perustettaisiin Kansaneläkelaitoksen yhteyteen ja sen toimintamenoista 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 selainpohjaiseen tietoportaaliin.

6 Esityksen vaikutukset

Ennalta on jossain määrin vaikeaa arvioida, mitä terveydenhuollon palveluja ulkomailta lähdetään hakemaan ja missä määrin ja miten tämä vaikuttaa terveydenhuollon palvelujen kysyntään Suomessa. Tästä syystä tarkkoja ennusteita erityisesti lakiehdotuksen kustannusvaikutuksista ei ole mahdollista tehdä.

6.1 Taloudelliset vaikutukset

Vaikutukset valtiontalouteen

Potilaalle maksettavat korvaukset

Ehdotettavan hoitokustannusten korvausmallin arvioidaan lisäävän valtion kustannuksia vuonna 2014 noin viisi miljoonaa euroa ja sairausvakuutuksen kustannuksia noin kolme miljoonaa euroa, josta valtio rahoittaa puolet. Valtion kustannukset lisääntyisivät näin yhteensä noin seitsemän miljoonaa euroa vuonna 2014. Noin viiden miljoonan euron kustannuslisäys johtuisi tilapäisesti toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä oleskelun aikana annetun lääketieteellisesti välttämättömän hoidon kustannusvastuun siirtymisestä sairausvakuutusrahastolta valtiolle.

Kustannusvaikutuksia on arvioitu nykyisin EU- ja ETA-valtioissa ja Sveitsissä aiheutuneista hoitokustannuksista maksettujen sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausten perusteella. Laskelmissa on oletettu, että 80 prosenttia näistä kustannuksista koskee tilapäisen ulkomailla oleskelun aikaisia lääketieteellisesti välttämättömän hoidontarpeen tilanteita, jotka ehdotetun mallin mukaan korvattaisiin jatkossa todellisten kustannusten suuruisina enintään siihen määrään saakka, joka vastaa potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksia vastaavan hoidon järjestämisestä. Kustannusvastuun siirtyminen näiden tilanteiden osalta valtiolle vähentäisi vastaavasti sairausvakuutuskorvausten menoja noin yhden miljoonan euron verran.

Ehdotuksen mukaan EU-asetuksessa 883/2004 tarkoitetuissa tilapäisen ulkomailla oleskelun (19 artikla) ja asumisen (17 artikla) tilanteissa annetun hoidon kustannukset korvataan jatkossakin suoraan toiselle EU- tai ETA-valtiolle tai Sveitsille valtion varoista. Näiden kustannusten voidaan ennakoida kasvavan vuositasolla noin 0,5-1 miljoonaa euroa henkilöiden liikkuvuuden lisääntymisen ja sairaanhoitokustannusten yleisen kasvun seurauksena.

Vastuu kotikunnattomien henkilöiden hoitokustannuksista Suomessa

Kunnat vastaavat nykyisin sellaisten henkilöiden julkisessa terveydenhuollossa aiheutuneista hoitokustannuksista, jotka ovat Suomessa työnteon perusteella sairaus- tai työeläkevakuutettuja ja joiden sairaanhoitokustannuksista Suomi EU-asetuksen 883/2004 nojalla vastaa. Näissä tilanteissa kunnan vastuu palvelujen järjestämisestä on riippumaton siitä, onko potilaalla kotikuntaa Suomessa. Näiden henkilöiden asiakasmaksun ylittävät hoitokustannukset jäävät tällä hetkellä hoitoa antaneen julkisen terveyden-

huollon yksikön ylläpitäjän vastuulle, eikä niitä voi edelleen laskuttaa potilaalta, muulta suomalaiskunnalta tai valtiolta.

Kustannukset on laskennallisesti huomioitu kuntien valtionosuuksien laskentapohjissa, mutta niitä ei huomioida kuntakohtaisesti valtionosuuksia maksettaessa, koska valtionosuudet määräytyvät kunnassa asuvien lukumäärän mukaan. Kustannukset eivät nykyään myöskään kohdennu kuntien välillä yhdenvertaisesti, vaan jäävät sattumanvaraisesti kotikunnattomalle henkilölle hoitoa antaneen kunnan vastuulle. Nämä kotikunnattomat henkilöt eivät maksa tuloistaan kunnallisveroa eivätkä siten osallistu julkisen terveydenhuollon rahoitukseen. Henkilöt maksavat Suomessa ansaitsemistaan tuloista pääasiassa lähdeveroa sekä valtionveroa kuusi kuukautta ylittävän työskentelyn ansioista.

Julkisen terveydenhuollon menojen arvioidaan olevan vuonna 2014 ikäryhmässä 0—64-vuotiaat keskimäärin 1 280 euroa henkilöä kohden. Tämän perusteella kotikunnattomien henkilöiden kunnallisen terveydenhuollon menojen arvioidaan olevan vuositasolla noin 11 miljoonaa euroa. Ehdotuksessa esitetään, että valtio korvaa sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksesta täysimääräisesti kunnille nämä kustannukset. Muutos on valtion kannalta kustannusneutraali, sillä vastaava summa vähennetään kunnille maksettavista valtionosuuksista.

Maahanmuuttodirektiivien eli niin sanottujen erityisosaajadirektiivin ja yhdistelmälupadirektiivin sekä valmistelussa olevien kausityöntekijädirektiivin ja ICT-direktiivin soveltamisalaan kuuluville henkilöille on järjestettävä julkisen terveydenhuollon palvelut kuten kuntalaisille. Osa maahanmuuttodirektiivien soveltamisalaan kuuluvista henkilöistä saavat Suomessa myös kotikunnan. Ehdotuksessa esitetään, että valtio korvaa sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksesta täysimääräisesti kunnille myös maahanmuuttodirektiivien nojalla henkilöille julkisessa terveydenhuollossa annetun hoidon kustannukset, jos henkilöllä ei ole Suomessa kotikuntaa. Erityisosaajadirektiivin perusteella annetun hoidon kustannusten arvioidaan olevan erittäin vähäisiä, sillä vuonna 2012 Suomessa työskenteli tämän säännöksen nojalla vain yksi henkilö.

Yhdistelmälupadirektiivin mukainen säännöstö tulee sovellettavaksi vuoden 2014 alusta ja sen vaikutuksen julkisen terveydenhuollon valtion korvauksiin arvioidaan olevan 3,4 miljoonaa euroa vuodessa. Lisäksi arvioidaan, että sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset lisääntyvät 0,4 miljoonaa euroa, josta valtion rahoitusosuus olisi puolet.

Valmistelussa olevasta kausityöntekijädirektiivistä aiheutuvien lisäkustannusten arvioidaan olevan 3,4 miljoonaa euroa vuodesta 2016 alkaen. Lisäksi arvioidaan, että sairaanhoitokorvaukset lisääntyvät 0,4 miljoonaa euroa, josta valtion rahoitusosuus olisi puolet. Tuleva ICT-direktiivi toimeenpannaan kansalliseen lainsäädäntöön vuosien 2016—2017 kuluessa, ja sen kustannusvaikutuksen julkisen terveydenhuollon valtion korvauksiin arvioidaan olevan 1,3 miljoonaa euroa vuodessa. Siten maahanmuuttodirektiiveistä johtuen sairausvakuutuksen lisämäärärahatarve on 3,8 miljoonaa euroa vuodesta 2014 lukien ja 3,8—5,1 miljoonaa euroa vuodesta 2016 lukien. Koska kunnat eivät ole näitä kustannuksia aiemmin rahoittaneet, ei vastaavaa vähennystä voida tehdä kunnille maksettavista valtionosuuksista.

Sairausvakuutuslain 15 luvun 16 a §:n perusteella valtion korvaukset maksetaan julkisen terveydenhuollon yksikölle. Valtion korvaukset maksetaan sairausvakuutusrahaston sairaanhoitovakuutuksen valtion rahoitusosuudesta. Ehdotuksessa esitetään, että valtion korvaukset julkisessa terveydenhuollossa aiheutuneista hoitokustannuksista maksetaan aina julkisen terveydenhuollon ylläpitäjälle eli kunnalle tai kuntayhtymälle.

Uudet toimielimet

Potilasdirektiivin toimeenpano edellyttää erityisen yhteyspisteen perustamista rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvää viestintää ja tietojenvaihtoa varten. Ehdotuksessa yhteyspiste esitetään perustettavaksi Kansaneläkelaitoksen yhteyteen erillisyksiköksi ja sen vuotuisiksi toimintamenoiksi arvioidaan noin 725 000 euroa, joista vastaa valtio.

Ehdotuksen mukaisen suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa määrittelevän ja ylläpitävän toimielimen toimintamenoista vastaisi valtio. Sosiaali- ja terveysministeriön

yhteyteen perustettavan toimielimen vuotuisiksi kustannuksiksi arvioidaan 572 000 vuonna 2014, 663 000 euroa vuonna 2015 ja vuodesta 2016 eteenpäin 717 000 euroa.

Yhteyspisteen ja palveluvalikoimatoimielimen toimintaa ja tehtäviä sekä resurssitarpeita tulee tarkastella uudelleen sen jälkeen, kun toiminta on päässyt käyntiin ja siitä on saatu riittävästi kokemuksia.

Vaikutukset kuntatalouteen

Ehdotettu hoitokustannusten korvausmalli ei vaikuttaisi kuntien kustannuksiin, koska hoitoon hakeutumisen tilanteissa maksettava korvaus tulisi sairausvakuutusrahastosta ja äkillisen sairastumisen tilanteissa maksettavan omavastuuosuusmallin mukaisen korvauksen kustannuksista vastaisi valtio.

Ehdotuksen mukaan valtio vastaisi jatkossa hoitoa antavan kunnan sijasta kustannuksista, jotka aiheutuvat Suomessa sellaiselle henkilölle annetusta hoidosta, jolla ei ole kotikuntaa Suomessa ja jonka sairaanhoitokustannuksista Suomi EU-lainsäädännön nojalla vastaa. Muutos vähentäisi kuntien menoja vuonna 2014 arviolta 11 miljoonaa euroa. Vastaava vähennys tehdään kuitenkin kunnille maksettaviin valtionosuuksiin.

Kunnat vastaavat jatkossakin sellaisista hoitokustannuksista, kun potilaalle (kotikuntalaiselle) on myönnetty EU-asetuksen 883/2004 mukainen lupa saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella. Näiden kustannusten arvioidaan jatkossakin kasvavan maltillisesti, sillä valtaosa potilaiden tarvitsemasta hoidosta voidaan järjestää Suomessa, eikä velvoitetta luvan myöntämiseen siten synny.

Vaikutukset sairausvakuutuksen menoihin

Sairaanhoitokorvaukset

Ehdotettu hoitokustannusten korvaamisen malli noudattaa osin nykytilaa. Hoitoon ulkomaille hakeutumisen tilanteissa hoitokustannuksista saisi mallin mukaan korvauksen sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksista, jos potilas ei ole saanut ennakkolupaa hoitoon hakeutumiseen. Ulkomailla tilapäisen oleskelun aikana hoidon tarpeeseen joutumisesta aiheutuneista kustannuksista potilas saisi sairaanhoitovakuutuksen valtion rahoitusosuudesta rahoitettavan korvauksen, joka olisi enintään potilaan kotikunnassa aiheutuneen vastaavan hoitokustannuksen suuruinen.

Sairaanhoitokorvausten arvioidaan kasvavan maltillisesti potilaiden tullessa tietoisemmiksi rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvistä oikeuksistaan. Jos oletetaan, että sairaanhoitokorvaukset kasvavat yhden prosentin verran vuoteen 2017 mennessä, kustannuslisäys olisi tällöin noin kolme miljoonaa euroa (vuoden 2014 tasossa). Vuodelle 2014 tällaista dynaamista kasvua ennustetaan noin 1,5 miljoonaa euroa.

Tilapäisen ulkomailla oleskelun aikaisesta lääketieteellisesti välttämättömän hoidontarpeen tilanteissa aiheutuneiden hoitokustannusten korvausvastuun siirtyminen valtiolle vastaavasti vähentäisi vastaavasti sairaanhoitokorvausmenoa noin miljoona euroa vuonna 2014.

Matkakorvaukset

Ehdotuksessa esitetään, että henkilölle toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä annetun terveydenhuollon palvelun käyttämisestä aiheutuneet matkakustannukset korvattaisiin vastaavin perustein kuin Suomessa. Korvaukset maksetaan sairausvakuutuksesta. Matkakustannukset korvataan ehdotuksen mukaan perusterveydenhuollossa lähimmän terveyskeskuksen tai vastaavan ja erikoissairaanhoidossa lähimmän yliopistollisen sairaalan etäisyyden mukaan. Jos potilas hakeutuu hoitoon muualle kuin EU- tai ETA-valtioon tai Sveitsiin, matkakustannuksia ei korvata.

Ulkomaille suuntautuvia tai ulkomailla tehtäviä matkoja on vuodessa arviolta 70 000. Arvio perustuu tietoihin EU- ja ETA-maissa sekä Sveitsissä saatujen, joko sairausvakuutuskorvattujen tai Suomen valtiolta laskutettujen terveydenhuollon palvelujen määrästä, sekä arvioon muissa Pohjoismaissa käytettyjen terveydenhuollon palvelujen 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 kor-

vaustasoa (69,50 euroa matkaa kohden), kustannuslisäys olisi arviolta reilut kaksi miljoonaa euroa vuonna 2014.

Matkakorvausten voidaan arvioida vaikuttavan huomattavasti potilaiden kannustimiin hakeutua ulkomaille hoidettavaksi. Matkakorvauksille määriteltävillä ehdoilla on myös välillistä vaikutusta potilasdirektiivin muihin kustannuksiin. Nykyisin ulkomailla saadun terveydenhoidon matkakustannuksia korvataan vain niissä tapauksissa, joissa asiakkaalle on hoitoa varten myönnetty EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukainen ennakkolupa. Tähän ei esitetä muutoksia.

Lääkekorvaukset

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

Ehdotetun lain 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 sellaisen lääkkeen hankinnasta, jolle Suomessa ei ole vahvistettua korvausperustetta.

6.2 Vaikutukset viranomaisten toimintaan

Toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä saadun hoidon kustannusten korvaamiseen liittyvän hallinnollisen työn määrän arvioidaan lisääntyvän. Työmäärän lisääntyminen johtuu ennen muuta korvaushakemusten määrän kasvusta erilaisen rajat ylittävän liikkuvuuden lisääntyessä. Työmäärää kasvattaa jonkin verran myös korvaushakemusten käsittelyn monimutkaistuminen, koska ratkaisutyön perusteena on selvitettävä nykyistä yksityiskohtaisemmin käsittelyyn sovellettavaa EU-lainsäädäntöä (EU-asetuksen 883/2004 tai potilasdirektiivin soveltaminen).Samoin on selvitettävä kustannusten korvausperuste Suomen lainsäädännön tai hoidonantajavaltion lainsäädännön mukaan sekä potilaalle aiheutuneen kustannuksen syntysyy (hoitoon hakeutuminen tai tilapäisen oleskelun aikainen lääketieteellisesti välttämättömän hoidon tarve). Korvauskäsittelyssä voidaan hyödyntää olemassa olevia käsittelyprosesseja ja -tietojärjestelmiä, joten mallin vaikutus hallintomenoihin arvioidaan kohtuulliseksi.

Korvauskäsittelyyn ja kustannusten hallinnointiin liittyvä työmäärä tulee lisääntymään erityisesti Kansaneläkelaitoksella. Lisäksi hallinnollisen työn määrä kasvaa julkisen terveydenhuollon toimintayksiköissä ja ylläpitäjätahoissa, joiden vastuulle kuuluisi ulkomailla potilaan tilapäisen oleskelun aikana annettua lääketieteellisesti välttämätöntä hoitoa vastaavan hoitokustannuksen määrittely.

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.

Yhteyspisteen ja palveluvalikoimatoimielimen perustaminen aiheuttavat erityisesti lisätyötä Kansaneläkelaitokselle ja sosiaali- ja terveysministeriölle sekä myös THL:lle.

Ehdotetun lainsäädännön toimeenpano edellyttää uudenlaista yhteistyötä erityisesti Kansaneläkelaitoksen ja julkisen terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä. Lisäksi yhteistyön ja tietojen jakamisen tarve ulottuu myös THL:een sekä Valviraan. Näiden tahojen tulee edelleen kehittää keskinäisiä yhteistyömuotoja ja -välineitä oikea-aikaisen, paikkansapitävän ja luotettavan tiedon jakamiseksi tietosuoja ja tietoturvallisuus huomioiden.

6.3 Vaikutukset ihmisiin

Lakiehdotukseen sisältyvä hoitokustannusten korvausmalli vastaisi hoitoon hakeutumisen tilanteissa kansallista käytäntöä yksityisen terveydenhuollon korvaamisessa: potilaan hakeutuessa hoitoon muualle kuin Suomen julkiseen terveydenhuoltoon hoitokustannuksista korvattaisiin sairausvakuutuslain mukainen korvaus. Korvausmalli vastaisi täl-

tä osin 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 kuin suomalaiseen julkiseen terveydenhuoltoon hakeutuvat potilaat olisivat yhdenvertaisessa asemassa.

Sairaanhoitokorvauksien korvaustaso on matala suhteessa asiakkaan maksettavaksi jäävään osuuteen julkisessa terveydenhuollossa. Lakiehdotus ei potilaalle maksettavien korvausten näkökulmasta paranna potilaiden mahdollisuuksia käyttää hoitoon hakeutumisen tilanteissa ulkomaisia terveyspalveluja, eikä se siten merkittävästi lisää potilaiden valinnanvapautta. Ulkomaille hoitoon hakeutumista rajoittaa myös potilasdirektiivin säännös, jonka mukaan hoitoon hakeutuvilla on velvollisuus maksaa hoito- ja matkakustannukset ensin itse ja kustannuksia korvataan vasta jälkikäteen. Riippuen potilaan maksukyvystä tämä voi aiheuttaa merkittävän kynnyksen terveydenhuoltopalvelujen käytölle ulkomailla. Myös muut tekijät, kuten pitkät maantieteelliset etäisyydet ja asiakkaan huonokuntoisuus tai kielitaidon puute, voivat muodostaa käytännön esteitä. Sääntelyn vaikutuksissa voidaan myös olettaa olevan alueellisia eroja, sillä ulkomaille matkustaminen on käytännössä vaivalloisempaa ja kalliimpaa muualta kuin rajaseudulta, rannikkoalueilta, pääkaupunkiseudulta ja suurista kaupungeista.

Jo nykytilanteessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä saadusta hoidon kustannuksia korvataan potilaalle sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksina. Useimmiten kyse on ollut kiireellisestä hoidon tilanteesta, jossa potilas ei ole saanut hoitoa hoidonantajavaltion asiakasmaksulla tai ei ole saanut korvausta kustannuksiin hoidon antaneen valtion vakuutusjärjestelmän mukaisesti. Jatkossa potilaalla on näissä tilanteissa oikeus sairausvakuutuskorvauksen sijasta omavastuuosuusmallin mukaiseen korvaukseen. Nykytilaan verrattuna tämä on potilaan saaman korvauksen suuruuden kannalta merkittävä parannus. Muutoksen seurauksena potilaiden kustannukseksi jäävän omavastuuosuuden arvioidaan laskevan vuositasolla vastaavasti noin viisi miljoonaa euroa. Tämä vähentää välillisesti myös vakuutusyhtiöiden kustannuksia, koska osa potilaiden menoista siirtyy niiden maksettavaksi esimerkiksi matkavakuutusten kautta.

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.

Terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelyn voidaan odottaa johtavan palvelutarjonnan yhdenmukaistumiseen myös Suomen julkisen terveydenhuollon palveluissa ja siten se lisää kansalaisten yhdenvertaisuutta terveyspalvelujen saamisessa.

Terveysmatkailun lisääntymisellä voidaan arvioida olevan myönteisiä 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. Terveysmatkailu voidaan nähdä terveyden edistämisen kannalta yleisesti myönteisenä ilmiönä, toisaalta terveysmatkailu edellyttää varallisuutta ja matkustusvalmiuksia. Tästä näkökulmasta terveysmatkailun voidaan nähdä jopa lisäävän terveyden eriarvoisuutta ja terveyseroja eri väestöryhmien välillä.

6.4 Yhteiskunnalliset vaikutukset

Vaikutukset julkisen terveydenhuollon palvelujärjestelmään

Suomessa kuntien on järjestettävä asukkailleen terveydenhuollon palvelut. Potilaita tulee palvelujen järjestämisvelvollisuuden näkökulmasta kohdella yhdenvertaisesti riippumatta siitä, hakeutuvatko he hoitoon Suomeen tai muuhun EU-valtioon. Näin ollen saman suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoiman tulee kattaa sekä kotimaassa annettava että ulkomailla annettu ja Suomesta 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 kaikkialla Suomessa.

Yleisen liikkuvuuden lisääntyessä terveydenhuollon palvelujen hankkiminen ulkomailta voi jossain määrin vähentää kunnan järjestämien palvelujen kysyntää.

Potilasdirektiivin toimeenpanon myötä toisessa EU-valtiossa vakuutetulla henkilöllä on mahdollisuus hakea terveydenhuollon palveluja Suomesta. Näitä henkilöitä on direktiivin mukaan kohdeltava yhdenvertaisesti kunnan asukkaisiin nähden. Ulkomailta Suomeen hoitoon hakeutuvalle henkilölle on siten turvattava hoitoon pääsy julkiseen terveydenhuoltoon samoin edellytyksin kuin kunnan asukkaille.

On vaikea arvioida, minkä verran ulkomailta on halukkuutta hakeutua Suomeen käyttämään terveydenhuollon palveluja. Tiettyihin erityistason sairaanhoitoa antaviin julkisen 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.

Ehdotetun lain 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. On todennäköistä, että Suomeen ovat ulkomailta halukkaita hakeutumaan hoitoon erityisesti alkuperältään suomalaiset tai Suomessa aiemmin pitkään asuneet henkilöt. Ajan kuluessa määrien voidaan kuitenkin odottaa kasvavan jonkin verran.

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.

Jotta kunnalliset terveydenhuollon palvelut voidaan jatkossa suunnitella ja mitoittaa oikein, on tärkeää seurata kunta- ja kuntayhtymäkohtaisesti ulkomaille hoitoon hakeutuvien kuntalaisten määrää ja muutoksia kunnan asukkaiden terveydenhuollon palvelujen käytössä. Huomiota on kiinnitettävä myös kunnan järjestämien terveydenhuollon palvelujen käyttöön niiden henkilöiden osalta, jotka eivät ole kunnassa asuvia.

Vaikutukset yksityisen terveydenhuollon palveluihin

Hoitoon hakeutumisen tilanteisiin ehdotettu hoitokustannusten korvausmalli kohtelee yhdenvertaisesti Suomessa toimivia yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajia ja ulkomailla toimivia terveydenhuollon palveluntuottajia. Molempien antamasta hoidosta potilaalla olisi oikeus saada sairausvakuutus-

lain mukainen sairaanhoitokorvaus. Ulkomailla annetusta hoidosta maksettaisiin potilaalle alhaisempi korvaus kuin Suomen julkisessa terveydenhuollossa annetusta hoidosta, jonka potilas saa asiakasmaksulla.

Suomessa tarjolla olevien yksityisten terveydenhuollon palvelujen kysyntä voi vähentyä jonkin verran, jos terveydenhuollon palvelujen käyttö toisissa EU- tai ETA-valtioissa tai Sveitsissä lisääntyy merkittävästi ihmisten yleisen liikkuvuuden kasvaessa. Myös ulkomaisten palvelujen yhä laajeneva tarjonta vaikuttanevat kuluttajakäyttäytymiseen. Kasvupotentiaalia on edelleen etenkin Virossa ja muualla Baltiassa.

Ulkomailla asuvien henkilöiden keskuudessa saattaa myös potilasdirektiivin myötä olla jonkin verran kasvavaa kiinnostusta hakeutua terveydenhuollon palveluiden käyttäjiksi Suomeen. Tällöin yksittäisten terveydenhuollon palveluntarjoajien kysyntä voi myös kasvaa, jos ne saavat ulkomaisia asiakkaita esimerkiksi korkealaatuisiin erikoispalveluihin. Lisääntynyttä kiinnostusta yksityisen terveydenhuollon palvelutarjontaan voi ilmetä myös EU- ja ETA-valtioiden ja Sveitsin ulkopuolisista valtioista.

7 Asian valmistelu

Rajat ylittävän terveydenhuollon ohjausryhmä

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti toukokuussa 2011 rajat ylittävän terveydenhuollon ohjausryhmän, jonka tehtävänä on koordinoida ja valmistella potilasdirektiivin toimeenpano sekä EU-asetuksen 883/2004 edellyttämät vakuutuslainsäädännön muutokset. Ohjausryhmässä ovat olleet edustettuina sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi valtiovarainministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö, Kansaneläkelaitos, THL, Valvira, Suomen Kuntaliitto, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Helsingin terveyskeskus, Lääkäripalveluyritykset ry ja Sosiaali- ja Terveysjärjestöjen Yhteistyöyhdistys Yty ry (1 päivästä tammikuuta 2012 alkaen SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry).

Ohjausryhmän alaisuudessa on toiminut pysyviä ja määräaikaisia 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.

Lausunnot rajat ylittävän terveydenhuollon arviomuistiosta

Sosiaali- ja terveysministeriö pyysi 14 päivänä helmikuuta 2013 lausuntoja rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevasta ohjausryhmän arviomuistiosta, jossa esiteltiin erilaisia vaihtoehtoja potilasdirektiivin toimeenpanemiseksi Suomessa. Lausuntoa arviomuistioon pyydettiin kaikkiaan 82 viranomaiselta ja yhteisöltä, näiden joukossa ministeriöitä, sosiaali- ja terveysalan laitoksia, valvontaviranomaisia, kuntia ja sairaanhoitopiirejä, yliopistoja, etujärjestöjä sekä kansalaisjärjestöjä. Lausunnot saatiin kaikkiaan 55 taholta.

Lausunnon antoivat pyydetyistä tahoista oikeusministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö, valtiovarainministeriö, Ahvenanmaan maakuntahallitus, Etelä-Suomen, Lapin ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastot, Suomen Kuntaliitto, Helsingin, Jämsän, Oulun, Tornion ja Vantaan kaupungit, Etelä-Karjalan, Etelä-Savon, Helsingin ja Uudenmaan, Kainuun, Keski-Pohjanmaan, Keski-Suomen, Länsi-Pohjan, Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon, Satakunnan, Vaasan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirit, Helsingin yliopisto, Itä-Suomen yliopisto, Kansaneläkelaitos, Valvira, THL, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, Lääkäripalveluyritykset ry, Terveyspalvelualan Liitto ry, Suomen Lääkäriliitto ry, Suomen Hammaslääkäriliitto ry, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Tehy ry, Elinkeinoelämän keskusliitto EK, Kuntatyönantajat KT, Suomen Yrittäjät ry, Suomen ammattiliittojen keskusjärjestö SAK, Akava ry, SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry ja Suomen Potilasliitto ry.

Lausunnot vaihtelivat sisällöltään ja laajuudeltaan. Osa lausujista keskittyi vain jo-

honkin tiettyyn rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvään osakysymykseen. Kaiken kaikkiaan lausunnoissa esitettiin paljon keskenään eriäviä kantoja. Yleisesti ottaen lausunnoissa suhtauduttiin myönteisesti rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevaan uuteen sääntelyyn. Kustannusten korvaamisen mallien osalta lausunnoissa huomioitiin, että korvausmallien vaikutusten tarkastelu on riippuvainen tarkastelunäkökulmasta eli katsotaanko asiaa yhdenvertaisuuden, potilaan korvauksen määrän, terveydenhuollon palvelurakenteen, taloudellisten vaikutusten, kustannusvastuun tai esimerkiksi elinkeinopoliittisten tai terveyspoliittisten tavoitteiden näkökulmasta. Omavastuuosuusmallin nähtiin yleisesti vastaavan parhaimmalla tavalla direktiivin vaatimukseen potilaan valinnanvapauden lisäämisestä, mutta toisaalta kiinnitettiin huomiota omavastuuosuusmallin ja sekamallien hallintokustannuksiin, elinkeinopoliittisiin vaikutuksiin ja kannusteongelmiin. Sairausvakuutusmallin etuina nähtiin olemassa olevat hallintorakenteet, selkeys ja taloudellisuus, vaikka se ei tosiasiassa lisäisi potilaan valinnanvapautta. Sairausvakuutusmallin todettiin myös antavan lisäaikaa kansallisen järjestelmän sopeuttamiseen.

Esityksen valmistelu

Esitys on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriössä. Esityksestä pyydettiin lausunnot seuraavilta tahoilta: oikeusministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö, valtioneuvoston kanslia, valtiovarainministeriö, Ahvenanmaan maakuntahallitus, aluehallintovirastot, Espoon kaupunki, Helsingin kaupunki, Imatran kaupunki, Jyväskylän kaupunki, Jämsän kaupunki, Kangasalan kunta, Kiteen kaupunki, Kittilän kunta, Kruunupyyn kunta, Nurmijärven kunta, Närpiön kunta, Oulun kaupunki, Paraisten kunta, Pietarsaaren kaupunki, Raaseporin kaupunki, Rovaniemen kaupunki, Porvoon kaupunki, Tampereen kaupunki, Tornion kaupunki, Turun kaupunki, Utsjoen kunta, Vaasan kaupunki, Vantaan kaupunki, Varkauden kaupunki, Ylitornion kunta, sairaanhoitopiirit, Helsingin yliopisto, Itä-Suomen yliopisto, Suomen Kuntaliitto, Kansaneläkelaitos, Valvira, THL, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, Lääkäripalveluyritykset ry, Terveyspalvelualan Liitto ry, Terveys- ja Sosiaalialan Yrittäjät – TESO ry, Suomen Lääkäriliitto ry, Suomen Hammaslääkäriliitto ry, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Tehy ry, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto ry, Elinkeinoelämän keskusliitto EK, Kuntatyönantajat KT, Suomen Yrittäjät ry, Toimihenkilökeskusjärjestö STTK, Suomen ammattiliittojen keskusjärjestö SAK, Akava ry, SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry ja Suomen Potilasliitto ry.

Lausunnoissa kiinnitettiin huomiota…

Esitys on ollut tarkastettavana oikeusministeriön tarkastustoimistossa.

Lakiehdotus on käsitelty kunnallistalouden- ja hallinnon neuvottelukunnassa.

8 Riippuvuus muista esityksistä

Esitys liittyy valtion vuoden 2014 talousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä.

Lääkemääräysten vastavuoroista tunnustamista koskevien potilasdirektiivin säännösten edellyttämät lainsäädäntömuutokset tehdään lääkelakiin erillisellä hallituksen esityksellä.

Sisäasiainministeriössä valmistellaan ns. yhdistelmälupadirektiivin voimaan saattamisen edellyttämiä lainmuutoksia. Siinä yhteydessä ehdotetaan muutettavaksi muun muassa kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolakeja direktiivin nojalla Suomeen tulevien henkilöiden julkisen terveydenhuollon palvelujen saannin turvaamiseksi.

YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT

1 Lakiehdotusten perustelut

1.1 Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta

1 luku. **Yleiset säännökset**

1 §. *Lain tarkoitus ja suhde muuhun lainsäädäntöön.* Pykälän 1 momentissa määritellään lain tarkoitus. Laissa säädetään oikeudesta käyttää rajat ylittävän terveydenhuollon palveluja ja niistä aiheutuneiden kustannusten korvaamisesta sekä rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvistä hallinnollisista menettelyistä ja toisessa EU-valtiossa vakuutetun henkilön oikeudesta saada terveydenhuollon palveluja Suomessa. Lailla saatetaan voimaan EU:n potilasdirektiivin edellyttämät kansalliset säännökset.

Pykälän 2 momentissa säädetään lain suhteesta muuhun lainsäädäntöön. Ehdotettu laki olisi rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskeva yleislaki, jota sovellettaisiin henkilön oikeuteen käyttää terveydenhuollon palveluja ja niistä aiheutuneiden kustannusten korvaamiseen sen lisäksi, mitä muualla laissa säädetään. Esimerkiksi tapaturmavakuutuslain (608/1948) ja liikennevakuutuslain (279/1959) säännöksillä on etusija tähän lakiin nähden. Lisäksi 3 momentissa huomioidaan, että potilasdirektiivi ja EU-asetukset 883/2004 ja 987/2009 muodostavat rinnakkain sovellettavat rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevat säännöstöt. EU-asetukset ovat Suomessa suoraan sovellettavaa oikeutta, ja niiden säännökset tulee huomioida tämän lain säännösten rinnalla. Potilasdirektiivin lähtökohtana on, että potilaan tulisi mahdollisuuksien mukaan voida valita sovellettavaksi hänen kannaltaan edullisempi säännöstö tilanteessa, jossa sekä potilasdirektiivi että EU-asetukset soveltuvat. Käytännössä potilas ei kuitenkaan usein liene tietoinen siitä, mikä vaihtoehto hänen kannaltaan on edullisin. Perustettavan rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspisteen ja Kansaneläkelaitoksen tulee tarjota potilaalle tietoa, jonka perusteella potilas voi valita, mitä säännöstöä haluaa tilanteessaan sovellettavan. Jos potilas ei ilmaise kantaansa sovellettavaan säännöstöön, sovelletaan ensisijaisesti EU-asetuksia aina, kun ne soveltuvat käsillä olevaan tilanteeseen. Tätä voidaan pitää perusteltuna, koska EU-asetusten säännökset ovat lähes poikkeuksetta potilaan kannalta edullisemmat kuin potilasdirektiivin, joka tällä lailla toimeenpannaan. EU-asetusten soveltamisessa pääsääntö on, että potilas maksaa hoidosta saman asiakasmaksun kuin hoitoa antavassa valtiossa vakuutetut henkilöt vastaavassa tilanteessa. Tällöin potilaan ei tarvitse itse maksaa hoidon todellisia kustannuksia. Monissa valtioissa myös potilaan maksettavaksi jäävä asiakasmaksu on pienempi kuin Suomessa julkisessa terveydenhuollossa perittävä asiakasmaksu.

Pykälän 3 momentti sisältää yleissäännöksen, jonka mukaan ehdotetun lain säännöksiä, joissa viitataan EU-valtioon tai EU-valtiossa vakuutettuun henkilöön, sovelletaan vastaavasti Euroopan talousalueeseen kuuluvaan valtioon (Norja, Islanti ja Liechtenstein) ja Sveitsiin sekä näissä valtioissa vakuutettuihin henkilöihin. Potilasdirektiiviä ei todennäköisesti vielä 25 päivästä lokakuuta 2013 alkaen sovelleta ETA-valtioissa eikä Sveitsissä toisin kuin EU-asetuksia 883/2004 ja 987/2009. Tämän lain säännöksiä on kuitenkin perusteltua soveltaa myös ETA-valtioihin ja Sveitsiin, jotta potilasdirektiivin ja EU-asetusten rinnakkaiseen soveltamiseen perustuvat kustannusten korvaamisen periaatteet muodostaisivat potilaiden kannalta helpommin ennakoitavan ja ymmärrettävän kokonaisuuden. Potilaiden yhdenvertaisuuden turvaaminen myös edellyttää, että tässä laissa asetettavat rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevat tiedonanto- ja neuvontavelvoitteet koskevat myös ETA-valtioissa ja Sveitsissä annettavia terveydenhuollon palveluja. Todennäköistä myös on, että ainakin ETA-valtiot tulevat saattamaan voimaan potilasdirektiivin säännökset lähivuosien aikana, mahdollisesti jo vuonna 2014. 3 momen-

tin mukaan edellä sanotusta poiketen tämän lain 6 §:n säännöksiä oikeudesta terveydenhuollon palveluihin Suomessa ei kuitenkaan sovellettaisi ETA-valtioissa tai Sveitsissä vakuutettuihin henkilöihin.

2 §. *Henkilöllinen soveltamisala.* Pykälässä säädetään lain soveltamisalaan kuuluvasta henkilöpiiristä. Pykälän 1 kohdan mukaan lakia sovelletaan Suomessa kotikunnan omaavaan tai Suomessa sairausvakuutettuun henkilöön, joka hakee tai on jo saanut terveydenhuollon palveluja muussa EU-valtiossa kuin Suomessa.

Pykälän 2 kohdan mukaan lakia sovelletaan EU-valtion kansalaiseen, kansalaisuudettomaan ja valtiottomaan henkilöön sekä pakolaiseen, joka EU-asetuksen 883/2004 säännösten perusteella kuuluu Suomen lainsäädännön piiriin, sekä sanottujen henkilöiden perheenjäseniin ja edunsaajiin. Säännös perustuu potilasdirektiivin 3 artiklan b) kohdan alakohtaan i, jossa potilasdirektiivin henkilöllinen soveltamisala (vakuutetun määritelmä) rinnastetaan EU-asetuksen 883/2004 henkilölliseen soveltamisalaan. EU-asetuksen 883/2004 sovellettavaa lainsäädäntöä koskevien säännösten mukaisesti henkilö kuuluu ensisijaisesti työskentelyvaltionsa sosiaaliturvan piirin. Jos henkilö ei ole työssä, henkilön sosiaaliturvaoikeudet perustuvat asuinvaltion lainsäädäntöön. Siten EU-asetuksen 883/2004 perusteella Suomen sosiaaliturvan piiriin kuuluvat myös sellaiset Suomessa työskentelynsä perusteella työeläke- tai sairausvakuutetut henkilöt, jotka eivät asu Suomessa. Tällainen henkilö on esimerkiksi rajatyöntekijänä Suomessa sairausvakuutettu henkilö, joka asuu pysyvästi Virossa ja jolla ei siten ole Suomessa kotikuntaa, mutta jonka sosiaaliturvaetuuksista ja sairaanhoitokustannuksista Suomi vastaa EU-asetuksen 883/2004 perusteella.

Lakia sovelletaan myös muun kuin EU-valtion kansalaiseen silloin, kun kyseiseen henkilöön sovelletaan Euroopan parlamentin ja neuvoston asetusta (EU) N:o 1231/2010 EU-asetuksen 883/2004 ja EU-asetuksen 987/2009 ulottamisesta koskemaan niitä kolmansien maiden kansalaisia, joita nämä asetukset eivät yksinomaan heidän kansalaisuutensa vuoksi vielä koske tai kun tällaisella kolmannen valtion kansalaisella on kansallisen lainsäädännön perusteella oikeus terveydenhuollon palvelujen saamiseen Suomessa. Lisäksi tätä lakia sovelletaan EU-asetuksen 883/2004 mukaisesti myös näiden kolmansien valtioiden kansalaisten perheenjäseniin, jotka oleskelevat tai asuvat EU-valtiossa. Säännös perustuu potilasdirektiivin 3 artiklan b) kohdan alakohtaan ii.

3 §. *Soveltamisalan rajoitukset.* Pykälä sisältää luettelon lain soveltamisalan ulkopuolelle jäävistä terveydenhuollon osa-alueista tai muista kokonaisuuksista. Luettelon kohdat 1-3 perustuvat potilasdirektiivin 1 artiklan 3 kohtaan. 1 kohdan mukaan lakia ei sovelleta sellaisiin pitkäaikaishoitopalveluihin, joiden tarkoituksena on tavanomaisissa päivittäisissä toiminnoissa apua tarvitsevien henkilöiden tukeminen. Tällaisilla palveluilla tarkoitetaan lähinnä sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaista laitoshuoltoa, kotipalvelua ja asumispalvelua, kuten tuki- ja palveluasumista ja tehostettua palveluasumista sekä vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain (380/1987) mukaista palveluasumista, joihin ei sisälly terveyden- ja sairaanhoitoa. Jos asumis- tai hoivapalveluiden yhteydessä tarjotaan terveydenhuoltopalveluja, ne ovat kuitenkin tämän lain soveltamisalan piirissä.

Pykälän 2 kohta sulkee soveltamisalan piiristä elinsiirtoja varten tapahtuvat elinten luovutukset ja elinten saatavuuden. Tätä on pidettävä perusteltuna elinsiirtotoiminnan erityisluonteen vuoksi. Potilasdirektiivi ei siten koske tilannetta, jossa henkilö hakeutuu toiseen EU-valtioon tarkoituksenaan päästä elinsiirtojonoon. Sen sijaan varsinaisen elinsiirron suorittamiseen sovelletaan potilasdirektiiviä ja tätä lakia. Näin ollen esimerkiksi tilanteet, joissa potilas saa elinsiirteen lähipiiriinsä kuuluvalta elävältä luovuttajalta ja operaatio tehdään muussa kuin potilaan kotimaassa, ovat lain soveltamisalan piirissä.

Pykälän 3 kohdan mukaan lakia ei sovelleta tartuntatauteja vastaan toteutettaviin kansallisiin rokotusohjelmiin, joilla suojataan väestön terveyttä jonkin jäsenvaltion alueella. Tartuntatautilain (583/1986) 11 §:n perusteella annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa 421/2004 säädetään Suomessa toteutettavasta kansallisesta rokotusohjelmasta, jota tämä laki ei siis koskisi.

Pykälän 4 kohdassa suljetaan lain soveltamisalasta työterveyshuoltolaissa tarkoitettu työterveyshuolto. Suomalainen työterveyshuoltojärjestelmä on erityinen työnantajan, työntekijän ja palveluntarjoajan välinen lakisääteinen järjestely. Työnantaja on velvollinen järjestämään työntekijöilleen ehkäisevän työterveyshuollon palvelut. Työterveyshuoltolakia sovelletaan työhön, jota koskee työturvallisuuslaki ja jota tehdään Suomessa. Työnantaja voi järjestää työterveyshuollon palvelut itse tai ostaa ne terveyskeskuksesta, yksityiseltä lääkäriasemalta tai muulta palveluntuottajalta. Työnantajalla on oltava työterveyshuollon palveluntuottajan kanssa yhteistyössä laadittu kirjallinen sopimus sekä toimintasuunnitelma työterveyshuollon järjestämisestä. Työntekijä voi siitä huolimatta, että työnantaja on järjestänyt osana työterveyshuoltoa myös sairaanhoitopalveluja, direktiivin perusteella hakeutua missä vaiheessa tahansa rajat ylittävään hoitoon, mutta tällöin vastuu hoidosta ei ole enää työterveyshuollolla.

Pykälän 5 kohdassa suljetaan lain soveltamisalasta terveydenhuoltolaissa tarkoitettu koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Terveydenhuoltolain 16 §:n mukaan kunnan on järjestettävä kouluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien perusopetusta antavien oppilaitosten oppilaille. Kouluterveydenhuoltoon kuuluu myös oppilaan työelämään tutustuttamisen aikainen terveydenhuolto. Kouluterveydenhuolto on osa perusopetuslain (628/1998) 31 a §:n 2 momentin mukaisia oppilashuollon palveluja. Kunnan perusterveydenhuollosta vastaavan viranomaisen on osallistuttava perusopetuslain 15 §:n mukaisen opetussuunnitelman laatimiseen siltä osin kuin se koskee oppilashuoltoa sekä oppilaitoksen ja kodin välistä yhteistyötä. Terveydenhuoltolain 17 §:n mukaan 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 toiminnallisena 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. Soveltamisalan rajauksella on tarkoitus tehdä selväksi, ettei potilas voi hakea koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja ulkomailta esimerkiksi YTHS:n kustannuksella. Koululainen tai opiskelija voi kuitenkin lähteä hakemaan hoitoa ulkomailta direktiivin perusperiaatteiden mukaisesti siinä missä kuka tahansa muukin, mutta tällöin vastuu hoidosta tai aiheutuneiden kustannusten korvaamisesta ei ole kouluja opiskeluterveydenhuollon organisaatiolla.

4 §. *Määritelmät.* Pykälässä määritellään eräät laissa käytetyt käsitteet. Pykälän 1 kohdan mukaan potilasdirektiivillä tarkoitetaan Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviä 2011/24/EU potilaan oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Pykälän 2 ja 3 kohdassa määritellään EU-asetus 883/2004 ja EU-asetus 987/2009, jotka viittaavat Euroopan parlamentin ja neuvoston 2004 ja 2009 antamiin asetuksiin sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta.

Pykälän 4 kohdan mukaan sosiaaliturvasopimuksilla tarkoitetaan Suomen tekemiä sopimuksia, jotka sisältävät sairaanhoidon saamista tai sairaanhoitokustannusten korvaamista koskevia määräyksiä. Näitä ovat tällä hetkellä Australian ja Suomen välinen sairaanhoitosopimus (SopS 61—62/1993), Quebecin ja Suomen välinen sosiaaliturvasopimusjärjestely (SopS 5—6/1998), Chilen ja Suomen sopimus sosiaaliturvasta (SopS 97—98/2007), Israelin ja Suomen sopimus sosiaaliturvasta (SopS 89—90/1999) sekä Pohjoismainen sosiaaliturvasopimus (SopS 136/2004).

Pykälän 5 kohdan mukaan terveydenhuollon palvelulla tarkoitetaan tässä laissa potilaan terveydentilan määrittämiseksi tai hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä. Määritelmä vastaa potilaslain määritelmää terveyden- ja sairaanhoidosta.

Pykälän 6 kohdassa määritellään, että julkisella terveydenhuollolla tarkoitetaan terveydenhuoltolain 1 §:n 1 momentin perusteella kunnan järjestämisvastuulle kuuluvaa terveydenhuoltoa. Mainitun lainkohdan mukaan terveydenhuoltolakia sovelletaan kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa säädetyn kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön, jollei muussa laissa toisin säädetä. Terveydenhuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito.

Pykälän 7 kohdan mukaan rajat ylittävällä terveydenhuollolla tarkoitetaan sekä henkilön toisessa valtiossa saamaa terveydenhuollon palvelua että toisessa valtiossa aiheutunutta hoitokustannusta. Rajat ylittävän terveydenhuollon palvelun täytyy määritelmän mukaan olla annettu tai siitä aiheutuneen kustannuksen olla aiheutunut muualla kuin siinä valtiossa, joka EU-lainsäädännön, sosiaaliturvasopimusten tai tämän lain perusteella vastaa henkilön sairaanhoidon kustannuksista.

Pykälän 8 kohdassa määritellään toisessa EU-valtiossa vakuutettu henkilö, jolla tarkoitetaan EU-valtion kansalaista, kansalaisuudetonta ja valtiotonta henkilöä sekä pakolaista, joka EU-asetuksen 883/2004 sovellettavaa lainsäädäntöä koskevien säännösten perusteella kuuluu muun EU-valtion kuin Suomen lainsäädännön piiriin, sekä sanottujen henkilöiden perheenjäseniin ja edunsaajiin. Säännös perustuu potilasdirektiivin 3 artiklan b) kohdan alakohtaan i, jossa potilasdirektiivin henkilöllinen soveltamisala (vakuutetun määritelmä) rinnastetaan EU-asetuksen 883/2004 henkilölliseen soveltamisalaan. Lakia sovelletaan myös muun kuin EU-valtion kansalaiseen silloin, kun kyseiseen henkilöön sovelletaan Euroopan parlamentin ja neuvoston asetusta (EU) N:o 1231/2010 EU-asetuksen 883/2004 ja EU-asetuksen 987/2009 ulottamisesta koskemaan niitä kolmansien maiden kansalaisia, joita nämä asetukset eivät yksinomaan heidän kansalaisuutensa vuoksi vielä koske. Lisäksi tätä lakia sovelletaan EU-asetuksen 883/2004 mukaisesti myös näiden kolmansien valtioiden kansalaisten perheenjäseniin, jotka oleskelevat tai asuvat EU-valtiossa. Säännös perustuu potilasdirektiivin 3 artiklan b) kohdan alakohtaan ii.

Pykälän 9 kohdan mukaan kotikunnalla tarkoitetaan kotikuntalain 2 luvun 2 §:ssä tarkoitettua kuntaa. Kotikuntalain mainitussa säännöksessä henkilön kotikunnan todetaan olevan eräin poikkeuksin se kunta, jossa henkilö asuu. Vastasyntyneen lapsen kotikuntana pidetään sitä kuntaa, jossa hänen äidillään on kotikunta lapsen syntyessä. Jos henkilöllä on käytössään useampia asuntoja tai jos hänellä ei ole käytössään asuntoa lainkaan, hänen kotikuntansa on säännöksen mukaan se kunta, jota hän perhesuhteidensa, toimeentulonsa tai muiden vastaavien seikkojen johdosta itse pitää kotikuntanaan ja johon hänellä edellä mainittujen seikkojen perusteella on kiinteä yhteys. Jos henkilön omaa käsitystä kotikunnastaan ei voida selvittää, hänen kotikuntansa on sanotun pykälän 3 momentin perusteella se kunta, johon hänellä on katsottava olevan kiintein yhteys asumisensa, perhesuhteidensa, toimeentulonsa ja muiden vastaavien seikkojen johdosta.

2 luku. Oikeus rajat ylittävän terveydenhuollon palveluihin

5 §. *Ulkomailla annettavat palvelut.* Pykälässä todetaan, että tämän lain soveltamisalan piiriin kuuluvilla henkilöillä eli sekä Suomessa asuvilla että Suomen sosiaaliturvan piiriin EU-lainsäädännön perusteella kuuluvilla henkilöillä on oikeus hakeutua hoitoon ulkomaille saadakseen terveydenhuollon palveluja. Säännös ei sinänsä luo uutta oikeutta Suomessa asuville, koska henkilöillä on muutoinkin oikeus matkustaa ulkomaille ja hakeutua siellä haluamiensa terveydenhuollon palvelujen piiriin. Oikeudet kuitenkin täsmentyvät 9 §:ssä säädettävän hoidon korvattavuuden myötä.

Pykälässä todetaan lisäksi, että ulkomailla saaduista terveydenhuollon palveluista aiheutuvista kustannuksista säädetään jäljempänä. Potilas voi saada korvauksen siten kuin tässä laissa ja sairausvakuutuslaissa (1224/2004) säädetään.

6 §. *Oikeus käyttää terveydenhuollon palveluja Suomessa.* Pykälässä säädetään muu-

alla kuin Suomessa vakuutetun tai vakituisesti asuvan oikeudesta saada terveydenhuollon palveluja Suomessa. Säännöksen perusteella toisessa EU-valtiossa vakuutetulla henkilöllä on oikeus saada julkisen terveydenhuollon palveluja syrjimättömästi ja samoin perustein kuin Suomessa asuvien. Tämän mukaisesti hoitoon oton perusteet ja myös hoitoon oton määräajat (hoitotakuu) ovat samat kuin Suomessa asuvilla. Siten esimerkiksi ulkomailta Suomen julkiseen erikoissairaanhoitoon hakeutuvalta henkilöltä edellytetään lähetettä, jonka perusteella henkilö otetaan hoidon tarpeen arviointiin samassa määräajassa kuin vastaavan lähetteen saanut Suomessa asuva henkilö. Ulkomailla kirjoitettu lähete katsotaan riittäväksi, jos se on sisällöltään sellainen, että sen perusteella voidaan arvioida potilaan hoidontarve. Lähetteen käsittelyyn sovelletaan terveydenhuoltolain 6 §:n säännöksiä terveydenhuoltopalveluissa käytettävästä kielestä. Tutkimusten perusteella tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää vastaavassa määräajassa kuin se järjestettäisiin Suomessa asuvalle. Ulkomailta hoitoon tuleva ei voi vaatia tai ole oikeutettu saamaan hoitoa nopeammassa aikataulussa kuin Suomesta hoitoon tuleva, mutta toisaalta ei myöskään hitaammin.

Säännös rajaa julkisen terveydenhuollon velvoitteen vain niihin palveluihin, joita se muutoinkin järjestää. Näin ollen julkisella terveydenhuollolla ei ole velvollisuutta järjestää toisessa EU-valtiossa vakuutetulle henkilölle sellaisia terveydenhuollon palveluja, jotka eivät kuulu suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Tällaisia ovat esimerkiksi homeopaattiset hoidot.

Pykälän 2 momentissa todetaan, että yksityisen terveydenhuollon velvollisuus antaa palveluja toisista EU-valtioista tuleville potilaille ilman syrjintää perustuu yhdenvertaisuuslakiin. Jos yksityisen terveydenhuollon toimintayksikön toiminta on kohdistunut vain tietyn tyyppisiin sairauksiin tai potilasryhmiin, voidaan vastaavaa kriteeristöä soveltaa myös ulkomailta tuleviin. Yhdenvertaisuuslaki asettaa velvoitteita myös yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajille, joiden on kohdeltava toisista EU-valtioista hoitoon tulevia vakuutettuja henkilöitä samoin perustein kuin Suomessa asuvia henkilöitä.

Pykälä perustuu potilasdirektiivin 4 artiklan 3 kohdan alakohtaan 1. Pykälää ei sovelleta Sveitsissä tai muissa ETA-valtioissa kuin EU-valtiossa vakuutettuihin henkilöihin. Rajoitus johtuu siitä, että potilasdirektiivin säännökset eivät ole voimassa Sveitsissä, Norjassa, Islannissa ja Liechtensteinissa tämän lain voimaan tullessa. Muilta osin on kuitenkin katsottu tarkoituksenmukaiseksi soveltaa tämän lain säännöksiä Sveitsiin ja kaikkiin ETA-valtioihin, koska ne soveltavat myös EU-asetuksia 883/2004 ja 987/2009.

7 §. *Hoitoon ottamisen rajoittaminen.* Pykälän 1 momentin perusteella toisessa EU-valtiossa vakuutettujen henkilöiden pääsyä julkisen terveydenhuollon palveluihin voidaan rajoittaa, jos se on välttämätöntä Suomessa asuvien henkilöiden terveydenhuollon palvelujen turvaamiseksi. Rajoitus voi olla ainoastaan määräaikainen ja voimassa kerrallaan enintään 12 kuukauden ajan. Rajoituksen tulee koskea vain sitä osaa terveydenhuollon toimintayksikön toiminnasta, jonka osalta peruste rajoittamiselle on olemassa, esimerkiksi vain tiettyä lääketieteen erikoisalaa. Rajoitusta voidaan käyttää esimerkiksi tilanteessa, jossa terveydenhuoltolain 51—53 §:ssä tarkoittamat hoitotakuun määräajat ovat ylittyneet tai uhkaavat ylittyä.

Päätöksen hoitoon ottamisen rajoittamisesta tekisi palvelun järjestämisestä vastuussa oleva kunta tai kuntayhtymä oman toimintansa osalta. Terveyskeskusta ylläpitävä kunta tai kuntayhtymä päättäisi siten omaa toimintaansa koskevista rajoituksista ja vastaavasti sairaanhoitopiirin kuntayhtymä järjestämisvastuulleen kuuluvien erikoissairaanhoidon palvelujen rajoittamisesta. Vastaanoton rajoittamisessa on kyse hallintopäätöksestä, eikä se siten koske yksittäistä potilasta. Rajoituksen käyttöä valvovat alueellisesti aluehallintovirastot ja koko valtakunnan tasolla Valvira.

Rajoitukset on julkistettava etukäteen. Rajoituksen käyttöönotosta on 2 momentin perusteella ilmoitettava ilman viivytystä aluehallintovirastolle ja rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspisteelle.

Pykälä perustuu potilasdirektiivin 4 artiklan 3 kohdan alakohtaan 2. Hoitoon ottamisen rajoittaminen on mahdollista vain potilasdirektiivin soveltamistilanteissa Pykälää ei

sovelleta, jos hoitoa on annettava henkilölle EU-asetuksen 883/2004, sosiaaliturvasopimuksen tai muun kansainvälisen sopimuksen perusteella.

8 §. *Julkisen terveydenhuollon palveluista perittävät maksut.* Pykälässä säädetään, että toisessa EU-valtiossa vakuutetulta henkilöltä, joka tulee Suomen julkiseen terveydenhuoltoon hoitoon, voidaan periä maksu julkisen terveydenhuollon palveluista. Palvelusta perittävä maksu määräytyy asiakasmaksulain 1-3 §:n perusteella. Näiden säännösten perusteella hoidossa olleelta potilaalta saa periä palvelun tuottamisesta aihetuvan kustannuksen mukaisen maksun. Palvelun tuottamisesta aiheutuvista kustannuksista ei ole lainsäädännössä yksiselitteistä määritelmää. Eräissä laeissa on säännöksiä todellisia kustannuksia vastaavasta korvauksesta. Näin on esimerkiksi terveydenhuoltolain 58 §:ssä. Näitä vastaavia perusteita voidaan käyttää siten myös tilanteissa, joissa yksittäiseltä potilaalta saa periä todellisia kustannuksia vastaavan maksun. Käytännössä tämä tarkoittaa, että toisessa EU-valtiossa vakuutetulta henkilöltä, joka käyttää tämän lain perusteella julkisen terveydenhuollon palveluja, ei voida periä maksua, joka olisi suurempi kuin vastaavassa tilanteessa potilaan kotikunnalta perittävä maksu. Henkilöltä perittävä maksu voi olla erisuuruinen erilaisen hoidon tilanteissa, koska sen tulee vastata aiheutuneita hoitokustannuksia. Potilailta ei siten peritä samansuuruisia maksuja kaikissa tilanteissa, vaan maksut perustuvat aiheutuneisiin hoitokustannuksiin.

Jos henkilön oikeus julkisen terveydenhuollon palveluihin perustuu EU-asetukseen 883/2004, sosiaaliturvasopimukseen tai muuhun kansainväliseen sopimukseen, henkilöltä peritään kuitenkin asiakasmaksuna vain sama asiakasmaksu kuin kunnan asukkaalta. Toisessa EU-valtiossa vakuutetulta henkilöltä, joka käyttää Suomessa yksityisen terveydenhuollon palveluja, on perittävä maksu yhdenvertaisin perustein Suomessa asuviin potilaisiin nähden.

Pykälä perustuu potilasdirektiivin 4 artiklan 2 kohdan b) alakohtaan ja 4 artiklan 4 kohtaan.

3 luku. **Kustannusten korvaaminen**

9 §. *Oikeus korvaukseen EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelun kustannuksesta.* Pykälässä säädetään henkilön oikeudesta korvaukseen toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä annetun hoidon kustannuksista. Korvauksen maksamisen yleisenä edellytyksenä on, että hoitokustannukset liittyvät hoitoon, joka kuuluu terveydenhuoltolain 7 a §.ssä tarkoitettuun suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan eli jota annetaan Suomen julkisessa terveydenhuollossa ja jonka kustannuksia olisi korvattu sairausvakuutuksesta. Tämän lain perusteella ei korvata kustannuksia hoidoista, jotka eivät sisälly suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Toisaalta palveluvalikoiman tarkoituksena ei ole laajentaa sairausvakuutuslain mukaisia korvausperusteita.

Pykälän 1 momentissa säädetään kustannusten korvaamisesta tilanteessa, jossa henkilö varta vasten hakeutuu hoitoon toiseen EU- tai ETA-valtioon tai Sveitsiin. Tällöin henkilölle aiheutuneet kustannukset korvataan sairausvakuutuslain 3—5 luvun perusteella, jos henkilölle annettu hoito kuuluu suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan eikä henkilölle ole annettu tämän lain 13 §:ssä tarkoitettua EU-asetuksen 883/2004 mukaista lupaa tai 14 §:ssä tarkoitettua potilasdirektiivin mukaista lupaa hoitoon hakeutumiselle.

Pykälän 2 momentissa säädetään henkilön oikeudesta korvaukseen välttämättömän lääketieteellisen hoidon kustannuksista tilanteessa, jossa hän oleskelee tilapäisesti toisessa EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä. Henkilöllä on EU-asetuksen 883/2004 19 artiklan perusteella oikeus hoitoon hoidonantajavaltion asiakasmaksulla, jos hän joutuu lääketieteellisesti välttämättömän hoidon tarpeeseen toisessa EU-valtiossa tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä tilapäisen oleskelunsa aikana. Lääketieteellisesti välttämättömän hoidon tarve suhteutetaan oleskelun kestoon hoidonantajavaltiossa. Tilapäinen oleskelu on määritelty EU-asetuksen 883/2004 1 artiklan k kohdassa. EU-asetuksen 883/2004 19 artiklan soveltamistilanteessa tilapäisellä oleskelulla tarkoitetaan yleensä lyhytkestoista ulkomailla oleskelua ja yleensä enintään vuo-

den pituista oleskeluaikaa ulkomailla esimerkiksi loman tai vaihto-opiskelun vuoksi. Henkilö osoittaa EU-asetuksen 883/2004 19 artiklan mukaisen oikeutensa eurooppalaisella sairaanhoitokortilla tai sen väliaikaisesti korvaavalla todistuksella. Jos henkilö ei kuitenkaan saa hoitoa hoidonantajavaltion asiakasmaksulla ja hakee kustannuksista jälkikäteen korvausta Suomessa, henkilöllä on oikeus korvaukseen joko EU-asetuksen 987/2009 25 artiklan 5 kohdan mukaisesti hoidonantajavaltion lainsäädännön tai tämän lain perusteella.

Korvauksen saaminen tämän lain mukaisesti edellyttää, että henkilö on maksanut terveydenhuollon palvelusta aiheutuneet kustannukset. Henkilöllä ei siten 2 momentin perusteella ole oikeutta korvaukseen, jos hän on saanut hoidon hoidonantajavaltiossa EU-asetuksen 883/2004 17, 19 tai 20 artiklan mukaisesti hoidonantajavaltion asiakasmaksulla. Henkilöllä ei myöskään ole oikeutta saada korvausta, jos hän asuu EU-asetuksen 883/2004 17 artiklan mukaisesti muussa valtiossa kuin sairaanhoitokustannuksista vastuussa olevassa toimivaltaisessa valtiossa. Tällöin henkilö on rekisteröitynyt asuinvaltiossaan ja hänellä on oikeus käyttää siellä terveydenhuollon palveluja kuten siinä valtiossa vakuutetut henkilöt. Siten henkilön tilanne on EU-asetuksen 883/2004 17 artiklan soveltamistilanteissa asuinvaltiossa rinnastettavissa Suomessa asuviin henkilöihin. Tämä tarkoittaa esimerkiksi, että Suomesta Saksaan viiden vuoden ajaksi lähetetyllä työntekijällä, jonka katsotaan kansallisen lainsäädännön mukaisesti asuvan pysyvästi Suomessa ja asuvan vain tilapäisesti Saksassa, on oikeus EU-asetuksen 883/2004 17 artiklan mukaisesti saamaan kaiken tarvitsemansa sairaanhoidon Saksassa kuten Saksassa asuvat ja vakuutetut henkilöt. Tällaisen sairaanhoidon kustannuksista lähetetty työntekijä maksaa saman asiakasmaksun kuin vastaavaa hoitoa saava saksalaisvakuutettu. Jos lähetetty työntekijä hakeutuisi käyttämään Saksassa muita palveluja kuin niitä, joiden piiriin hän on EU-asetuksen 883/2004 17 artiklan mukaisesti rekisteröitynyt, hänellä on oikeus saada näistä kustannuksista 1 momentin mukaisesti sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksen.

Pykälän 3 momentissa säädetään potilaalle maksettavan korvauksen tasosta 2 momentissa tarkoitetussa äkillisen sairastumisen tilanteessa annetun hoidon osalta. Kustannukset korvataan henkilölle aiheutuneiden todellisten hoitokustannusten perusteella, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaavan hoidon antamisesta olisi aiheutunut henkilön kotikunnassa. Vastaavan hoidon kustannuksella tarkoitetaan sitä kustannusta, jonka julkinen terveydenhuolto laskuttaa terveydenhuoltolain 58 §:n perusteella toisesta kunnasta tulevan henkilön kotikunnalta. Korvauksesta vähennetään henkilön Suomessa vastaavasta hoidosta maksettavaksi jäävä asiakasmaksu.

Jos ulkomailla sairastuneella henkilöllä ei ole kotikuntaa, pykälän 4 momentin perusteella vastaavan hoidon kustannuksena käytetään Helsingin kaupungin toisen kunnan asukkaalle antamasta hoidosta potilaan kotikunnalta perimää kustannusta. Säännöksen perusteella Helsingin kaupunki ei kuitenkaan joudu vastaamaan korvausten kustannuksista. Kotikunnattoman henkilön korvausten kustannuksista vastaa jäljempänä säädettävän 22 §:n perusteella valtio.

10 §. *Oikeus korvaukseen muussa kuin EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelun kustannuksesta.* Pykälän perusteella henkilölle muussa kuin EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä annetun terveydenhuollon palvelun kustannukset korvataan sairausvakuutuslain mukaisesti. Sairausvakuutuslain 2 luvun 6 §:n perusteella muualla kuin EU- tai ETA-valtiossa tai Sveitsissä syntyneet sairaanhoitokustannukset korvataan, jos Suomessa sairausvakuutettu potilas on ulkomailla ollessaan sairastunut tai joutunut raskauden tai synnytyksen vuoksi sairaanhoidon tarpeeseen matkalla ollessaan. Korvaus koskee myös tilanteita, joissa potilas tarvitsee matkalla ollessaan hoitoa pitkäaikaissairauteensa.

Kun henkilön oikeus korvaukseen muussa kuin EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelun kustannuksesta perustuu Suomen lainsäädäntöön, korvauksen saaminen edellyttää, että annettu hoito kuuluu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan.

Sairausvakuutuslain perusteella Suomessa sairausvakuutetulla henkilöllä ei ole oikeutta

korvauksiin kustannuksista, jos henkilö on varta vasten hakeutunut hoitoon muualle kuin EU- tai ETA-valtioon tai Sveitsiin.

11 §. *Matkakustannusten korvaaminen.* Pykälän 1 momentissa todetaan, että henkilölle korvataan toisessa EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelun käyttämisestä aiheutuneet matkakustannukset sairausvakuutuslain 4 luvun perusteella. Sairausvakuutuslain mukaan henkilölle sairauden hoidon vuoksi aiheutuneet matkakustannukset korvataan pääsääntöisesti lähimpään hoitopaikkaan. Jos henkilölle on kuitenkin myönnetty 13 tai 14 §:ssä tarkoitettu lupa saada hoitoa asuinvaltion ulkopuolella, potilaalle ja tämän saattajalle aiheutuneet matkakustannukset korvataan luvassa määriteltyyn hoitopaikkaan saakka.

Pykälän 2 momentin mukaan muussa kuin EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelun käytöstä aiheutuneita matkakustannuksia ei korvata. Kuitenkin ulkomailla sairastuneen ja sieltä Suomeen kuljetetun henkilön matka korvataan sairausvakuutuslain perusteella tarpeellisena pidettävän matkustustavan mukaan kotimaan lentoasemalta, satamasta tai valtakunnan rajalta kotipaikkakunnan sairaalaan asti edellyttäen, että erityiskulkuneuvon käyttö on lääkärin arvion mukaan tarpeellinen.

12 §. *Korvauksen hakeminen, määrän vahvistaminen ja maksaminen.* Pykälässä säädetään korvauksen hakemisesta, korvauksen määrän vahvistamisesta ja korvauksen maksamisesta.

Pykälän 1 momentin perusteella korvauksen hakemiseen ja maksamiseen sovellettaisiin sairausvakuutuslain 15 luvun säännöksiä. Näin ollen tämän lain mukaisen korvauksen hakemiseen sovellettaisiin sairausvakuutuslain säännöksiä korvauksen hakemisesta ja potilaan tiedonantovelvollisuudesta, määräajoista, korvauksien maksamisesta, tutkimukseen määräämisestä ja takaisinperinnästä. Sairausvakuutuslain perusteella etuutta on haettava kirjallisesti Kansaneläkelaitokselta kuuden kuukauden kuluessa maksun suorittamisesta. Hakijan on annettava Kansaneläkelaitokselle korvauksen myöntämiseksi ja maksamiseksi tarvittavat tiedot. Korvaus voidaan myöntää kokonaan tai osittain, vaikka sitä ei olisi haettu määräajassa, jos korvauksen epääminen myöhästymisen vuoksi olisi kohtuutonta. Korvaukset maksetaan hakijan ilmoittamalle tilille Suomessa toimivaan rahalaitokseen.

Pykälän 2 momentin perusteella tämän lain mukaisen korvauksen määrän vahvistamiseksi Kansaneläkelaitos tiedustelisi potilaan kotikunnalta, mikä vastaavan terveydenhuollon palvelun kustannus olisi ollut potilaan kotikunnassa.

13 §. *Lupa saada asianmukaista hoitoa asuinvaltion ulkopuolella.* Pykälässä säädetään henkilön oikeudesta saada EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukainen lupa saada hoitoa asuinvaltion ulkopuolella. Säännös vastaa nykyisin voimassa olevan sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain (352/2010) 14 §:ää, joka tämän lain voimaan tullessa kumotaan. Henkilö voi jättää hakemuksen Kansaneläkelaitokselle. Lupa on luonteeltaan maksusitoumus luvan mukaisten hoitokustannusten korvaamiseen siten, että luvan saanut henkilö maksaa hoidosta vain hoidonantajavaltion asiakasmaksun ja Kansaneläkelaitos vastaa aiheutuneiden hoitokustannusten korvaamisesta tämän lain 9 §:n mukaisesti.

EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan 2 kohdan lähtökohtana on, että henkilölle on hakemuksesta annettava lupa saada hoitoa muualla kuin asuinvaltiossaan. Lupa on annettava, jos kyseinen hoito kuuluu potilaan asuinvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin ja jos potilaalle ei voida antaa tällaista hoitoa lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa, ottaen huomioon potilaan senhetkinen terveydentila ja sairauden todennäköinen kulku. Lupa voidaan antaa, vaikka EU-asetuksen 883/2004 20 artiklassa säädetyt edellytykset eivät täyttyisi. Käytännössä voi olla esimerkiksi kielellistä, kulttuurisista tai palvelujen hinnoitteluun liittyvistä syistä tarkoituksenmukaista antaa henkilölle lupa saada hoitoa toisessa EU-valtiossa, vaikka lupaa ei kyseisessä tilanteessa olisikaan pakko myöntää. Näin voi olla esimerkiksi tilanteessa, jossa henkilö toivoo pääsevänsä hoitoon valtioon, josta hän alun perin on kotoisin tai johon hänellä on muuten läheiset yhteydet.

Pykälän 2 momentin perusteella Kansaneläkelaitoksen on hankittava ennen luvan myöntämistä henkilön hoidosta vastuussa olevalta julkiselta terveydenhuollon toimintayksikön lausunto. Julkinen terveydenhuolto arvioi lausunnossaan luvan EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukaisten myöntämisen tai epäämisen kriteereitä. Lausunnossa julkisen terveydenhuollon toimintayksikkö arvioi, kuuluuko lupaa koskeva hoito suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan, onko hoito lääketieteellisesti perusteltua kyseessä olevalle henkilölle ja olisiko hoito tai vastaava hoito järjestettävissä julkisessa terveydenhuollossa terveydenhuoltolain 51—53 §:n mukaisesti. Julkisen terveydenhuollon lausunto velvoittaa Kansaneläkelaitosta sen tehdessä päätöstä luvan myöntämisestä. Lausunto on toimitettava Kansaneläkelaitokselle viivytyksettä, kuitenkin viimeistään 21 vuorokauden kuluessa pyynnön vastaanottamisesta. Jos lausuntoa ei Kansaneläkelaitoksen pyynnöstä huolimatta määräajan puitteissa saada julkiselta terveydenhuollolta, katsotaan luvan myöntämisperusteiden täyttyvän. Jos hakemus on toimitettu potilaan hoidosta vastuussa olevalle julkisen terveydenhuollon toimintayksikölle, sen on toimitettava hakemus ja lausunto viivytyksettä, kuitenkin viimeistään 21 vuorokauden kuluessa hakemuksen vastaanottamisesta Kansaneläkelaitokselle.

Pykälän 3 momentin mukaisesti Kansaneläkelaitos antaa luvan potilaan asuinvaltion toimittamien tietojen perusteella, jos henkilö ei asu Suomessa ja hänen tilanteeseensa sovelletaan EU-asetuksen 883/2004 27 artiklan 3 kohtaa. Kyse on tällöin eläkkeensaajasta, joka asuu muualla kuin sairaanhoitokustannuksista vastuussa olevassa valtiossa ja jonka tilanteessa Suomi on toimivaltainen valtio antamaan päätöksen EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan 2 kohdan mukaiseen lupahakemukseen. EU-asetuksen 987/2009 26 artiklan 2 kohdan mukaisesti asuinvaltion on toimitettava henkilön sairaanhoitokustannuksista vastuussa olevalle toimivaltaiselle valtiolle tieto, täyttyvätkö EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan 2 kohdan mukaiset ehdot asuinvaltiossa. Jos henkilön asuinvaltion laitos ei pyynnöistä huolimatta toimita 21 vuorokauden kuluessa Kansaneläkelaitokselle tarpeellisia tietoja, Kansaneläkelaitoksen on pyydettävä lupahakemusta koskevan päätöksen antamiseksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä (HUS) potilaan hoitoa koskeva lääketieteellinen arvio, jossa otetaan huomioon henkilön hakemushetken terveydentila ja sairauden todennäköinen kulku. Lääketieteellinen arvio noudattaa tältä osin samoja objektiivisia lähtökohtia, jotka on huomioitava sovellettaessa EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan 2 kohdan mukaisia luvan antamisen edellytyksiä. On henkilön edun mukaista, että hän toimittaa lääketieteellisen arvion tekemiseksi omaa sairauttaan ja lupahakemuksen mukaista hoitoa koskevia lääketieteellisiä tietoja, jotka ovat terveydenhuollon ammattihenkilön laatimia. Vastaavaa menettelyä sovelletaan myös, kun kyse on tämän lain 2 §:n 2 kohdassa tarkoitetusta henkilöstä, jolla ei ole Suomessa kotikuntaa ja jolla ei ole hakemuksen mukaiseen sairauteen hoitosuhdetta missään julkisen terveydenhuollon toimintayksikössä.

Pykälän 4 momentin mukaan henkilö voi hakea lupaa myös jälkikäteen maksettuaan toisessa EU-valtiossa saamastaan terveydenhuollon palvelusta aiheutuneet kustannukset. Henkilön takautuvaa aikaa koskeva lupahakemus käsitellään samoin edellytyksin kuin henkilön ennen terveydenhuollon palvelun saamista ja kustannusten aiheutumista jätetty lupahakemus.

14 §. *Potilasdirektiivin ennakkolupa.* Pykälässä säädetään potilasdirektiivin mukaisen ennakkoluvan hakemisesta ja myöntämisestä. Direktiivin lähtökohtana on, että henkilö voi hakeutua ulkomaille hoitoon ilman ennakkolupaa ja ennakkoluvan käyttö on rajattu tarkasti määriteltyihin tilanteisiin. Ennakkoluvan myöntämättä jättäminen ei estä henkilöä hakeutumasta hoitoon ulkomaille, vaan sillä on vaikutusta ainoastaan henkilön saamaan korvaukseen.

Pykälän 1 momentin perusteella ennakkolupaa haetaan joko Kansaneläkelaitokselta tai julkiselta terveydenhuollolta. Henkilö voi jättää hakemuksen Kansaneläkelaitokselle tai hoidostaan vastuussa olevalle julkisen terveydenhuollon toimintayksikölle. Lupaa voitaisiin edellyttää, jos kyse on terveydenhuoltolain 45 §:n perusteella valtakunnallisesti keskitetystä erityistason sairaanhoidosta.

Asiasta on säädetty tarkemmin 6 päivänä huhtikuuta 2011 annetussa valtioneuvoston asetuksessa erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä (336/2011). Valtakunnallisesti keskitettävällä erityistason sairaanhoidolla tarkoitetaan harvempaan kuin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavaan terveydenhuollon toimintayksikköön keskitettävää hoitoa. Valtakunnallisesti keskitettävään erityistason sairaanhoitoon kuuluvat toiminnot, jotka ovat harvinaisia ja vaativat korkeatasoista lääketieteellistä osaamista tai välineistöä taikka erityisen vaativaa monialaista hoitoa ja hoitoon välittömästi liittyvää lääkinnällistä kuntoutusta. Lisäksi lupaa voitaisiin edellyttää, jos hoidosta aiheutuu tapauskohtaisen arvioinnin perusteella henkilölle tai väestölle erityinen riski hoidon luonteen tai terveydenhuollon toimintayksikön tarjoamien palvelujen yleiseen laatuun ja turvallisuuteen liittyvän seikan vuoksi.

Kansaneläkelaitos antaa luvan julkisen terveydenhuollon lausunnon perusteella. Julkisen terveydenhuollon lausunto velvoittaa Kansaneläkelaitosta sen tehdessä päätöstä luvan myöntämisestä. Julkinen terveydenhuolto arvioi lausunnossaan luvan myöntämisen tai epäämisen kriteereitä. Lausunnossa julkinen terveydenhuolto arvioi, kuuluuko lupaa koskeva hoito suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan, onko hoito lääketieteellisesti perusteltua kyseessä olevalle henkilölle ja olisiko hoito tai vastaava hoito järjestettävissä julkisessa terveydenhuollossa terveydenhuoltolain 51—53 §:n mukaisesti.

Pykälän 2 momentin perusteella ennakkolupa on annettava, jos kyseinen terveydenhuollon palvelu kuuluu terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja jos terveydenhuollon palvelua ei voida järjestää terveydenhuoltolain 51—53 §:ssä säädetyssä määräajassa. Pykälän 3 momentin perusteella ennakkolupa voidaan kuitenkin jättää antamatta, jos terveydenhuollon palvelu voidaan järjestää henkilölle terveydenhuoltolain 51—53 §:ssä säädetyssä määräajassa tai kyse on hoidosta, josta aiheutuu tapauskohtaisen arvioinnin perusteella henkilölle tai väestölle erityinen riski hoidon luonteen tai terveydenhuollon toimintayksikön tarjoamien palvelujen yleiseen laatuun ja turvallisuuteen liittyvän seikan vuoksi.

Pykälän 4 momentin mukaisesti henkilö voi hakea lupaa myös jälkikäteen maksettuaan toisessa EU-valtiossa saamastaan terveydenhuollon palvelusta aiheutuneet kustannukset. Henkilön takautuvaa aikaa koskeva lupahakemus käsitellään samoin edellytyksin kuin potilaan ennen terveydenhuollon palvelun saamista ja kustannusten aiheutumista jätetty lupahakemus.

Potilasdirektiivin ennakkolupaa ei tässä vaiheessa oteta käyttöön, vaan sen käyttöönotosta säädetään pykälän 5 momentin mukaan tarvittaessa erikseen valtioneuvoston asetuksella. Asia on huomioitu tämän lain 32 §:ssä, jonka mukaan 14 §:n voimaantulosta säädetään erikseen valtioneuvoston asetuksella.

15 §. *Luvan mukaisen hoidon kustannusten korvaaminen.* Pykälässä säädetään, että henkilöllä on 13 tai 14 §:ssä tarkoitetun luvan saatuaan oikeus korvaukseen terveydenhuollon palvelusta aiheutuneista kustannuksista 9 §:n 2—4 momentissa säädetyn mukaisesti eli pääsääntöisesti sen perusteella, mitä vastaavan hoidon kustannus olisi ollut henkilön kotikunnan julkisessa terveydenhuollossa. Kustannusten korvaamisen edellytyksenä on, että henkilö on maksanut itse kaikki terveydenhuollon palvelusta aiheutuneet kustannukset. Jos henkilölle annetaan 13 §:ssä tarkoitettu lupa jälkikäteen ja potilaalle on jo maksettu 9 §:n 1 momentin perusteella sairausvakuutuslain mukaisia korvauksia, aiempi sairausvakuutuskorvauksia koskeva päätös puretaan ja 13 §;ssä tarkoitetun luvan mukaisista korvauksista tehdään erillinen päätös.

4 luku. Tietojen ja asiakirjojen antaminen

16 §. *Toisissa EU-valtioissa käytettävät todistukset oikeudesta hoitoetuuksiin.* Pykälässä säädetään todistuksista ja esitettävistä asiakirjoista, joita EU-asetuksen 883/2004 soveltamisesta toimivaltaiset valtiot ovat velvollisia antamaan joko toisen EU-valtion laitokselle tai asianomaiselle henkilölle. Säännös vastaa sisällöltään sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain 11 §:n 4—6 kohtia, jotka tämän lain voimaan tullessa kumotaan.

Pykälän 1 momentin mukaisesti Kansaneläkelaitos antaa tämän lain 2 §:ssä tarkoitetulle henkilölle eurooppalaisen sairaanhoitokortin tai sen väliaikaisesti korvaavan todistuksen. Lisäksi Kansaneläkelaitos antaa EU-asetuksen 987/2009 24 artiklan perusteella henkilöä koskevan rekisteröintitodistuksen luontoisetuuksien saamiseksi, jos henkilö asuu EU-asetuksen 883/2004 17 artiklassa tarkoitetulla tavalla muussa valtiossa kuin Suomessa. Tällöin henkilö saa asuinvaltiossaan terveydenhuollon palveluja ja EU-asetuksen 883/2004 mukaiset muut luontoisetuudet, jotka on määritelty kunkin valtion kansallisessa lainsäädännössä, kuten siinä valtiossa vakuutetut henkilöt. Momentin 3 kohdan mukaisesti Kansaneläkelaitos antaa EU-asetuksen 883/2004 28 artiklan mukaiselle eläkkeellä olevalle rajatyöntekijälle hakemuksesta todistuksen, jolla rajatyöntekijä voi osoittaa oikeutensa hoitoetuuksiin työnteon aikana alkaneen sairauden tutkimiseksi, diagnosoimiseksi ja jo aloitetun hoidon jatkamiseksi.

Määrämuotoiset todistukset ja asiakirjat, joita Kansaneläkelaitos tämän säännöksen perusteella antaa, on vahvistettu EU-asetuksen 883/2004 71 artiklassa säädetyssä sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista käsittelevässä hallintotoimikunnassa ja ne julkaistaan Euroopan unionin virallisessa lehdessä. Eurooppalainen sairaanhoitokortti on erillinen muovikortti, jonka ilmiasu on standardisoitu. Muut asiakirjat ja todistukset ovat paperiasiakirjoja, joiden tunnisteena on yleensä E- tai S-kirjain ja niistä käytetään nimikettä lomake. Siten yleiskielessä käytetään esimerkiksi ilmaisuja lomake E 106, lomake E 121 tai lomake S2.

Pykälän 2 momentin mukaisesti Kansaneläkelaitos antaa asianomaiselle henkilölle valituskelpoisen päätöksen, jos haettua todistusta tai esitettävää asiakirjaa ei myönnetä.

17 §. *Suomessa käytettävä todistus oikeudesta hoitoetuuksiin.* Säännös vastaa sisällöltään sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain 13 §:ää, joka tämän lain voimaantullessa kumotaan. Pykälän 1 momentissa säädetään, että Kansaneläkelaitos selvittää pyynnöstä tai omaaloitteisesti henkilön EU-asetukseen 883/2004, sosiaaliturvasopimukseen, muuhun kansainväliseen sopimukseen tai kansalliseen lainsäädäntöön perustuvan oikeuden käyttää Suomessa julkisen terveydenhuollon palveluja ja saada muita sairaus- ja äitiysetuuksia. Muulla kansainvälisellä sopimuksella tarkoitetaan Suomen ja kansainvälisen järjestön välistä isäntämaasopimusta, jolla on sovittu järjestön henkilöstön sosiaaliturvasta ja kuulumisesta julkisen terveydenhuollon palvelujen piiriin. Tällainen sopimus on esimerkiksi Pohjoismaiden Investointipankin kanssa tehty sopimus (SopS 124—125/2010).

EU-asetuksen 883/2004 soveltamistilanteissa Kansaneläkelaitos selvittää toimivaltansa mukaisesti henkilön oikeuden terveydenhuollon palvelujen lisäksi muihin sairaus- ja äitiysetuuksiin, joita ovat sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain 2 §:n 4 kohdan mukaisesti Kansaneläkelaitoksen järjestämä tai korvaama kuntoutus sekä sairausvakuutuslain mukaiset sairaanhoitokorvaukset. Sosiaaliturvasopimuksen soveltamistilanteessa muita sairaus- ja äitiysetuuksia ovat sairausvakuutuslain mukaiset sairaanhoitokorvaukset. Tarve henkilön oikeuden selvittämiseen voi ilmetä esimerkiksi, kun kyse on äkillisesti Suomessa sairastuneesta eurooppalaisesta turistista, jolla ei ole käytössään kotivaltionsa antamaa eurooppalaista sairaanhoitokorttia, tai kun kyse on Suomessa työeläkevakuutetusta henkilöstä, jolla ei ole Suomessa kotikuntaa ja jolla on kuitenkin EU-asetuksen 883/2004 perusteella oikeus julkisen terveydenhuollon palvelujen käyttämiseen samalla asiakasmaksulla kuin kuntalainen.

Pykälän 2 momentin perusteella Kansaneläkelaitos antaa henkilöä koskevan todistuksen oikeudesta hoitoetuuksiin Suomessa, jos henkilöllä on EU-asetukseen 883/2004, sosiaaliturvasopimukseen, muuhun kansainväliseen sopimukseen tai kansalliseen lainsäädäntöön perustuva oikeus saada julkisen terveydenhuollon palveluja ja muita sairaus- ja äitiysetuuksia. Todistuksen esittäminen varmistaa henkilön mahdollisuudet saada hoitoa EU-lainsäädännön perusteella. Toisaalta todistuksen avulla potilaan aseman ja oikeuk-

sien toteaminen on julkiselle terveydenhuollolle yksiselitteistä ja vaivatonta.

Pykälän 3 momentin mukaisesti Kansaneläkelaitos antaa asianomaiselle henkilölle valituskelpoisen päätöksen, jos haettua todistusta ei myönnetä. Jos todistusta on hakenut julkinen terveydenhuolto, asianomaiselle henkilölle annetaan valituskelpoinen päätös todistuksen antamatta jättämisestä vain hänen pyynnöstään. Päätöstä todistuksen antamatta jättämisestä ei anneta julkiselle terveydenhuollolle. Julkinen terveydenhuolto saa todistuksen antamatta jättämisestä tiedon, ettei henkilöllä ole hoitoajankohtana ollut EU-asetukseen 883/2004, sosiaaliturvasopimukseen tai pykälän 1 momentissa mainittuihin muihin säännöksiin perustuvaa oikeutta hoitoetuuksiin Suomessa. Todistuksen antamatta jättäminen kertoo julkiselle terveydenhuollolle myös sen, että kotikuntaa vailla olevan henkilön hoitaminen voi perustua ainoastaan terveydenhuoltolain 50 §:n velvoitteeseen antaa kiireellistä hoitoa ja ettei valtio korvaa tämän lain 21 §:n mukaisesti hoidosta aiheutuneita tai aiheutuvia kustannuksia.

Todistus annetaan pykälän 4 momentin mukaisesti määräajaksi, kuitenkin kerrallaan enintään 24 kuukauden ajalle. Kansaneläkelaitos tutkii ennen todistuksen voimassaolon päättymistä pyynnöstä tai oma-aloitteisesti edellytykset uuden todistuksen antamiselle. Todistus sitoo julkista terveydenhuoltoa sen antaessa terveydenhuollon palveluja.

18 §. *Tietojen antaminen oikeudesta terveydenhuollon palvelujen käyttämiseen.* Pykälässä säädetään Kansaneläkelaitoksen velvollisuudesta antaa pyynnöstä henkilölle tietoja hänen oikeuksistaan käyttää tämän lain 4 §:n 7 kohdan mukaisia rajat ylittävän terveydenhuollon palveluja. Kansaneläkelaitoksen on annettava tiedot siten, että henkilö saa kokonaiskuvan häntä koskevista säännöksistä. Kansaneläkelaitoksen on lisäksi annettava tiedot tämän lain 16 ja 17 §:ssä tarkoitetuista todistuksista ja asiakirjoista sekä niiden viranomaiskäsittelystä, joka liittyy asiakirjojen antamiseen ja rekisteröintiin, rekisteröinnin muutoksiin, kuten rekisteröinnin keskeyttämiseen tai rekisteröitävien tietojen lisäyksiin, sekä rekisteröinnin peruuttamiseen ja seurantaan. Kansaneläkelaitos voi pyynnöstä antaa tiedot myös takautuvaa ajanjaksoa koskien.

Tarve saada tietoja liittyy yleensä henkilön tilapäiseen oleskeluun tai asumiseen muualla kuin Suomessa. Tarkoitus on, että kyseisten tietojen avulla henkilö voi saada kokonaiskuvan oikeudestaan terveydenhuollon palvelujen käyttämiseen toisissa EU-valtioissa ja Suomessa, kun hän oleskelee EU-asetuksen 883/2004 19 artiklan tai asuu EU-asetuksen 883/2004 17 artiklassa tarkoitetulla tavalla muualla kuin Suomessa tai kun henkilöön eläkkeenhakijana tai eläkkeensaajana tai edellä mainittujen perheenjäsenenä sovelletaan EU-asetuksen 883/2004 22—28 artiklaa. Kansaneläkelaitosta koskeva tiedonantovelvoite ja henkilön velvollisuus toimittaa olosuhteitaan koskevat tiedot Kansaneläkelaitokselle häntä koskevien tietojen toimittamiseksi lisäävät henkilön oikeussuojaa suhteessa tämän lain 23 §:ään.

Tietojen tarve voi tulla ajankohtaiseksi esimerkiksi, kun henkilö muuttaa pitkäkestoisesti lähetettynä työntekijänä toiseen EU-valtioon ja on vailla kotikuntaa Suomessa. Tällöin henkilöön sovelletaan EU-asetuksen 883/2004 perusteella Suomen sosiaaliturvalainsäädäntöä. Henkilö saa tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut EU-asetuksen 883/2004 17 artiklassa tarkoitetussa asuinvaltiossaan, jolle Suomi korvaa henkilön terveydenhuollon palveluista aiheutuneet kustannukset. Henkilö saa muissa EU-valtioissa tilapäisen oleskelun aikana EU-asetuksen 19 artiklan mukaisesti lääketieteellisesti välttämätöntä hoitoa, joiden kustannukset Suomi korvaa hoidonantajavaltiolle. Henkilö saa lisäksi Suomessa sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain 2 §:ssä määritellyt EU-asetuksen 883/2004 mukaiset terveydenhuollon palvelut, joiden kustannukset valtio korvaa tämän lain 21 §:n mukaisesti, sekä muut sairaus- ja äitiysetuudet. Vastaavankaltainen tiedon tarve voi aiheutua esimerkiksi, kun henkilö on vain Suomesta eläkettä saava eläkkeenhakija tai eläkkeensaaja, joka muuttaa pysyvästi asumaan toiseen EU-valtioon. Tällöin henkilöön sovelletaan EU-asetuksen 883/2004 22—25 tai 27 artiklaa, joiden sisältö ja merkitys henkilön terveydenhuollon palvelujen saamisen ja aiheutuneiden kustannusten korvaamisen kannalta ovat erilaisia.

Pykälän 2 momentin mukaisesti henkilön tulee oikeuksiaan koskevien tietojen toimittamiseksi antaa Kansaneläkelaitokselle kaikki tarpeelliset tiedot olosuhteistaan. Tietoja, joilla voi olla vaikutusta henkilön oikeuteen terveydenhuollon palvelujen käyttämiseen ovat esimerkiksi tiedot maahan- tai maastamuutosta, työskentelyn aloittamisesta tai lopettamisesta ulkomailla, ulkomailla opiskelusta ja tiedoista huollettavien perheenjäsenten määrästä sekä maksettavasta ulkomaan eläkkeestä tai eläkkeen maksamisen päättymisestä. Tietoja toimittaessaan Kansaneläkelaitos informoi asianomaista henkilöä niistä olosuhteista, joilla on erityisesti vaikutusta asianomaisen henkilön tilanteeseen.

Tiedot, joita tämän pykälän perusteella Kansaneläkelaitos on velvollinen antamaan henkilölle, sisältävät asianomaisen henkilön yksilöiviä henkilötietoja, joiden käsittelystä säädetään henkilötietolaissa (529/1999). Henkilötietolain mukaan henkilötiedolla tarkoitetaan kaikenlaisia luonnollista henkilöä taikka hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan kuvaavia merkintöjä, jotka voidaan tunnistaa häntä tai hänen perhettään tai hänen kanssaan yhteisessä taloudessa eläviä koskeviksi. Kansaneläkelaitoksella on laissa säädettyihin tehtäviinsä perustuva oikeus henkilötietojen käsittelyyn, sen sijaan tämän lain 25 §:ssä tarkoitetun rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspisteen tehtäviin kuuluu antaa vain yleisiä rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyviä tietoja. Siten henkilö ei voi saada tässä pykälässä tarkoitettuja tietoja tämän lain 6 luvussa säädetyltä yhteyspisteestä, vaan ainoastaan Kansaneläkelaitokselta. Yhteyspiste on hyvän hallinnon periaatteiden mukaisesti velvollinen ohjaamaan henkilön ottamaan yhteyttä Kansaneläkelaitokseen, jos henkilö tarvitsee tässä pykälässä tarkoitettuja tietoja.

Eduskunnan oikeusasiamies on kiinnittänyt ratkaisussaan Dnro 3236/4/08 huomiota, ettei Suomen asumisperusteista sosiaaliturvaa hakevilla henkilöillä ole lähtökohtaisesti tietoa suomalaisesta terveyspalvelu- tai korvausjärjestelmästä. Eduskunnan oikeusasiamies huomioi ratkaisussaan Dnro 1753/4/03, etteivät EU-asetuksen 883/2004 sairaus- ja äitiysetuuksien korvaamiseen liittyvät tulkinnat ole aina olleet yhteneviä eri EU-valtioissa. Lisäksi eduskunnan apulaisoikeusasiamies on arvioinut useampia kanteluita, joissa kyse on ollut 16 §:ssä tarkoitettujen asiakirjojen antamisesta, antamatta jättämisestä, rekisteröinnistä tai rekisteröintiä koskevista muutoksista. Arvioissa on korostettu viranomaisten velvoitetta antaa ja tarjota neuvontaa sekä jakaa tietoa asiakirjojen käsittelyyn liittyen. 18 §:n tarkoituksena on vastata henkilöiden tietotarpeisiin, jotka ovat yhä kasvavia voimassa olevan lainsäädännön monimutkaisuuden ja rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvien hallinnollisten menettelyiden monivaiheisuuden ja ajallisen pitkäkestoisuuden vuoksi.

5 luku. Kustannusten hallinnointi

19 §. *Kansaneläkelaitoksen kustannusten korvaamiseen liittyvät tehtävät.* Kansaneläkelaitoksen tehtävänä on pykälän 1 momentin mukaan huolehtia rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamiseen liittyvistä tehtävistä toimeenpantaessa EU-asetuksen 883/2004 ja tämän lain säännöksiä sekä sosiaaliturvasopimusten määräyksiä. Sisällöltään vastaava säännös on nykyisin sairausvakuutuslain 15 luvun 16 §:ssä, joka tämän lain voimaantullessa kumotaan.

Pykälän 2 momentissa säädetään, että Kansaneläkelaitoksella on vuosittain velvollisuus selvittää sosiaali- ja terveysministeriölle Suomen saatavia ja velkoja, jotka koskevat EU-asetuksen 884/04, sosiaaliturvasopimusten tai tämän lain perusteella aiheutuneita kustannuksia terveydenhuollon palveluista ja muista sairaus- ja äitiysetuuksista. EU-asetuksen 883/2004 35 artiklan mukaisia EU-valtioiden velkoja ja saatavia seurataan vuosittain EU-asetuksen 883/2004 71 artiklassa säädetyssä sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista käsittelevässä hallintotoimikunnassa, jolle sosiaali- ja terveysministeriö antaa selvityksen. Säännös perustuu potilasdirektiivin 20 artiklan 2 ja 3 kohtaan.

20 §. *Kustannusten korvaaminen valtioiden välillä.* Kustannusten korvaamisesta valtioiden välillä säädetään nykyisin voimassa olevan sairausvakuutuslain 15 luvun 16 §:n 2 momentissa ja 16 a §:n 1 momentissa sekä sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön

soveltamisesta annetun lain 27 §:ssä, jotka tämän lain voimaantullessa kumotaan.

Pykälän 1 momentin perusteella Kansaneläkelaitos käsittelee muiden valtioiden lähettämät laskut terveydenhuollon palvelujen ja muiden sairaus- ja äitiysetuuksien kustannuksista ja korvaa kustannukset valtion varoista hoitoa antaneen valtion EU-asetuksen 883/2004 sairausetuuksien kustannusten hallinnoinnista vastaavalle yhteyslaitokselle. Kansaneläkelaitos huolehtii korvauksen maksamisesta. Valtio suorittaa Kansaneläkelaitokselle korvauksiin tarvittavat varat sairausvakuutusrahastosta sairausvakuutuslain 18 luvun 8 §:n 1 momentin 5 kohdan mukaisesti.

Pykälän 2 momentin perusteella Kansaneläkelaitos laskuttaa EU-asetuksen 883/2004 sairausetuuksien yhteyslaitoksena muiden valtioiden puolesta Suomessa annettujen terveydenhuollon palvelujen ja muiden sairaus- ja äitiysetuuksien kustannukset henkilön sairaanhoitokustannuksista vastuussa olevan EU-valtion yhteyslaitokselta. Kansaneläkelaitos tulouttaa valtiolle toisen EU-valtion Suomelle maksamat korvaukset. Toisen valtion Kansaneläkelaitokselle maksama kustannuksen korvaus otetaan vähentävänä huomioon 1 momentissa tarkoitettua valtion rahoitusosuutta määrättäessä.

Pykälän 3 momentissa säädetään mahdollisuudesta luopua terveydenhuollon palvelun ja muun sairaus- ja äitiysetuuden kustannusta koskevan Suomen saatavan perinnästä toiselta valtiolta, jos kyse on määrältään vähäisestä saatavasta tai perintää ei muuten katsota olevan tarkoituksenmukaista jatkaa. Vähäisten saatavien perintää ei kasvavien hallinnollisten kustannusten vuoksi ole monissa tapauksissa enää kannattavaa jatkaa. Muissa tilanteissa kyse on esimerkiksi saatavasta, joka ei ole määrältään merkittävä, mutta jonka määrästä ei valtioiden välisistä neuvotteluista tai pyydetyistä selvityksistä huolimatta ole saavutettu useiden vuosien kuluessa yhteisymmärrystä. Luopuminen olisi mahdollista jo ennen tämän lain voimaantuloa aiheutuneista vanhoista saatavista. Kansaneläkelaitos voi hakea valtuutusta perinnästä luopumiseen sosiaali- ja terveysministeriöltä, joka valtuuttaa Kansaneläkelaitoksen luopumaan perinnästä. Asiasta säädetään nykyisin voimassa olevan sairausvakuutuslain 15 luvun 16 a §:n 3 momentissa, joka tämän lain voimaantullessa kumotaan.

21 §. *Valtion korvaus julkiselle terveydenhuollolle.* Pykälä vastaa osittain nykyisen sairausvakuutuslain 15 luvun 16 a §:ää, joka tämän lain voimaan tullessa kumotaan. Henkilöpiiri, jonka kustannusten korvaamista ehdotettu pykälä koskee, on kuitenkin nykyistä sairausvakuutuslain 15 luvun 16 a §:ää laajempi. Nyt voimassa oleva sairausvakuutuslain säännös on koskenut pääsääntöisesti valtion korvausta tilanteessa, jossa terveydenhuollon palvelua on annettu EU-asetuksen 883/2004 tai sosiaaliturvasopimuksen perusteella henkilölle, jonka sairaanhoitokustannuksista Suomi ei vastaa.

Pykälän 1 momentin mukaan järjestämisvastuussa olevalle kunnalle ja kuntayhtymälle korvataan valtion varoista kustannukset, jos terveydenhuollon palvelu on annettu tämän lain 2 §:n 2—3 kohdassa mainitulle henkilölle tai sosiaaliturvasopimuksen tai muun kansainvälisen sopimuksen henkilöpiiriin kuuluvalle henkilölle, jolla ei ole kotikuntaa Suomessa. Nämä henkilöt ovat Suomessa joko työeläke- tai sairausvakuutettuja. Tällöin henkilö asuu vakinaisesti jossain muussa EU-valtiossa, mutta saa työntekijänä tai tällaisen perheenjäsenenä sosiaaliturvaetuudet Suomesta. Säännöksen piiriin kuuluvat myös terveydenhuollon palvelusta aiheutuneet kustannukset, kun sairaanhoitoa on annettu henkilölle Australian kanssa tehdyn sairaanhoitosopimuksen, Kanadan Quebecin kanssa tehdyn sosiaaliturvasopimusjärjestelyn, Israelin kanssa tehdyn sosiaaliturvasopimuksen tai Pohjoismaisen sosiaaliturvasopimuksen perusteella. Lisäksi 1 momentin mukaisella muulla kansainvälisellä sopimuksella tarkoitetaan Suomen ja kansainvälisen järjestön välistä isäntämaasopimusta, jolla on sovittu järjestön henkilöstön sosiaaliturvasta ja kuulumisesta julkisen terveydenhuollon palvelujen piiriin. Tällainen sopimus on esimerkiksi Pohjoismaiden Investointipankin kanssa tehty sopimus (SopS 124—125/2010).

Säännös laajentaa valtion korvauksen koskemaan myös yhdistelmälupadirektiivin 2011/98/EU ja erityisosaajadirektiivin 2009/50/EY perusteella Suomessa sairausva-

kuutettujen henkilöiden, joilla ei ole kotikuntaa Suomessa, terveydenhuollon palvelusta aiheutuneita kustannuksia. Erityisosaajadirektiivin piiriin kuuluvien henkilöiden oikeudesta saada terveydenhuollon palvelua julkisessa terveydenhuollossa on säädetty nykyisin kansanterveyslain 14 §:n 5 momentissa ja erikoissairaanhoitolain 3 §:n 1 momentissa.

Kansaneläkelaitos huolehtii korvauksen maksamisesta. Valtio suorittaa Kansaneläkelaitokselle korvauksiin tarvittavat varat sairausvakuutusrahastosta samoin perustein kuin tämän lain 19 §:n 1 momentissa on säädetty ulkomaille suoritettavien kustannusten korvaamisesta.

Pykälän 2 momentin perusteella valtion korvaus maksetaan henkilölle terveyspalvelun järjestämisestä aiheutuneiden kustannusten perusteella. Palvelun tuottamisesta aiheutuvilla kustannuksilla tarkoitetaan kustannusta, jonka potilaan kotikunta maksaisi terveydenhuoltolain 58 §:n mukaisesti, jos hoito tulisi kunnan maksettavaksi. Korvaus vastaisi enintään palvelujen järjestämisestä aiheutuneiden kustannusten määrää, josta on vähennetty henkilöltä asiakasmaksulain nojalla peritty asiakasmaksu.

Tilanteissa, joissa julkinen terveydenhuolto on hankkinut vastuullaan olevan terveydenhuollon palvelun yksityiseltä palveluntuottajalta, valtion korvaus maksetaan sille kunnalle, kuntayhtymälle tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle, jolle ostopalvelusta aiheutuneet kustannukset kohdentuvat.

Pykälän 3 momentin mukaan valtion korvausta ei makseta, jos henkilön hoitokustannuksista on kansallisen lainsäädännön perusteella ensisijaisesti vastuussa tapaturmavakuutus tai liikennevakuutus. Julkisen terveydenhuollon toimintayksikön on asiakasmaksulain 13 a §:n 1 momentin perusteella haettava korvausta aiheutuneisiin kustannuksiin vastuussa olevalta tapaturmavakuutusyhtiöltä tai liikennevakuutusyhtiöltä. Jos valtion korvaus on maksettu, vaikka kustannus olisi kuulunut tapaturmavakuutusyhtiön tai liikennevakuutusyhtiön vastuulle, on julkisen terveydenhuollon palautettava virheellisin perustein maksettu korvaus Kansaneläkelaitokselle.

22 §. *Kunnan, kuntayhtymän ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vastuu korvausten kustannuksista.* Pykälän 1 momentissa säädetään potilaan hoidosta vastuussa olevan julkisen terveydenhuollon ylläpitäjän kustannusvastuusta, kun potilaalle on myönnetty tämän lain 13 §:n perusteella EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukainen lupa saada hoitoa asuinvaltion ulkopuolella tai tämän lain 14 §:n mukainen potilasdirektiivin ennakkolupa. Jos potilaalla ei ole Suomessa kotikuntaa, potilaalle maksettujen korvauksien kustannuksista vastaa valtio.

Pykälän 2 momentissa säädetään potilaan hoidosta vastuussa olevan julkisen terveydenhuollon ylläpitäjän vastuusta 15 §:n perusteella aiheutuneista kustannuksista, kun toiselle EU-valtiolle on 20 §:n mukaisesti maksettu potilaalle EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan perusteella annetun hoidon kustannuksia. Jos potilaalla ei ole Suomessa kotikuntaa, toiselle valtiolle maksettujen korvauksien kustannuksista vastaa valtio.

Pykälän 3 momentin mukaan Kansaneläkelaitos laskuttaa kustannukset niistä vastaavalta kunnalta, kuntayhtymältä tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymältä. Kansaneläkelaitoksella on velvollisuus antaa julkiselle terveydenhuollolle kustannusten korvaamiseen liittyvät tarpeelliset tiedot. Tällaisia ovat muun muassa tiedot maksun määrästä ja maksunsaajatiedoista.

23 §. *Eurooppalaisen sairaanhoitokortin väärinkäyttö.* Pykälässä säädetään Kansaneläkelaitoksen oikeudesta ryhtyä toimenpiteisiin hoidosta valtiolle aiheutuneiden kustannusten perimiseksi henkilöltä, joka on käyttänyt eurooppalaista sairaanhoitokorttia väärin. Säännös vastaa sisällöltään sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain 28 §:ää, joka tämän lain voimaantullessa kumotaan.

Pykälän 1 momentin mukaan eurooppalaisen sairaanhoitokortin väärinkäytöstä aiheutuneet kustannukset voidaan periä kyseiseltä sairaanhoitokorttia käyttäneeltä henkilöltä. Käytännössä kysymys on siitä, että henkilö saadakseen EU-asetuksen 883/2004 19 artiklan tarkoittamaa lääketieteellisesti välttämättömäksi tullutta hoitoa toisessa EU-valtiossa on esittänyt Kansaneläkelaitoksen myöntämän eurooppalaisen sairaanhoitokortin ja saanut hoitoa sen perusteella, vaikka hän ei

enää ole tämän lain 2 §:ssä tarkoitettu henkilö ja että valtio on korvannut hänen saamansa hoidon kustannukset toiselle EU-valtiolle. Eurooppalaisen sairaanhoitokortin perusteella saadusta hoidosta laskutetaan aina kortin antanutta EU-valtiota, jos hoito on annettu ennen korttiin merkityn voimassaoloajan päättymistä. Kortti voi olla kyseisen henkilön hallussa, vaikka Kansaneläkelaitos ilmoittaa sairausvakuutuksen tai tämän lain 2 §:n 2 kohdan mukaisen Suomen lainsäädännön soveltamisen päättymisestä henkilölle ja samalla kehottaa henkilöä hävittämään sairaanhoitokortin. Perimistoimiin ryhtyminen edellyttää henkilöltä sairaanhoitokortin käyttöä vilpillisessä mielessä.

Pykälän 2 momentin mukaan perinnästä voidaan luopua joko kokonaan tai osittain, jos tämä katsotaan kohtuulliseksi tai jos aiheutuneiden kustannusten määrä on vähäinen. Perinnästä voidaan luopua perintää koskevan päätöksen antamisen jälkeen myös silloin, kun perintää ei henkilön taloudellinen tilanne huomioon ottaen ole enää tarkoituksenmukaista jatkaa tai kun perinnän jatkamisesta aiheutuu perimättä olevaan saatavaan nähden kohtuuttomat kustannukset.

Pykälän 3 momentin mukaan perintää koskeva lainvoimainen päätös saadaan panna täytäntöön kuten lainvoimainen tuomio.

24 §. *Asetuksenantovaltuus*. Pykälän mukaan kustannusten hallinnointiin liittyvistä tehtävistä ja menettelyistä säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

6 luku. Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste

25 §. *Yhteyspiste ja sen tehtävät.* Pykälässä säädetään rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspisteen tehtävistä. Pykälän 1 momentissa säädetään rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvää viestintää ja tietojenvaihtoa varten perustettavasta rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspisteestä, joka toimii Kansaneläkelaitoksen yhteydessä. Yhteyspisteen sijoittaminen Kansaneläkelaitoksen yhteyteen on perusteltua, koska laitoksella on jo entuudestaan laajaa kokemusta ja osaamista rajat ylittävän terveydenhuollon kysymyksistä.

Pykälän 2 momentissa määritellään yhteyspisteen tehtäviksi terveyspalvelujen käyttämistä ja siitä aiheutuneiden kustannusten korvaamista koskevien tietojen kokoaminen, tuottaminen ja jakaminen. Yhteyspiste antaa tietoja ensisijaisesti EU-lainsäädäntöä soveltavia valtioita koskien. Se voi resurssiensa puitteissa tarjota tietoa aiheesta myös. sosiaaliturvasopimusvaltioiden ja muiden valtioiden osalta. Yhteyspiste antaa tietoja erityisesti aihepiiriin liittyvistä säännöksistä, hallinnollisista menettelyistä, kustannusten korvaamisesta ja muutoksenhausta.

Pykälän 3 momentti sisältää asetuksenantovaltuuden, jonka mukaan yhteyspisteen tarkemmista tehtävistä ja toiminnasta säädetään valtioneuvoston asetuksella.

26 §. *Yhteistyövelvoite.* Pykälässä säädetään yhteistyövelvoitteesta, jonka puitteissa julkisen terveydenhuollon ja yhteyspisteen toimintaan osallistuvien tahojen tulee antaa yhteyspisteelle sen tehtävien kannalta välttämättömät tiedot. Tiedot tulee toimittaa yhteyspisteelle maksutta. Yhteyspisteelle tietoja toimittavat tahot saavat myös tietoja yhteyspisteeltä. Yhteistyövelvoitteen sisältämä tiedonantovelvollisuus koskee julkisen terveydenhuollon toimintayksiköitä, Kansaneläkelaitosta, THL:sta, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskusta, aluehallintovirastoja sekä Valviraa. Tiedonantovelvollisuus ei koske salassa pidettäviä tietoja. Esimerkiksi henkilötietoja sisältävät yksilöivät tiedot henkilön oikeudesta käyttää rajat ylittävän terveydenhuollon palveluja antaa Kansaneläkelaitos, jonka palvelukanaviin yhteyspiste ohjaa tällaisia tietoja tarvitsevan.

Yhteyspisteen toimintaan osallistuvien viranomaistoimijoiden tehtävät ja vastuut vahvistetaan erillisellä sopimuksella, johon kirjataan muun muassa tehtävien ja vastuiden jako ja yhteistyön tarkemmat muodot. Kukin viranomaistaho vastaa omalta osaltaan yhteyspisteeseen liittyvästä tietosisältöjen tuottamisesta, asiantuntijapalveluista ja asiakaspalvelusta osana normaalitoimintaansa riittävällä resursoinnilla. Kunkin viranomaisen tulee nimetä vastuuhenkilöt, jotka vastaavat tietojen toimittamisesta yhteyspisteelle ja oman laitoksensa yhteyspisteeseen liittyvien tehtävien asianmukaisesta hoitamisesta.

27 §. *Ohjausryhmä.* Pykälän 1 momentin mukaan yhteyspisteen toimintaa ohjaa ja seuraa sosiaali- ja terveysministeriön alainen ohjausryhmä, joka asetettaisiin kolmeksi vuodeksi kerrallaan. Ohjausryhmässä olisivat mukana yhteyspisteen toimintaan osallistuvien viranomaistahojen lisäksi Kuntaliiton, terveydenhuoltolain 78 a §:ssä tarkoitetun palveluvalikoimaa määrittelevän toimielimen, potilaiden, terveydenhuollon ammattihenkilöiden sekä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon edustus. Ohjausryhmää asetettaessa tulisi myös varmistaa, että sen kokoonpanossa on riittävä Euroopan unionin terveydenhuolto- ja sosiaaliturvalainsäädännön sekä kansallisen terveydenhuolto- ja sosiaaliturvajärjestelmän asiantuntemus.

Pykälän 2 momentissa säädetään, että ohjausryhmään kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön määräämä puheenjohtaja ja enintään 10 muuta jäsentä. Ohjausryhmä valitsee varapuheenjohtajan keskuudestaan.

Pykälän 3 momentin mukaan ohjausryhmä kokoontuu vähintään kaksi kertaa vuodessa.

28 §. *Yhteistyöryhmä.* Pykälän 1 momentissa säädetään yhteyspisteen yhteydessä toimivasta yhteistyöryhmästä, joka vastaa yhteyspisteen operatiivisessa toiminnassa tarvittavien tietosisältöjen kokoamisen ja tuottamisen koordinoinnista.

Pykälän 2 momentin mukaan yhteistyöryhmässä ovat edustettuina Kansaneläkelaitos, THL, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, Valvira, Potilasvakuutuskeskus ja Suomen Kuntaliitto. Myös potilailla on edustus yhteistyöryhmässä.

Pykälän 3 momentissa säädetään, että yhteyspisteen päällikkö toimii yhteistyöryhmän puheenjohtajana.

29 §. *Yhteyspisteen rahoitus.* Pykälässä säädetään, että valtio rahoittaa vuosittain valtion talousarviossa vahvistettavalla määrällä yhteyspisteen toiminnasta Kansaneläkelaitokselle aiheutuvat kustannukset. Yhteyspisteen vuotuisten toimintamenojen arvioidaan olevan noin 725 000 euroa.

7 luku. **Muutoksenhaku**

30 §. *Muutoksenhaku sosiaaliturvan muutoksenhakulautakuntaan.* Pykälässä säädetään muutoksenhausta Kansaneläkelaitoksen tämän lain nojalla tekemään päätökseen. Pykälän perusteella Kansaneläkelaitoksen 9 §:n tekemään päätökseen toisessa EU-valtiossa annetun lääketieteellisesti välttämättömän hoidon kustannusten korvaamisesta, 17 §:n perusteella tekemään päätökseen oikeudesta hoitoetuuksiin annettavan todistuksen antamatta jättämisestä, 21 §:n perusteella tekemään päätökseen valtion korvauksen maksamisesta julkiselle terveydenhuollolle sekä 23 §:n perusteella tekemään päätökseen eurooppalaisen sairaanhoitokortin väärinkäytöstä haetaan muutosta valittamalla siten kuin sairausvakuutuslain 17 luvussa säädetään. Sairausvakuutuslain perusteella Kansaneläkelaitoksen päätökseen tyytymätön saa hakea siihen muutosta valittamalla sosiaaliturvan muutoksenhakulautakuntaan ja sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnan päätökseen tyytymätön valittamalla edelleen vakuutusoikeuteen. Vakuutusoikeuden päätökseen ei saa hakea muutosta. Valituskirjelmä on toimitettava Kansaneläkelaitokselle 30 päivän kuluessa siitä, kun valittaja on saanut päätöksestä tiedon. Kansaneläkelaitoksen ja sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnan päätös annetaan tiedoksi postitse kirjeellä ja valittajan katsotaan saaneen tiedon päätöksestä seitsemäntenä päivänä sen jälkeen, kun päätös on postitettu valittajan ilmoittamaan osoitteeseen. Määräajan jälkeen saapunut valitus voidaan ottaa tutkittavaksi, jos myöhästymiseen on ollut painavia syitä. Sairausvakuutuslaki sisältää myös säännökset itseoikaisusta, päätöksen poistamisesta ja asiavirheen korjaamisesta, jotka tulevat sovellettaviksi myös tämän lain mukaisen päätöksen muutoksenhaussa.

Sairausvakuutuslain muutoksenhakusäännökset tulevat sovellettaviksi myös silloin kun Kansaneläkelaitos tekee sairausvakuutuslain perusteella päätöksen vakuutetun oikeudesta korvaukseen ulkomailla annetusta hoidosta ja matkakustannusten korvaamisesta.

31 §. *Muutoksenhaku hallinto-oikeuteen.* Pykälässä säädetään muutoksenhausta hallinto-oikeuteen. Pykälän perusteella Kansaneläkelaitoksen 13 §:n perusteella tekemään päätökseen asetuksen 883/2004 mukaisen luvan saada asianmukaista hoitoa asuinvaltion ulkopuolella myöntämisestä, 14 §:n mukaiseen

päätökseen direktiivin mukaisen ennakkoluvan myöntämisestä, 15 §:n perusteella tekemään päätökseen luvan mukaisen hoidon kustannusten korvaamisesta sekä 22 §:n perusteella tekemään päätökseen kotikunnan laskutuksesta haetaan muutosta hallinto-oikeudesta hallintolainkäyttölain (586/1996) säännösten mukaisesti. Näiltä osin päätöksissä on kyse kunnan myöntämästä luvasta, kunnan vastuulle kuuluvista kustannuksista tai kunnalle maksettavista korvauksista. Kunnan asianosaisaseman vuoksi hallintolainkäyttölain mukainen muutoksenhakumenettely on perusteltua. Jos potilaalle tulee muutoksenhaun johdosta myönnettäväksi jälkikäteen asetuksen 883/2004 tai direktiivin mukainen ennakkolupa, Kansaneläkelaitoksen tulee purkaa potilaan mahdollisesti saama päätös sairausvakuutuskorvauksesta ja antaa uusi päätös luvan mukaisen hoidon korvaamisesta.

8 luku. **Voimaantulo**

32 §. *Voimaantulo*. Pykälän 1 momentissa on säännös lain voimaantuloajankohdasta. Lain 14 §:n voimaantulosta säädetään tarvittaessa myöhemmin valtioneuvoston asetuksella. Pykälän 2 momentin mukaan lakia sovelletaan kustannuksiin, jotka ovat aiheutuneet lain voimaantulon jälkeen.

1.2 Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta

7 a §. *Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima.* Pykälän 1 momentissa todetaan, että suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluu lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, diagnostiikka, hoito, tutkimus ja kuntoutus. Palveluvalikoima koostuu niistä hoidoista, joita potilaalle annetaan julkisessa terveydenhuollossa tai joita korvataan julkisista varoista. Pykälän 1 momentissa säädetään, että palveluvalikoiman määrittelystä vastaa tämän lain 78 a §:ssä tarkoitettu toimielin.

Pykälän 2 momentin mukaisesti palveluvalikoiman määrittelyssä voidaan ottaa kantaa myös siihen, mitkä ovat saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden vaikuttamattomia tai kustannusvaikutuksiltaan heikkoja hoitoja. Tällaiset hoidot eivät kuulu suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Palveluvalikoiman tulee olla sopusoinnussa käytössä olevien kansallisten voimavarojen kanssa. Potilaslain 3 §:n mukaan on kuitenkin otettava huomioon, että jokaisella on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Vaikka potilaslain 3 §:ssä todetaankin, että potilaalla on oikeus terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä, on perusoikeuksien voimaantulon jälkeen kuitenkin yksilöllinen hoidon tarpeen arviointi korostunut. Muun muassa eduskunnan oikeusasiamies on useissa ratkaisuissaan todennut, ettei pelkästään se, että kunnalla ei ole ollut varattuna määrärahoja riittävästi terveyden- ja sairaanhoitoon ole riittävä peruste sille, ettei hoitoa järjestetä. Hoidon tarve on arvioitava yksilöllisesti ja hoito järjestettävä potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen mukaisesti. Tällöin määritellään esimerkiksi, onko uusi hoitomenetelmä Suomen terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluva ja yleisesti käyttöön hyväksytty. Palveluvalikoiman määrittely edellä mainitut näkökulmat huomioiden ei kuitenkaan merkitse sitä, että luovuttaisiin suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan perinteisistä lähtökohdista, kuten palvelujen ja muiden etuuksien tarveperustaisuudesta.

Palveluvalikoima muuttuu jatkuvasti lääketieteen ja terveydenhuollon teknologian kehittymisen myötä. Palveluvalikoiman määrittelyn lähtökohtana tulee olla suomalaisen terveydenhuollon toimintaa nykyisin ohjaavat näyttöön perustuva tieto sekä vakiintuneet linjaukset ja käytännöt, kuten yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ja Käypä hoito -suositukset. Palveluvalikoimaan kuuluu vähitellen ja jatkuvasti täydentyvät yksityiskohtaisemmat määritelmät niistä hoidoista, jotka kuuluvat suomalaiseen julkisesti rahoitettuun ja järjestettyyn terveydenhuoltoon, sekä noudatettavista hoitoindikaatioista. Valintojen perustana on oltava tutkimustieto ja muu näyttö. Lisäksi palveluvalikoiman määrittelemiseen liittyvät aina eettiset ja terveydenhuollon organisointiin liittyvät näkökohdat,

jotka on määrittelyssä ja päätöksenteossa otettava huomioon.

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.

Pykälän 3 momentin perusteella palveluvalikoimaa sovelletaan yhtenäisin ja yhdenvertaisin perustein kaikessa julkisesti järjestetyssä ja rahoitetussa terveydenhuollossa. Palveluvalikoima sitoo julkista terveydenhuoltoa, niin hoidosta, tutkimuksista ja korvauksista päättäviä tahoja kuin muutoksenhakuasteitakin. Sairauksien hoidosta päätettäessä tulee jatkossakin käyttää yksilöllistä, potilaan terveydentilaan perustuvaa lääketieteellistä ja hammaslääketieteellistä arviointia ja harkintaa. Terveydenhuollon ammattihenkilö päättää koulutuksensa mukaisesti sekä ammattitoiminnassaan yleisesti hyväksytyn ja kokemusperäisesti vahvistetun lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tiedon perusteella potilaan hoidosta ja tutkimuksesta.

Hoitopäätökset on tehtävä potilaslain mukaisesti yhteisymmärryksessä potilaan tai tämän huoltajan tai muun laillisen edustajan kanssa potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen perusteella. Potilaalla ei siten ole oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa. Potilaalle voidaan tarjota vain sellaista hoitoa, joka on hänen tilanteessaan lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltua. Käytännössä palveluvalikoimaa ei koskaan voida määritellä täydellisen yksiselitteisesti. Yksilöllinen harkinta on aina tarpeen potilaan hoidossa ja sovellettaessa palveluvalikoimaa yksittäisessä tapauksessa.

Pykälän 3 momentin mukaan potilaalle voidaan antaa myös sellaista lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltua hoitoa menetelmällä, jota ei ole määritelty palveluvalikoimaan, jos se on potilaan senhetkisen terveydentilan ja sairauden todennäköisen kulun objektiivisen lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltua hoitoa. Säännös on tarpeen, jotta terveydenhuollon ammattihenkilön yksittäistapauksellista harkintavaltaa ei sidottaisi liikaa esimerkiksi tilanteessa, jossa potilaan henki on välittömästi uhattuna. Säännös on kuitenkin tarkoitettu sovellettavaksi vain poikkeustilanteissa.

Palveluvalikoiman määrittelyn tarve johtuu potilasdirektiivin 7 artiklan 1 kohdan säännöksestä, jonka mukaan vakuutetulle rajat ylittävästä terveydenhuollosta aiheutuneet kustannukset on korvattava, jos vakuutetun saama hoito kuuluu niihin etuuksiin, joihin vakuutetulla on vakuutusvaltiossa oikeus.

56 §. *Ennakkolupa hoitoon hakeutumiseen EU- ja ETA-alueella ja Sveitsiin.* Säännös ehdotetaan kumottavaksi. Jatkossa Kansaneläkelaitos antaisi kaikki hoitoon hakeutumiseen liittyvät ennakkoluvat rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 13 ja 14 §:n nojalla. Kansaneläkelaitos antaisi luvat potilaan hoidosta vastuussa olevan julkisen terveydenhuollon sitovan lausunnon perusteella.

78 a §. *Terveydenhuollon palveluvalikoimaa määrittelevä toimielin.* Pykälän 1 momentin mukaan perustetaan 7 a §:ssä tarkoitettua palveluvalikoimaa määrittelevä toimielin, joka sijoitetaan sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen. Toimielin on palveluvalikoiman määrittelyä koskevassa työssä ja päätöksenteossa itsenäinen ja riippumaton. Toimielimen tarkoituksenmukaisinta sijaintipaikkaa tarkastellaan myöhemmin, kun lain soveltamisesta ja toimielimen toiminnasta saadaan kokemuksia.

Pykälän 2 momentin mukaisesti toimielimen tulee sisällyttää palveluvalikoiman määrittelyyn olemassa olevat linjaukset suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimasta sekä määritellä, miten olemassa olevat palveluvalikoimaa määrittelevät prosessit otetaan huomioon toimielimen päätöksenteossa. Palveluvalikoiman määrittelyä koskevan päätöksenteon voidaan katsoa tarkoittavan päättämistä prosesseista ja periaatteista, palveluvalikoiman sisällöstä ja palveluvalikoiman soveltamiseen liittyvistä kysymyksistä.

Toimielin vahvistaa palveluvalikoiman määrittelyä koskevat periaatteet, joiden on tuettava päätöksenteon avoimuutta ja monien näkökulmien huomiointia. Toimielin päättää palveluvalikoiman sisällöstä. Tällöin päätetään, kuuluuko jokin hoitomuoto palveluvalikoimaan tai kuuluuko tietty hoito tietylle potilasryhmälle. Päätösten valmistelussa on

kuultava laajasti kansalaisyhteiskuntaa ja erityisesti potilasjärjestöjä.

Toimielin määrittää hoitoja ja potilasryhmiä, joiden osalta palveluvalikoimaan on tehtävä tarkempia määrittelyjä ja tekee näitä määrittelyjä. Toimielin arvioi, mitkä ovat vaikuttamattomat ja kustannusvaikutuksiltaan heikot hoidot, jotka eivät kuulu suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Toimielin määrittää, onko uusi hoitomenetelmä yleisesti käyttöön hyväksytty ja siten palveluvalikoimaan kuuluva. Toimielin voi myös määrittää, että jokin aiemmin kansalliseen palveluvalikoimaan kuulunut hoitomuoto tai -menetelmä ei sisälly palveluvalikoimaan, kun sen käytölle ei enää ole perusteita.

Palveluvalikoiman määrittely perustuu kokonaisvaltaiseen arviointiin, jossa otetaan huomioon eri alojen tutkimustieto ja muu näyttö sekä eettiset ja terveydenhuollon organisointiin liittyvät näkökohdat. Määrittelyssä tarvitaan muun muassa vahvaa lääketieteellistä asiantuntemusta sairauksista ja niiden hoitomuodoista sekä tietoa eri hoitojen tuottamasta terveyshyödystä, hoitojen kustannusvaikuttavuudesta ja Suomessa toteutetuista hoitokäytännöistä.

Toimielimen tulee määräajoin tarkistaa palveluvalikoimamäärittelyn ajantasaisuus. Toimielin voi ottaa uudelleen käsiteltäväksi aiempia päätöksiään. Toimielin täydentää palveluvalikoimaa tarpeen mukaan, esimerkiksi kun terveydenhuoltoon on tulossa uusia hoitomuotoja, on kerääntynyt riittävästi uutta tutkimusnäyttöä tietyn sairauden hoidosta, uusia hoitosuosituksia valmistuu tai kun palveluvalikoiman soveltamisessa esiintyy ongelmia.

Pykälän 3 momentin mukaisesti toimielimen muodostavat neuvosto, joka päättää palveluvalikoiman määrittelystä, sekä sitä avustavat pysyvä sihteeristö ja asiantuntijoiden verkosto, johon nimetään sekä pysyviä että vaihtuvia asiantuntijoita. Asiantuntijat edustavat osaamisalueensa tai tieteenalansa korkeatasoista erityisasiantuntijuutta. Asiantuntijoita konsultoidaan erityisesti palveluvalikoimaan sisällytettävien täsmällisempien määrittelyiden ja toimielimen lausuntojen valmistelussa. Eettisten pohdintojensa tueksi neuvoston tulee kuulla asiantuntijatahona erityisesti valtakunnallista sosiaali- ja terveysalan eettistä neuvottelukuntaa (ETENE). Asiantuntijoiden työtä pyydetään tapauskohtaisesti ja heitä voidaan kuulla neuvoston tai sen alatyöryhmien työssä. Asiantuntijat osallistuvat toimielimen työhön itsenäisinä ja riippumattomina asiantuntijoina.

Valtioneuvosto asettaa sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa määrittelevän neuvoston kerrallaan enintään neljän vuoden toimikaudelle. Ensimmäiselle toimikaudelle nimitetään poikkeuksellisesti puolet jäsenistä kaksivuotiskaudelle ja puolet neljän vuoden toimikaudelle, jotta neuvoston jäsenistö vaihtuu rotaatioperiaatteen mukaisesti.

Pykälän 4 momentissa säädetään, että neuvostoon kuuluu puheenjohtaja ja enintään 15 muuta jäsentä, joilla kullakin on henkilökohtainen varajäsen. Neuvoston puheenjohtajana toimii sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö. Varapuheenjohtajan neuvosto valitsee keskuudestaan. Neuvoston jäsenet edustavat lääketieteen, hammaslääketieteen, hoitotyön, oikeustieteen, terveystaloustieteen sekä suomalaisen terveyspalvelu- ja sosiaaliturvajärjestelmän asiantuntijuutta. Sosiaali- ja terveysministeriöllä, THL:lla, Valviralla, Kansaneläkelaitoksella ja Suomen Kuntaliitolla on edustus neuvostossa. Neuvoston kokoonpanossa on noudatettava naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta annetun lain 4 a §:n 1 momentin vaatimusta, jonka mukaan valtion komiteoissa, neuvottelukunnissa ja vastaavissa toimielimissä tulee olla vähintään 40 prosenttia sekä naisia että miehiä. Neuvoston jäsenille ja neuvostossa kuultaville asiantuntijoille maksettavat kokouspalkkiot määräytyvät valtiovarainministeriön suosituksen mukaisesti.

Toimielimen päivittäistoiminnasta ja asioiden valmistelusta ja esittelystä neuvostolle vastaa asiantuntijasihteeristö, johon kuuluu pääsihteeri, muita asiantuntijasihteereitä ja avustavaa henkilökuntaa. Sihteeristön arvioidaan tarvitsevan käynnistysvaiheessa ajalla 2014—2015 noin kolmen henkilötyövuoden resursointia. Henkilöstötarvetta arvioidaan ja seurataan toiminnan kehittyessä ja vakiintuessa. On arvioitavissa, että toimielimen tehtävät edellyttävät toiminnan vakiinnuttua sihteeristöltä enintään viiden henkilötyövuoden resurssia.

Pykälän 5 momentin mukaan toimielimen palveluvalikoimaa koskevista päätöksistä ei ole muutoksenhakuoikeutta.

Pykälän 6 momentissa säädetään, että valtio rahoittaa toimielimen toimintamenot valtion talousarviossa vuosittain vahvistettavalla määrällä. Toimielimen vuotuisten toimintamenojen arvioidaan olevan alkuvaiheessa noin 0,6 miljoonaa euroa ja vuodesta 2015 alkaen noin 0,7 miljoonaa euroa vuodessa.

Pykälän 7 momentti sisältää asetuksenantovaltuuden, jonka mukaan toimielimen tarkemmista tehtävistä ja toiminnasta säädettäisiin valtioneuvoston asetuksella.

1.3 Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta

2 luku. Sairaanhoitokorvauksia koskevat yhteiset säännökset

3 §. *Korvattavuutta koskevat rajoitukset.* Pykälässä säädetään niistä rajoituksista, joiden perusteella vakuutetulla ei ole oikeutta saada korvausta sairaanhoidosta aiheutuvista kustannuksista. Pykälään lisätään uusi 9 kohta, jonka mukaan sairausvakuutuslain perusteella ei korvata kustannuksia, jotka ovat syntyneet hoidosta, joka ei kuulu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Palveluvalikoimatoimielimen määrittelemää palveluvalikoimaa sovelletaan kaikessa julkisesti tuotetussa ja rahoitetussa terveydenhuollossa. Näin ollen Kansaneläkelaitoksen tulee sairaanhoitokustannusten korvattavuutta arvioidessaan ottaa huomioon palveluvalikoimaan kuuluva hoito. Pykälän 1—8 kohta vastaavat voimassa olevan pykälän 1—8 kohtaa.

6 §. *Ulkomailla annettu hoito.* Pykälässä säädetään vakuutetun oikeudesta sairausvakuutuskorvaukseen silloin, kun vakuutettu on sairastunut ulkomailla eikä hänellä ole oikeutta sairaanhoitoon tai sairaanhoidon korvaukseen asianomaisessa maassa samojen ehtojen mukaisesti kuin kyseisessä maassa asuvilla tai vakuutetuilla. Pykälän 1 momenttia ehdotetaan täsmennettäväksi siten, että säännös koskisi korvauksen maksamista tilanteessa, jossa vakuutetun sairaanhoitokustannukset ovat syntyneet muualla kuin EU:n alueella tai valtiossa, jossa sovelletaan EU-asetusta 883/2004. Vakuutetulla on oikeus sairausvakuutuslain mukaiseen korvaukseen sairaanhoidon kustannuksista, jos hän on joutunut sairaanhoidon tarpeeseen matkalla ollessaan. Korvaus kattaa myös tilanteet, joissa henkilö tarvitsee matkalla ollessaan hoitoa kroonisen sairauden perusteella. Edellä esitetyissä tilanteissa vakuutetulla ei ole oikeutta sairausvakuutuslain mukaiseen korvaukseen, jos hän on omatoimisesti hakeutunut hoitoon toiseen maahan. Momentti vastaa muilta osin voimassa olevan sairausvakuutuslain 2 luvun 6 pykälän 1 momenttia.

Pykälän 2 momentissa säädetään Euroopan unionin jäsenvaltiossa annetun sairaanhoidon korvaamisesta. Pykälän 1 momentista poiketen vakuutetulla on oikeus sairausvakuutuslain mukaiseen korvaukseen myös silloin, jos hän on itse hakeutunut hoitoon muuhun EU-valtioon tai valtioon, jossa sovelletaan EU-asetusta 883/2004. Voimassa olevan momentissa viitataan vain sairausvakuutuslain tutkimuksen ja hoidon korvauksia koskevaan 3 lukuun. Tämän mukaisesti Kansaneläkelaitos on tilanteissa, joissa henkilö on omatoimisesti hakeutunut hoitoon toiseen Euroopan unionin jäsenvaltioon tai Euroopan talousalueen maahan taikka Sveitsiin, korvannut ainoastaan sairausvakuutuslain 3 luvun mukaisia hoito- ja tutkimuskustannuksia. Käytäntö ei kuitenkaan vastaa Euroopan unionin tuomioistuimen näkemystä asiasta. Tuomioistuimen mukaan ennakkoluvan edellyttäminen korvauksen saamiselle rajoittaa tavaroiden ja palveluiden vapaata liikkuvuutta tavalla, joka ei ole yhteensopiva Euroopan unionin perustamissopimuksen tavoitteiden kanssa. Euroopan unionin perustamissopimuksen yksi keskeisiä perusperiaatteita on henkilöiden, tavaroiden, palveluiden ja pääomien vapaa liikkuvuus. Tämä peruste on todettu esimerkiksi EUT:n päätöksessä C-120/95 (Decker). Päätöksessään tuomioistuin on todennut, että jäsenvaltion sosiaaliturvalaitos ei voinut kieltäytyä maksamasta korvausta vakuutetulle sillä perusteella, että sairaanhoitotuotteen ostamiseen ulkomailta olisi kansallisen lainsäädännön perusteella tarvittu ennakkolupa. Myös Suomessa sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunta on viittaamalla EU:n perustamissopimukseen ja EU-tuomioistui-

men tuomioon päätynyt samalle kannalle. Lääke on korvattava, jos se on ostettu Euroopan unionin toisesta jäsenvaltiosta ja se olisi myös Suomessa ostettuna korvattava. Kansaneläkelaitos on muuttanut korvauskäytäntöään vastaamaan EU-tuomioistuimen kantaa. Näistä syistä johtuen lain sanamuotoa on tarpeen tarkistaa. Vastaavasti myös muualla EU:n jäsenvaltiossa tai valtiossa, jossa sovelletaan EU-asetusta 883/2004, syntyneet matkakustannukset tulee korvata vastaavin perustein kuin Suomessa tehdyt matkat.

Pykälän 3 momentissa säädetään korvauksen määrästä. Sairausvakuutuslain perusteella ulkomailla syntyneistä kustannuksista korvattaisiin sairausvakuutuslain perusteella korvattava määrä, kuitenkin enintään aiheutuneet kustannukset.

Pykälän 4 momentin mukaan ulkomailla syntyneiden kustannusten korvaaminen edellyttää, että korvaukseen oikeuttavan tutkimuksen tai hoidon suorittajalla tai toimintayksiköllä on hoitoa antaneen valtion lainsäädännön edellyttämät luvat toiminnalleen. Ulkomailla toimivilta terveyspalvelujen tuottajilta edellytetään vastaavaa asianomaisen valtion lainsäädännön mukaista lupaa tai rekisteröintiä kuin Suomessa toimiviltakin ammatinharjoittajilta ja toimintayksiköiltä edellytetään. Momenttia ehdotetaan täsmennettäväksi siten, että ulkomailla syntyneiden lääkekustannusten korvaaminen edellyttäisi, että lääkkeenmääräjällä on oikeus määrätä lääkkeitä valtiossa, jossa lääke on määrätty. Edellytysten tutkimista kuitenkin vaikeuttaa se, ettei voimassa olevista toimiluvista ole olemassa ajantasaista ja kattavaa rekisteriä. Sen vuoksi tietoja ei voida tarkistaa samalla tarkkuudella kuin Suomessa toimivien osalta ja käytännössä joudutaan luottamaan pääosin siihen, että kukin maa valvoo omassa maassaan toimivien ammatinharjoittajien ja terveydenhuollon toimintayksiköiden toiminnan lainmukaisuutta. Tarvittaessa selvitystä voidaan pyytää myös palvelua käyttäneeltä vakuutetulta.

3 luku. Hoito- ja tutkimuskorvaukset

6 §. *Sairaanhoitokorvauksen korvaustaksan enimmäismäärä ja perusteet sekä korvaustaksan vahvistaminen.* Pykälässä säädetään sairaanhoitokorvausten perusteena käytettävien korvaustaksojen enimmäismäärien ja niiden perusteiden vahvistamisesta sekä korvattavien tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden korvaustaksojen vahvistamisesta. Korvaustaksojen enimmäismääristä ja perusteista säädetään valtioneuvoston asetuksella, jonka perusteella Kansaneläkelaitos vahvistaa korvattavien tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden korvaustaksat. Pykälän 3 momentin perusteella korvaustaksojen perusteiden ja vahvistettavien korvaustaksojen tulee perustua tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatuun, sen vaatimaan työhön ja aiheuttamaan kustannukseen, korvattavan palvelun hoidolliseen arvoon ja korvauksiin käytettävissä oleviin varoihin. Sosiaali- ja terveysministeriön on korvaustaksojen perusteita valmisteltaessa kuultava Kansaneläkelaitosta. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön sekä Kansaneläkelaitoksen on korvaustaksojen perusteita ja korvaustaksoja valmisteltaessa varattava THL:lle, Valviralle sekä asianomaisia toimijoita edustaville järjestöille mahdollisuus lausunnon antamiseen. Pykälän 3 momenttia ehdotetaan muutettavaksi siten, että korvausperusteita ja korvaustaksoja valmisteltaessa tulisi kuulla palveluvalikoimaa määrittelevää toimielintä. Muilta osin ehdotettu momentti vastaa voimassa olevan sairausvakuutuslain 3 luvun 6 §:n 3 momenttia.

4 luku. Matkakustannusten korvaaminen

1 §. *Vakuutetun tekemä matka.* Voimassa olevan pykälän 3 momentin perusteella ulkomailla ja ulkomaille tehdyn matkan kustannuksia ei korvata sairausvakuutuslain perusteella. Poikkeuksena ovat tilanteet, joissa vakuutettu on joutunut hoidon tarpeeseen vastavuoroisesta sairaan- ja terveydenhoidosta rajaseudulla annetun lain (307/1961) 1 §:ssä tarkoitetulla rajaseudulla tai vakuutetulle kansanterveyslain (66/1972), erikoissairaanhoitolain (1062/1989) tai terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan järjestettäväksi tarkoitettu hoito on annettu mainitussa laissa tarkoitetulla rajaseudulla asuvalle. Tällöin matkakustannukset on korvattu sairausva-

kuutuslain perusteella. Näin ollen esimerkiksi Pohjois-Suomessa asuvalla vakuutetulla henkilöllä on oikeus korvaukseen matkasta, joka on tehty Suomen julkisen terveydenhuollon ostopalveluna Norjasta hankkimaan hoitoon. Lisäksi Kansaneläkelaitos on 1 päivästä toukokuuta 2010 lähtien korvannut EU-asetuksen 883/2004 mukaisia ennakkoluvallisissa hoitoon hakeutumistilanteissa ulkomaille tai ulkomailla tehtyjä matkoja, jotka liittyvät erottamattomasti hoitoon. Soveltamiskäytännön muutos perustuu EU-asetuksen 883/2004 täytäntöönpanoasetuksen 987/2009 26.3 artiklaan, jossa on säädetty velvoite maksaa matkakustannukset ennakkoluvallisen hoitoon hakeutumisen tilanteissa.

EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön perusteella ei voida enää tehdä eroa rajojen sisäpuolella ja rajat ylittävän matkan kustannusten korvaamisessa (Leichtle C-8/02, Watts C-372/04, Herrera C-466/04). Näin ollen pykälän 3 momenttia ehdotetaan muutettavaksi siten, että matkakustannukset korvattaisiin sairausvakuutuslain perusteella, jos hoito on annettu EU- valtiossa tai valtiossa, jossa sovelletaan asetusta 883/2004. Muuhun valtioon tai muussa valtiossa sairauden hoidon vuoksi tehtyjä matkakustannuksia ei jatkossakaan korvattaisi. Jos vakuutettu kuitenkin sairastuu muussa kuin EU-valtiossa ja hänet kuljetetaan hoitoon Suomeen, matka voitaisiin edelleen korvata tarpeellisena pidettävän matkustustavan mukaan kotimaan lentoasemalta, satamasta tai valtakunnan rajalta kotipaikkakunnan sairaalaan asti edellyttäen, että erityiskulkuneuvon käyttö on lääkärin arvion mukaan tarpeellinen.

4 §. *Tutkimus- ja hoitopaikka.* Ehdotetussa pykälässä säädetään niistä tutkimus- ja hoitopaikoista, joihin tehdyt matkat korvataan. Voimassa olevan pykälän perusteella vakuutetulle aiheutuneet matkakustannukset korvataan matkasta sellaiseen lähimpään tutkimus- ja hoitopaikkaan, jossa vakuutettu voi saada hänen terveydentilansa vaarantumatta sairausvakuutuslaissa tarkoitettua tarpeellista tutkimusta ja hoitoa. Jos kunta tai kuntayhtymä on järjestänyt erikoissairaanhoidon sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n mukaan, korvataan matkakustannukset sinne, missä hoito on annettu. Muutoin matkakustannukset korvataan sen mukaan, kuinka paljon matka olisi maksanut lähimpään tutkimus- ja hoitopaikkaan.

Pääsääntönä tulisi edelleenkin olemaan, että matkakorvaus myönnetään siihen lähimpään hoitopaikkaan, jossa vakuutetun voidaan katsoa saavan sairausvakuutuslaissa tarkoitetun tarpeellisen tutkimuksen tai hoidon. Lähimpänä hoitopaikkana pidetään pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa oman kunnan terveyskeskusta ja erikoissairaanhoidossa erityisvastuualueen yliopistosairaalaa. Jos vakuutettu ilman julkisen terveydenhuollon maksusitoumusta eli omatoimisesti tai lähetteen perusteella hakeutuu kauemmaksi hoitoon, matka korvataan niiden kustannuksien mukaan, jotka olisivat syntyneet matkasta lähimpään tarpeellisena pidettävään hoitopaikkaan. Silloin kun vakuutettu on saanut kunnan tai sairaanhoitopiirin maksusitoumuksen ostopalveluna järjestettyyn tutkimukseen tai hoitoon, hänellä on oikeus saada tämän lain mukaan myönnettävä matkakorvaus niistä kustannuksista, jotka aiheutuvat osoitettuun tutkimus- tai hoitopaikkaan matkustamisesta. Sama koskee tilanteita, joissa julkinen terveydenhuolto antaa potilaalle lähetteen julkisen terveydenhuollon yksikköön, jolloin se maksaa hoidon kuntalaskutuksena jälkikäteen. Pykälää ehdotetaan täsmennettäväksi niin, että matka korvattaisiin lähimpään hoitopaikkaan, jos vakuutettu on käyttänyt terveydenhuoltolain mukaista valinnanvapauttaan ja hakeutunut lähintä hoitopaikkaa kauemmaksi hoitoon. Lisäksi pykälää täsmennettäisiin niin, että jos potilaalle on myönnetty EU-asetuksen 883/2004 mukainen lupa hakeutua hoitoon asuinvaltion ulkopuolelle tai potilasdirektiivin mukainen ennakkolupa, luvan mukaiseen hoitoon liittyvät matkakustannukset korvattaisiin hoitopaikkaan asti.

Kauemmaksikin tehty matka voitaisiin edelleen perustellusta syystä korvata, jos se harkitaan tarpeelliseksi hoidon tai tutkimuksen takia. Tämä on mahdollista esimerkiksi silloin, jos vakuutettu on kotikielensä vuoksi ohjattu tiettyyn hoitopaikkaan tai jos vakuutettu kutsutaan ensimmäiseen jälkitarkastukseen siihen sairaalaan, jossa häntä on aiemmin hoidettu.

15 luku. **Toimeenpanoa koskevat säännökset**

16 §. *Kansaneläkelaitoksen tehtävät toimeenpantaessa neuvoston asetuksen (ETY) N:o 1408/71 sekä sosiaaliturva- ja sairaanhoitosopimusten säännöksiä.* Säännös ehdotetaan kumottavaksi, koska sen sisällöstä säädettäisiin rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 19 §:ssä.

16 a §. *Neuvoston asetuksen (ETY) N:o 1408/71 sekä sosiaaliturva- ja sairaanhoitosopimusten nojalla annettavien sairaus- ja äitiysetuuksien kustannusten korvaaminen.* Säännös ehdotetaan kumottavaksi, koska sen sisällöstä säädettäisiin rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 20 ja 21 §:ssä.

18 luku. **Sairausvakuutusrahasto ja vakuutusmaksut**

1 §. *Soveltamisala.* Pykälässä säädetään, minkä lakien mukaisia etuuksia ja korvauksia rahoitetaan sairausvakuutuslain perustella. Pykälää ehdotetaan muutettavaksi siten, että uudessa 5 kohdassa säädettäisiin lain soveltamisalaan kuuluvaksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 9 §:n 2—4 momentin perusteella maksettavat korvaukset ja muut mainitussa laissa säädetyt valtion varoista korvattavat kulut. Sairausvakuutuslain perusteella rahoitettaisiin siten Suomen kustannusvastuulle kuuluvan henkilön ulkomailla syntyneet sairaanhoidon kustannukset, jos henkilö on EU-valtiossa ollessaan joutunut lääketieteellisesti välttämättömän sairaanhoidon tarpeeseen. Lisäksi sairausvakuutuslain perusteella korvataan jatkossakin erikseen valtion varoista korvattaviksi säädetyt kustannukset, joita koskevat säännökset siirretään sairausvakuutuslaista rajat ylittävästä terveydenhuollosta annettuun lakiin.

8 §. *Sairaanhoitovakuutuksen kulut.* Pykälässä säädetään sairaanhoitovakuutuksen kuluista. Pykälän 1 momentin 5 kohta ehdotetaan muutettavaksi siten, että säännöksessä viitattaisiin rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 9 §:n 2—4 momentin, 20 §:n ja 21 §:n perusteella maksettaviin korvauksiin, jotka rahoitetaan sairaanhoitovakuutuksesta. Lain 18 luvun 10 §:n perusteella valtion varoista rahoitetaan 8 §:n 1 momentin 5 kohdassa tarkoitetut sairaanhoidon kulut siltä osin kuin Suomessa annettujen sairaanhoitoetuuksien perusteella ulkomailta saadut kulujen korvaukset eivät niitä kata. Näin ollen rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 9 §:n 2—4 momentin, 20 §:n ja 21 §:n nojalla maksettavat korvaukset tulisivat rahoitettaviksi kokonaan valtion varoista.

19 luku. **Tietojen saamista ja luovuttamista koskevat säännökset**

5 §. *Tietojen luovuttaminen eräissä tapauksissa.* Pykälän 1 momentissa säädetään Kansaneläkelaitoksen oikeudesta tietyin edellytyksin luovuttaa vakuutetun lääkeostoja koskevia tietoja lääkkeen määränneelle lääkärille, apteekeille sellaisen vakuutetun tunnistetiedot, jolle lääkekorvausta ei suoriteta ns. suorakorvausmenettelyä noudattaen, tietyin edellytyksin lääkäriä koskevia tietoja Valviralle sekä eräitä vakuutettua koskevia tietoja teknisen käyttöyhteyden avulla sairausvakuutuslain 15 luvun 9 §:ssä säädettyä tilitysmenettelyä noudattavalle apteekille.

Voimassa olevan pykälän 1 momentin 5 kohdan mukaan Kansaneläkelaitoksen tietojenanto-oikeus rajoittuu vain Suomessa vakuutettuihin. Kansaneläkelaitoksen etuustietojen kyselypalvelusta on välitetty vuoden 2012 lopusta alkaen apteekkien reseptikäsittelyjärjestelmiin tietoverkkoa käyttäen vastaavat tiedot, jotka apteekki saa asiakkaan Kela-kortista. Sähköisen sairausvakuutustietojen välityksen käyttöönoton myötä olisi perusteltua, että apteekit voisivat saada suoraan Kansaneläkelaitoksen järjestelmästä suorakorvausmenettelyn toteuttamiseen tarvitsemiaan tietoja vakuutettujen lisäksi myös sellaisten sairausvakuutuslain mukaisiin korvauksiin oikeutettujen henkilöiden osalta, jotka eivät ole Suomessa sairausvakuutettuja. Näin ollen lainkohdan 1 momentin 5 kohtaa ehdotetaan muutettavaksi siten, että Kansaneläkelaitos voisi antaa apteekeille vakuutettujen lisäksi myös sellaisten henkilöiden tietoja, jotka ovat muun lainsäädännön nojalla oikeutettuja sairaanhoitokorvauksiin Suomessa.

1.4 Laki sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain muuttamisesta

11 §. *Todistusten ja muiden esitettävien asiakirjojen antaminen.* Pykälässä säädetään todistuksista ja esitettävistä asiakirjoista, joita toimivaltaiset laitokset ovat velvollisia antamaan joko toisen jäsenmaan laitokselle tai asianomaiselle henkilölle. Pykälän 2 momentissa säädetään Kansaneläkelaitoksen antamista todistuksista ja asiakirjoista. Säännöksestä ehdotetaan kumottavaksi 2 momentin 4 kohta eurooppalaisen sairaanhoitokortin ja sen väliaikaisesti korvaavan todistuksen antamisesta, 5 kohta luontoisetuuksien saamista koskevan täytäntöönpanoasetuksen 24 artiklan mukaisen rekisteröintitodistuksen antamisesta ja 6 kohta täytäntöönpanoasetuksen 29 artiklan mukaisen entisen rajatyöntekijän oikeutta hoitoon entisessä työskentelyvaltiossa koskevan todistuksen antamisesta. Kumottavien kohtien sisältö siirretään rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 16 §:ksi.

13 §. *Todistus oikeudesta hoitoetuuksiin Suomessa.* Säännös ehdotetaan kumottavaksi ja sen sisältö siirretään rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 17 §:ään.

14 §. *Lupa saada hoitoa toisessa jäsenvaltiossa.* Säännös ehdotetaan kumottavaksi ja sen sisältö siirretään rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 13 §:ään.

27 §. *Luontoisetuuksien kustannusten korvaaminen ja periminen.* Säännös ehdotetaan kumottavaksi ja sen sisältö siirretään rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 20 §:ään.

28 §. *Eurooppalaisen sairaanhoitokortin väärinkäyttö.* Säännös ehdotetaan kumottavaksi ja sen sisältö siirretään rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 23 §:ksi.

2 Tarkemmat säännökset ja määräykset

Esityksen mukaan tarkempia säännöksiä rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspisteestä, rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvien kustannusten hallinnoinnista sekä suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimatoimielimestä annetaan valtioneuvoston asetuksilla. Lisäksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta annettavan lain 14 §:n voimaantulosta säädetään tarvittaessa erikseen valtioneuvoston asetuksella.

3 Voimaantulo

Potilasdirektiivin noudattamisen edellyttämät säännökset tulee saattaa kansallisesti voimaan viimeistään 25 päivänä lokakuuta 2013. Lait ehdotetaan tuleviksi voimaan mahdollisimman pian sen jälkeen, kun ne on hyväksytty ja vahvistettu.

4 Suhde perustuslakiin ja säätämisjärjestys

(Täydennetään.)

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset:

1.

Laki

rajat ylittävästä terveydenhuollosta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

1 luku

Yleiset säännökset

1 §

Lain tarkoitus ja suhde muuhun lainsäädäntöön

Tässä laissa säädetään oikeudesta käyttää rajat ylittävän terveydenhuollon palveluja ja niistä aiheutuneiden kustannusten korvaamisesta, rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvistä menettelyistä, sekä toisessa Euroopan unionin jäsenvaltiossa *(EU-valtio)* vakuutetun henkilön oikeudesta saada terveydenhuollon palveluja Suomessa. Lailla pannaan täytäntöön potilaan oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa annettu Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU *(potilasdirektiivi)*.

Henkilön oikeudesta käyttää terveydenhuollon palveluja ja niistä aiheutuneiden kustannusten korvaamisesta on lisäksi voimassa, mitä muualla laissa ja sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetussa Euroopan parlamentin ja neuvoston asetuksessa (EY) N:o 883/2004 ja sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun asetuksen (EY) N:o 883/2004 täytäntöönpanomenettelystä annetussa Euroopan parlamentin ja neuvoston asetuksessa (EY) N:o 987/2009 säädetään.

Mitä tässä laissa, lukuun ottamatta 6 §:ää, säädetään EU-valtiosta tai EU-valtiossa vakuutetusta henkilöstä, sovelletaan vastaavasti Euroopan talousalueeseen kuuluvaan valtioon ja Sveitsiin sekä näissä valtioissa vakuutettuihin henkilöihin.

2 §

Henkilöllinen soveltamisala

Tätä lakia sovelletaan:

1) henkilöön, joka hakee tai joka on saanut terveydenhuollon palveluja muussa EU-valtiossa kuin Suomessa ja jolla on Suomessa kotikuntalaissa (201/1994) tarkoitettu kotikunta tai joka on vakuutettu sairausvakuutuslain (1224/2004) perusteella; ja

2) henkilöön, joka on EU-asetuksen 883/2004 1 artiklan c kohdan tarkoittama vakuutettu henkilö tai johon sovelletaan Euroopan unionin asetuksen (EU) 1231/2010 perusteella EU-asetusta 883/2004 ja joka EU-asetuksen 883/2004 II osaston sovellettavaa lainsäädäntöä koskevien säännösten mukaan kuuluu Suomen lainsäädännön piiriin, sekä tällaisen henkilön perheenjäseniin ja edunsaajiin.

3 §

Soveltamisalan rajoitukset

Tätä lakia ei sovelleta

1) pitkäaikaishoitoon, jonka tarkoituksena on tukea tavanomaisissa päivittäisissä toiminnoissa apua tarvitsevia henkilöitä;

2) elinsiirtoa varten tapahtuvaan elinten luovutukseen ja saatavuuteen;

3) kansallisen rokotusohjelman mukaisiin rokotuksiin;

4) työterveyshuoltolaissa (1383/2001) tarkoitettuun työterveyshuoltoon; ja

5) terveydenhuoltolaissa (1326/2010) tarkoitettuun koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon.

4 §

Määritelmät

Tässä laissa tarkoitetaan:

1) *potilasdirektiivillä* potilaan oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa annettua Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviä 2011/24/EU;

2) *EU-asetuksella 883/2004* sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annettua Euroopan parlamentin ja neuvoston asetusta (EY) N:o 883/2004 ja soveltuvin osin sitä edeltävää neuvoston asetusta (ETY) N:o 1408/71 sosiaaliturvajärjestelmän soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheenjäseniinsä;

3) *EU-asetuksella 987/2009* sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun asetuksen (EY) N:o 883/2004 täytäntöönpanomenettelystä annettua Euroopan parlamentin ja neuvoston asetusta (EY) N:o 987/2009;

4) *sosiaaliturvasopimuksella* Suomen tekemiä sairaanhoitosopimuksia sekä sosiaaliturvasopimuksia, joissa on sairaanhoitoa koskevia määräyksiä;

5) *terveydenhuollon palvelulla* potilaan terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä;

6) *julkisella terveydenhuollolla* terveydenhuoltolain 1 §:n 1 momentin perusteella kunnan järjestämisvastuulle kuuluvaa terveydenhuoltoa;

7) *rajat ylittävällä terveydenhuollolla* henkilön saamaa terveydenhuollon palvelua tai terveydenhuollon palveluista aiheutunutta kustannusta, joka on toteutunut muualla kuin valtiossa, joka vastaa hänen sairaanhoitonsa kustannuksista EU-asetusten 883/2004 tai 987/2009, sosiaaliturvasopimuksen tai tämän lain perusteella;

8) *toisessa EU-valtiossa vakuutetulla henkilöllä* toisen EU-valtion kansalaista, kansalaisuudetonta ja valtiotonta henkilöä sekä pakolaista, joka on EU-asetuksen 883/2004 1 artiklan c kohdan tarkoittama vakuutettu henkilö ja joka EU-asetuksen 883/2004 II osaston sovellettavaa lainsäädäntöä koskevien säännösten mukaan kuuluu muun valtion kuin Suomen lainsäädännön piiriin, sekä tällaisen henkilön perheenjäseniin ja edunsaajiin sekä muun kuin EU-valtion kansalaista, johon sovelletaan Euroopan unionin asetuksen (EU) 1231/2010 perusteella EU-asetusta 883/2004; ja

9) *kotikunnalla* kotikuntalain 2 luvun 2 §:ssä tarkoitettua kuntaa.

2 luku

Oikeus rajat ylittävän terveydenhuollon palveluihin

5 §

Ulkomailla annettavat palvelut

Henkilöllä on oikeus hakeutua ulkomaille terveydenhuollon palveluihin. Palveluista aiheutuvien kustannusten korvaamisen perusteista säädetään jäljempänä tässä laissa.

6 §

Oikeus käyttää terveydenhuollon palveluja Suomessa

Jos toisessa EU-valtiossa vakuutettu henkilö hakeutuu hoitoon Suomen julkiseen terveydenhuoltoon, kunnan on järjestettävä nämä palvelut hänelle ilman syrjintää samojen perusteiden mukaisesti kuin Suomessa asuvalle.

Yksityisen terveydenhuollon toimintayksikön velvollisuuteen antaa palveluja ilman syrjintää toisessa EU-valtiossa vakuutetulle sovelletaan yhdenvertaisuuslakia (21/2004).

7 §

Hoitoon ottamisen rajoittaminen

Järjestämisvastuussa oleva kunta tai kuntayhtymä voi rajoittaa määräaikaisesti toisessa EU-valtiossa vakuutettujen Suomeen hoitoon hakeutuvien henkilöiden vastaanottoa

tietyssä julkisen terveydenhuollon toimintayksikössä, jos rajoittaminen on välttämätöntä kunnan asukkaiden terveydenhuollon palvelujen turvaamiseksi. Rajoitus voi olla voimassa enintään 12 kuukautta kerrallaan.

Rajoituksen käyttöönotosta on ilmoitettava viivytyksettä aluehallintovirastolle ja tämän lain 25 §:ssä tarkoitetulle rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspisteelle.

8 §

Julkisen terveydenhuollon palveluista perittävät maksut

Toisesta EU-valtiossa vakuutetulta henkilöltä voidaan periä maksu hänelle julkisessa terveydenhuollossa annetuista terveydenhuollon palveluista sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 1—3 §:n (734/1992) mukaisesti, ellei henkilön oikeus julkisen terveydenhuollon palveluun perustu EU-asetukseen 883/2004, sosiaaliturvasopimukseen tai muuhun kansainväliseen sopimukseen.

3 luku

Kustannusten korvaaminen

9 §

Oikeus korvaukseen EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelun kustannuksesta

Jos henkilö matkustaa toiseen EU-valtioon tarkoituksenaan käyttää siellä terveydenhuollon palvelua, henkilölle hoidosta aiheutuneet kustannukset korvataan siten kuin sairausvakuutuslain (1224/2004) 3—5 luvussa säädetään edellyttäen, että annettu hoito kuuluu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan eikä hänelle ole annettu 13 tai 14 §:ssä tarkoitettua lupaa.

Henkilölle korvataan tämän lain perusteella EU-asetuksen 883/2004 19 artiklassa tarkoitetun tilapäisen oleskelun aikana toisessa EU-valtiossa annetun lääketieteellisesti välttämättömän hoidon kustannukset, jos annettu hoito kuuluu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja henkilö on maksanut terveydenhuollon palvelusta aiheutuneet kustannukset. Kustannuksia ei korvata, jos kustannukset ovat syntyneet eurooppalaisen sairaanhoitokortin tai sitä vastaavan todistuksen perusteella annetusta hoidosta tai jos kustannus on aiheutunut henkilölle valtiossa, joka on asianomaisen henkilön asuinvaltio EU-asetuksen 883/2004 17 artiklassa tarkoitetulla tavalla.

Edellä 2 momentissa tarkoitetut kustannukset korvataan enintään siihen määrään saakka, mitä vastaavan hoidon kustannus olisi ollut julkisessa terveydenhuollossa henkilön kotikunnassa. Vastaavan hoidon kustannuksella tarkoitetaan sitä kustannusta, joka terveydenhuoltolain 58 §:n perusteella perittäisiin toisesta kunnasta olevan henkilön kotikunnalta. Korvauksesta vähennetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain perusteella henkilön kotikunnassa vastaavasta hoidosta päätetty asiakasmaksu.

Jos henkilöllä ei ole kotikuntaa, vastaavan hoidon kustannuksella tarkoitetaan sitä kustannusta, jonka Helsingin kaupunki terveydenhuoltolain 58 §:n perusteella laskuttaisi toisesta kunnasta olevan henkilön kotikunnalta. Korvauksesta vähennetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain perusteella Helsingin kaupungissa vastaavasta hoidosta päätetty asiakasmaksu.

10 §

Oikeus korvaukseen muussa kuin EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelun kustannuksesta

Henkilölle muussa kuin EU-valtiossa annetusta terveydenhuollon palvelusta aiheutuneet kustannukset korvataan siten kuin sairausvakuutuslaissa säädetään.

11 §

Matkakustannusten korvaaminen

Henkilölle toisessa EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelun käytöstä aiheutu-

neet matkakustannukset korvataan siten kuin sairausvakuutuslain 4 luvussa säädetään.

Henkilölle muussa kuin EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelun käytöstä aiheutuneita matkakustannuksia ei korvata.

12 §

Korvauksen määrän hakeminen, määrän vahvistaminen ja maksaminen

Korvauksen hakemiseen ja maksamiseen sovelletaan sairausvakuutuslain 15 luvun 2, 3, 7, 8, 13—15 ja 17—20 §:ää.

Potilaalle 9 §:n 4—5 momentin perusteella maksettavan korvauksen määrän vahvistamiseksi Kansaneläkelaitos selvittää potilaan kotikunnalta, mikä vastaavan terveydenhuollon palvelun kustannus olisi ollut potilaan kotikunnassa.

13 §

Lupa saada asianmukaista hoitoa asuinvaltion ulkopuolella

Henkilö hakee Kansaneläkelaitokselta EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukaista lupaa saada asianmukaista hoitoa asuinvaltionsa ulkopuolella. Kansaneläkelaitos antaa päätöksen luvasta potilaan hoidosta vastuussa olevan julkisen terveydenhuollon toimintayksikön sitovan lausunnon perusteella.

Julkisen terveydenhuollon toimintayksikön on toimitettava Kansaneläkelaitokselle 1 momentissa tarkoitettu lausunto, jossa arvioidaan EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan 2 kohdan edellytysten täyttymistä. Kirjallinen lausunto on toimitettava pyynnön vastaanottamista seuraavien 21 vuorokauden kuluessa. Jos lausuntoa ei Kansaneläkelaitoksen pyynnöstä huolimatta saada asianomaiselta julkisen terveydenhuollon toimintayksiköltä, luvan antamista koskevien edellytysten katsotaan täyttyneen ja Kansaneläkelaitos antaa 1 momentissa sanotun luvan. Jos hakemus on jätetty julkisen terveydenhuollon toimintayksikölle, sen on toimitettava edellä sanotussa määräajassa hakemus oman lausuntonsa kera Kansaneläkelaitokselle päätöksen antamiseksi.

Sovellettaessa EU-asetuksen 883/2004 27 artiklan 3 kohtaa, Kansaneläkelaitos antaa päätöksen luvasta potilaan asuinvaltion antamien 2 momentissa tarkoitettua lausuntoa vastaavien tietojen perusteella. Jos Kansaneläkelaitos ei ole saanut lupaan liittyviä tarpeellisia tietoja 2 momentissa sanotussa määräajassa, Kansaneläkelaitos antaa päätöksen luvasta saatuaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä pyytämänsä potilaan hoitoa koskevan lääketieteellisen arvion, jossa otetaan huomioon potilaan senhetkinen terveydentila ja sairauden todennäköinen kulku.

Jos korvaushakemuksen yhteydessä ilmenee, että potilas ei ole hakenut 1 momentissa tarkoitettua lupaa, luvan edellytykset tutkitaan hakemuksesta ja lupa on annettava jälkikäteen, jos edellytykset luvan antamiselle olivat olemassa ennen terveydenhuollon palvelun käyttämistä.

14 §

Potilasdirektiivin ennakkolupa

Toisessa EU-valtiossa annettavasta terveydenhuollon palvelusta aiheutuvien kustannusten korvaamiseksi edellytetään ennakkoon annettua lupaa, jos kyse on terveydenhuoltolain 45 §:n perusteella valtakunnallisesti keskitetystä erityistason sairaanhoidosta tai hoidosta, josta voi aiheutua tapauskohtaisen arvioinnin perusteella henkilölle tai väestölle erityinen riski hoidon luonteen tai terveydenhuollon toimintayksikön tarjoamien palvelujen yleiseen laatuun ja turvallisuuteen liittyvän seikan vuoksi. Henkilö hakee ennakkolupaa Kansaneläkelaitokselta. Kansaneläkelaitos antaa ennakkoluvan henkilön hoidosta vastuussa olevan julkisen terveydenhuollon toimintayksikön sitovan lausunnon perusteella.

Ennakkolupa on annettava, jos kyseinen terveydenhuollon palvelu kuuluu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja jos terveydenhuollon palvelua ei voida järjestää terveydenhuoltolain 51—53 §:ssä säädetyssä määräajassa.

Ennakkolupa voidaan jättää antamatta, jos terveydenhuollon palvelu voidaan järjestää henkilölle terveydenhuoltolain 51—53 §:ssä säädetyssä määräajassa tai kyse on hoidosta, josta aiheutuu tapauskohtaisen arvioinnin perusteella henkilölle tai väestölle erityinen riski hoidon luonteen tai terveydenhuollon toimintayksikön tarjoamien palvelujen yleiseen laatuun ja turvallisuuteen liittyvän seikan vuoksi.

Jos potilaan korvaushakemuksen yhteydessä ilmenee, että kyse on 1 momentissa tarkoitetusta ennakkolupaa edellyttävästä terveydenhuollon palvelusta, luvan edellytykset tutkitaan hakemuksesta ja lupa on annettava jälkikäteen, jos edellytykset luvan antamiselle olivat olemassa ennen terveydenhuollon palvelun käyttämistä.

Tämän pykälän voimaantulosta säädetään erikseen valtioneuvoston asetuksella.

15 §

Luvan mukaisen hoidon kustannusten korvaaminen

Jos henkilölle on annettu 13 tai 14 §:ssä tarkoitettu lupa ja henkilö on itse maksanut terveydenhuollon palvelusta aiheutuneet kustannukset, luvan mukaisesta hoidosta henkilölle aiheutuneina kustannuksina korvataan 9 §:n 4—5 momentin mukainen määrä.

4 luku

Tietojen ja asiakirjojen antaminen

16 §

Toisissa EU-valtioissa käytettävät todistukset oikeudesta hoitoetuuksiin

Kansaneläkelaitos antaa hakemuksesta henkilölle seuraavat todistukset ja muut esitettävät asiakirjat:

1) eurooppalaisen sairaanhoitokortin ja sen väliaikaisesti korvaavan todistuksen;

2) EU-asetuksen 987/2009 24 artiklan mukaisen rekisteröintitodistuksen luontoisetuuksien saamiseksi;

3) EU-asetuksen 987/2009 29 artiklan mukaisen todistuksen entisen rajatyöntekijän oikeudesta hoitoon entisessä työskentelyvaltiossa.

Todistuksen tai muun esitettävän asiakirjan antamatta jättämisestä Kansaneläkelaitos antaa päätöksen.

17 §

Suomessa käytettävä todistus oikeudesta hoitoetuuksiin

Kansaneläkelaitos selvittää asianomaisen henkilön tai julkisen terveydenhuollon pyynnöstä taikka omasta aloitteestaan henkilön EU-asetuksen 883/2004, sosiaaliturvasopimuksen, muun kansainvälisen sopimuksen tai kansallisen lainsäädännön mukaisen oikeuden käyttää Suomessa terveydenhuollon palveluja ja saada muita sairaus- ja äitiysetuuksia.

Kansaneläkelaitos antaa 1 momentissa tarkoitetun selvityksen perusteella henkilöä koskevan todistuksen oikeudesta hoitoetuuksiin Suomessa.

Todistuksen antamatta jättämisestä Kansaneläkelaitos antaa päätöksen asianomaiselle henkilölle. Jos todistusta on hakenut muu kuin asianomainen henkilö, todistuksen antamatta jättämisestä annetaan päätös vain henkilön pyynnöstä.

Todistus on voimassa määräajan tai enintään 24 kuukautta. Todistus sitoo julkista terveydenhuoltoa sen antaessa henkilölle terveydenhuollon palveluja.

18 §

Tietojen antaminen oikeudesta terveydenhuollon palvelujen käyttämiseen

Kansaneläkelaitos antaa henkilölle pyynnöstä häntä koskevia tietoja hänen oikeudestaan käyttää rajat ylittävän terveydenhuollon palveluja sekä tietoja 16 ja 17 §:ssä tarkoitettujen asiakirjojen antamisesta ja rekisteröinnistä sekä rekisteröinnin muutoksista, peruuttamisesta ja seurannasta.

Tietojen toimittamiseksi potilaan on annettava Kansaneläkelaitokselle tarpeelliset tiedot olosuhteistaan.

5 luku

Kustannusten hallinnointi

19 §

Kansaneläkelaitoksen kustannusten korvaamiseen liittyvät tehtävät

Kansaneläkelaitos huolehtii terveydenhuollon palveluista ja muista sairaus- ja äitiysetuuksista aiheutuneiden kustannusten korvaamiseen liittyvistä tehtävistä toimeenpantaessa EU-asetuksen 883/2004 ja tämän lain säännöksiä sekä sosiaaliturvasopimusten määräyksiä siten kuin tässä laissa säädetään.

Kansaneläkelaitos antaa vuosittain sosiaali- ja terveysministeriölle selvityksen EU-asetuksen 883/2004, sosiaaliturvasopimusten ja tämän lain perusteella annettujen terveydenhuollon palvelujen ja muiden sairaus- ja äitiysetuuksien kustannuksista.

20 §

Kustannusten korvaaminen valtioiden välillä

Kansaneläkelaitos korvaa valtion varoista toiselle EU-valtiolle terveydenhuollon palvelujen ja muiden sairaus- ja äitiysetuuksien kustannukset, joista Suomi vastaa EU-asetuksen 883/2004 perusteella.

Kansaneläkelaitos laskuttaa toiselta EU-valtiolta EU-asetuksen 883/2004 perusteella annetusta terveydenhuollon palvelusta ja muusta sairaus- ja äitiysetuudesta aiheutuneet kustannukset. Toisen valtion Kansaneläkelaitokselle maksama kustannuksen korvaus otetaan vähentävänä huomioon valtion rahoitusosuutta määritettäessä.

Kansaneläkelaitos voi EU-asetuksen 883/2004 35 artiklaa sovellettaessa luopua sosiaali- ja terveysministeriön valtuutuksen perusteella Suomen saatavan perimisestä toiselta EU-valtiolta, jos saatava on määrältään vähäinen tai perintää ei muutoin ole tarkoituksenmukaista jatkaa.

21 §

Valtion korvaus julkiselle terveydenhuollolle

Kansaneläkelaitos korvaa valtion varoista kunnalle ja kuntayhtymälle julkisen terveydenhuollon palvelusta aiheutuneet kustannukset, jos terveydenhuollon palvelu on annettu EU-asetuksen 883/2004, sosiaaliturvasopimuksen, muun kansainvälisen sopimuksen tai kansallisen lainsäädännön perusteella henkilölle, jolla ei ole kotikuntaa Suomessa. Korvauksen hakijan on annettava kustannusten korvaamiseksi tarpeelliset tiedot Kansaneläkelaitokselle.

Edellä 1 momentissa tarkoitetuista kustannuksista korvataan terveydenhuollon palvelujen antamisesta aiheutuneiden kustannusten määrä, jonka kunta, kuntayhtymä tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymä laskuttaisi terveydenhuoltolain 58 §:n perusteella toisen kunnan asukkaalle annetun hoidon kustannuksista.

Jos 1 momentissa mainituista kustannuksista on oikeus saada sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 13 a §:n 1 momentin tarkoittama maksu, valtion korvausta ei makseta.

22 §

Kunnan ja kuntayhtymän vastuu korvausten kustannuksista

Jos potilaalle, jolla on kotikuntalaissa tarkoitettu kotikunta, on maksettu korvauksia 15 §:n perusteella, korvausten kustannuksista vastaa 13 tai 14 §:ssä tarkoitetun lausunnon antanutta julkista terveydenhuoltoa ylläpitävä kunta tai kuntayhtymä.

Jos potilaalle, jolla on kotikuntalaissa tarkoitettu kotikunta, on annettu ulkomailla hoitoa EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan perusteella, valtion toiselle EU-valtiolle maksamista kustannuksista vastaa 13 §:ssä tarkoitetun lausunnon antanutta julkista terveydenhuoltoa ylläpitävä kunta tai kuntayhtymä.

Kansaneläkelaitos laskuttaa 1 ja 2 momentissa tarkoitetut kustannukset niistä vastaavalta kunnalta tai kuntayhtymältä. Kansaneläkelaitos antaa kustannusten korvaamiseksi tarpeelliset tiedot kustannuksista vastaavalle kunnalle tai kuntayhtymälle, jonka on maksettava kustannukset viivytyksettä Kansaneläkelaitokselle.

23 §

Eurooppalaisen sairaanhoitokortin väärinkäyttö

Kansaneläkelaitos voi ryhtyä toimenpiteisiin eurooppalaisen sairaanhoitokortin perusteella saadusta hoidosta valtiolle aiheutuneiden kustannusten perimiseksi kyseiseltä sairaanhoitokorttia käyttäneeltä, jos hän on käyttänyt korttia, vaikka hän tiesi tai hänen olisi pitänyt tietää, ettei hän saa sitä käyttää.

Kustannusten perinnästä voidaan luopua joko kokonaan tai osittain, jos tämä katsotaan kohtuulliseksi tai jos sairaanhoitokortin käytöstä valtiolle aiheutuneiden kustannusten määrä on vähäinen. Lisäksi perinnästä voidaan luopua kustannusten perintää koskevan päätöksen antamisen jälkeen myös silloin, kun perintää ei henkilön taloudellinen tilanne huomioon ottaen ole enää tarkoituksenmukaista jatkaa tai kun perinnän jatkamisesta aiheutuisi perimättä olevaan saatavaan nähden kohtuuttomat kustannukset.

Perintää koskeva lainvoimainen päätös saadaan panna täytäntöön kuten lainvoimainen tuomio.

24 §

Asetuksenantovaltuus

Tässä luvussa säädetyistä kustannusten laskutuksesta ja maksamisesta, valtion korvauksen hakemisesta, määräytymisestä ja maksamisesta sekä muista kustannusten hallinnointiin liittyvistä seikoista säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

6 luku

Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste

25 §

Yhteyspiste ja sen tehtävät

Rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvää viestintää ja tietojenvaihtoa varten Kansaneläkelaitoksen yhteydessä toimii rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste.

Yhteyspisteen tehtävänä on koota, tuottaa ja jakaa tietoa terveyspalvelujen käyttämisestä ja siitä aiheutuneiden kustannusten korvaamisesta Suomessa ja muissa EU-valtiossa.

Yhteyspisteen tehtävistä ja toiminnasta säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

26 §

Yhteistyövelvoite

Julkisen terveydenhuollon toimintayksiköt, Kansaneläkelaitos, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, aluehallintovirastot sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto ovat velvollisia antamaan yhteyspisteelle maksutta kaikki yhteyspisteen tehtävien suorittamisen kannalta välttämättömät tiedot.

27 §

Ohjausryhmä

Yhteyspisteen toiminnan ohjausta ja seurantaa varten sosiaali- ja terveysministeriö asettaa kolmeksi vuodeksi kerrallaan ohjausryhmän.

Ohjausryhmässä ovat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, Kansaneläkelaitos, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, terveydenhuoltolain 78 a §:ssä tarkoitettu terveydenhuollon palveluvalikoimaa määrittelevä toimielin sekä Suomen Kuntaliitto ry. Lisäksi ohjausryhmässä on oltava edustettuina potilaat, terveydenhuollon ammattihenkilöt sekä

julkinen ja yksityinen terveydenhuolto. Ohjausryhmä tulee asettaa siten, että siinä on edustettuna riittävä Euroopan unionin terveydenhuolto- ja sosiaaliturvalainsäädännön sekä kansallisen terveydenhuolto- ja sosiaaliturvajärjestelmän asiantuntemus.

Ohjausryhmään kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön määräämä puheenjohtaja sekä enintään 10 muuta jäsentä. Ohjausryhmä valitsee keskuudestaan varapuheenjohtajan.

Ohjausryhmä kokoontuu vähintään kaksi kertaa vuodessa.

28 §

Yhteistyöryhmä

Yhteyspisteen yhteydessä toimii yhteistyöryhmä, joka vastaa 25 §:n 2 momentissa tarkoitettujen tietojen kokoamisen ja tuottamisen yhteensovittamisesta.

Yhteistyöryhmään kuuluvat Kansaneläkelaitoksen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen, sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston, Potilasvakuutuskeskuksen ja Suomen Kuntaliitto ry:n edustajat. Lisäksi yhteistyöryhmässä on oltava potilaiden edustus.

Yhteistyöryhmän puheenjohtajana toimii yhteyspisteen päällikkö.

29 §

Yhteyspisteen rahoitus

Valtio rahoittaa vuosittain valtion talousarviossa vahvistettavalla määrällä kustannukset, jotka aiheutuvat Kansaneläkelaitokselle yhteyspisteen toiminnasta.

7 luku

Muutoksenhaku

30 §

Muutoksenhaku sosiaaliturvan muutoksenhakulautakuntaan

Kansaneläkelaitoksen tämän lain 9 §:n 2—4 momentin, 16, 17, 21 tai 23 §:n perusteella tehdyn päätöksen muutoksenhakuun sovelletaan sairausvakuutuslain 17 luvun säännöksiä.

31 §

Muutoksenhaku hallinto-oikeuteen

Kansaneläkelaitoksen tämän lain 13, 14, 15 ja 22 §:n perusteella tehtyyn päätökseen tyytymätön saa hakea siihen muutosta hallinto-oikeudelta siten kuin hallintolainkäyttölaissa säädetään.

8 luku

Voimaantulo

32 §

Voimaantulo

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä tammikuuta 2014 kuitenkin siten, että potilasdirektiivin ennakkolupaa koskevan 14 §:n voimaantulosta säädetään erikseen valtioneuvoston asetuksella.

Tätä lakia sovelletaan kustannuksiin, jotka ovat aiheutuneet lain voimaantulon jälkeen.

2.

Laki

terveydenhuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
kumotaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 56 §, ja
lisätään lakiin uusi 7 a § ja 78 a § seuraavasti:

7 a §

Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima

Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan (palveluvalikoima) kuuluu lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus. Palveluvalikoiman määrittelee ja päättää tämän lain 78 a §:ssä tarkoitettu toimielin.

Palveluvalikoimaan kuulumattomaksi voidaan määritellä sellainen terveyden- ja sairaanhoidon toimenpide, tutkimus, hoito ja kuntoutus, johon sisältyy saavutettavan terveyshyödyn kannalta kohtuuttoman suuri riski potilaan hengelle tai terveydelle tai jonka vaikuttavuus on vähäinen ja jonka aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden.

Palveluvalikoimaa on noudatettava julkisessa terveydenhuollossa ja sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisten sairaanhoitokorvausten korvausperusteena. Potilasta voi kuitenkin tutkia ja hoitaa palveluvalikoimaan kuulumattomalla lääketieteellisellä tai hammaslääketieteellisellä tutkimus- ja hoitomenetelmällä, jos se on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia välttämätöntä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen.

78 a §

Terveydenhuollon palveluvalikoimaa määrittelevä toimielin

Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa määrittelee ja ylläpitää toimielin, joka toimii sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä.

Toimielimen tehtävänä on päättää palveluvalikoiman määrittelyn periaatteet. Määrittely perustuu kokonaisvaltaiseen arviointiin, jossa otetaan huomioon eri alojen tutkimustieto ja muu näyttö, terveydenhuollon eettiset ja järjestämiseen liittyvät kysymykset sekä hyvän hallinnon periaatteet. Toimielin päättää palveluvalikoiman sisällöstä ja soveltamisperiaatteista, ja seuraa ja arvioi niitä määräajoin.

Toimielin muodostuu neuvostosta, pysyvästä sihteeristöstä ja asiantuntijoiden verkostosta. Valtioneuvosto asettaa neuvoston sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä neljäksi vuodeksi kerrallaan.

Neuvostossa on puheenjohtaja ja enintään 15 jäsentä, joilla kullakin on henkilökohtainen varajäsen. Neuvoston puheenjohtajana toimii sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö. Neuvosto valitsee varapuheenjohtajan keskuudestaan. Neuvosto tulee asettaa siten, että sosiaali- ja terveysministeriö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Kansaneläkelaitos ja Suomen Kuntaliitto ry ovat edustettuina. Neuvostossa tulee lisäksi olla

lääketieteen, hammaslääketieteen, hoitotyön, oikeustieteen, terveystaloustieteen sekä suomalaisen terveydenhuolto- ja sosiaaliturvajärjestelmän asiantuntemus.

Neuvoston päätöksistä ei ole muutoksenhakuoikeutta.

Valtio rahoittaa vuosittain valtion talousarviossa vahvistettavalla määrällä kustannukset, jotka aiheutuvat toimielimen toiminnasta.

Toimielimen tehtävistä ja toiminnasta säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

3.

Laki

sairausvakuutuslain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

kumotaan sairausvakuutuslain (1224/2004) 15 luvun 16 § ja 16 a §,

sellaisina kuin ne ovat 16 § laissa 1203/2007 ja 16 a § osaksi laeissa 1203/2007 ja 622/2012, sekä

muutetaan 2 luvun 3 § 1 momentti, 6 §, 3 luvun 6 §:n 2 momentti, 4 luvun 1 §:n 3 momentti, 4 §, 18 luvun 1 §, 8 §:n 1 momentin 5 kohta ja 2 momentti ja 19 luvun 5 §:n 3 ja 4 kohta,

sellaisina kuin niistä ovat 2 luvun 3 § 1 momentti laissa 102/2011, 6 § osaksi laissa 199/2006, 3 luvun 6 § laissa 531/2009, 4 luvun 1 §:n 3 momentti laissa 1334/2010 ja 18 luvun 1 § laissa 986/2008, 8 § osaksi laeissa 1113/2005, 986/2008 ja 359/2010, seuraavasti:

2 luku

Sairaanhoitokorvauksia koskevat yhteiset säännökset

3 §

Korvattavuutta koskevat rajoitukset

Tämän lain nojalla ei korvata:

1) kunnallisista terveyspalveluista sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) nojalla perittyjä maksuja;

2) kunnan tai kuntayhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:ssä tarkoitetulla tavalla järjestämän sairaanhoidon kustannuksia;

3) kunnallisen sairaanhoidon yhteydessä avovastaanotolla annetusta lääkehoidosta aiheutuneita kustannuksia;

4) sairaanhoidon kustannuksia ajalta, jonka vakuutettu on julkisessa laitoshoidossa tai sitä vastaavassa hoidossa;

5) sairaanhoidon kustannuksia, jos kustannukset korvataan vankeuslain (767/2005) 10 luvun 7 §:n perusteella;

6) sairaanhoitoon liittyvien tai vakuutetun muutoin tarvitsemien hoitotarvikkeiden, apuvälineiden ja proteesien hankkimisesta aiheutuvia kustannuksia;

7) yksityisistä terveydenhuoltopalveluista perittyjä hoitopäivä-, poliklinikka-, toimisto- ja muita vastaavia maksuja;

8) lääkärin antaman psykoterapian kustannuksia, jos kustannukset korvataan Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista annetun lain (566/2005) 11 a tai 12 §:n perusteella;

9) sairaanhoidon kustannuksia, jos kustannukset ovat syntyneet hoidosta, joka ei kuulu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan.

— — — — — — — — — — — — — —

6 §

Ulkomailla annettu hoito

Vakuutetulla on oikeus saada tämän lain mukainen korvaus ***muussa kuin Euroopan unionin jäsenvaltiossa tai Euroopan unionin lainsäädäntöä soveltavassa valtiossa*** annetusta hoidosta, jos vakuutettu on ulkomailla ollessaan sairastunut tai joutunut raskauden tai synnytyksen vuoksi hoidon tarpeeseen eikä hän ole vakuutettu hoitoa antaneessa valtiossa tai hänellä ei ole ollut oikeutta sairaanhoitoon tai korvaukseen sairaanhoidon kustannuksista oleskeluvaltiossa samojen ehtojen mukaisesti kuin annettaessa hoitoa siinä valtiossa vakuutetulle henkilölle.

Edellä 1 momentista poiketen vakuutetulla on oikeus saada korvausta siten ***kuin 3—5 luvussa säädetään sairauden hoidosta aiheutuneista hoito- ja tutkimuskustannuksista, lääkekustannuksista sekä matkakustannuksista, kun hoito on annettu tai lääke, kliininen ravintovalmiste tai perusvoide on ostettu Euroopan unionin jäsenvaltiossa tai valtiossa, jossa sovelletaan Euroopan unionin lainsäädäntöä. Ulkomailla syntyneitä kustannuksia ei korvata, jos kustannukset ovat syntyneet eurooppalaisen sairaanhoitokortin tai sitä vastaavan todistuksen perusteella annetusta hoidosta tai jos kustannukset on korvattu rajat ylittävän terveydenhuoltolain 9 §:n 2—4 momentin nojalla.***

Ulkomailla annetusta sairaanhoidosta aiheutuneista kustannuksista korvataan enintään aiheutuneet todelliset kustannukset.

Ulkomailla syntyneiden kustannusten korvaaminen edellyttää, että tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut lääkäri, hammaslääkäri taikka lääkärin tai hammaslääkärin määräyksen nojalla 1 luvun 4 §:n 1 momentin 2 kohdassa mainittu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on oikeus harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä valtiossa, jossa hoito on annettu. Ulkomailla syntyneistä kustannuksista voidaan suorittaa korvausta myös, jos toimenpide on lääkärin tai hammaslääkärin määräyksen nojalla tehty terveydenhuollon toimintayksikössä, joka täyttää asianomaisen valtion lainsäädännössä säädetyt edellytykset. ***Ulkomailla syntyneiden lääkekustannusten korvaaminen edellyttää, että lääkkeen on määrännyt henkilö, jolla on oikeus määrätä lääkkeitä valtiossa, jossa lääke on määrätty.***

3 luku

Hoito- ja tutkimuskorvaukset

6 §

Sairaanhoitokorvauksen korvaustaksan enimmäismäärä ja perusteet sekä korvaustaksan vahvistaminen

— — — — — — — — — — — — — —

Edellä 1 momentissa tarkoitetut korvaustaksojen perusteet ja vahvistettavat korvaustaksat perustuvat tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatuun, sen vaatimaan työhön ja aiheuttamaan kustannukseen, korvattavan palvelun hoidolliseen arvoon ja korvauksiin käytettävissä oleviin varoihin. Sosiaali- ja terveysministeriön on korvaustaksojen perusteita valmisteltaessa kuultava Kansaneläkelaitosta. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön sekä Kansaneläkelaitoksen on korvaustaksojen perusteita ja korvaustaksoja valmisteltaessa varattava Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle, ***terveydenhuoltolain 78 a §:ssä tarkoitetulle suomalaista terveydenhuollon palveluvalikoimaa määrittelevälle toimielimelle*** sekä asianomaisia toimijoita edustaville järjestöille mahdollisuus lausunnon antamiseen.

4 luku

Matkakustannusten korvaaminen

1 §

Vakuutetun tekemä matka

Vakuutetulla on oikeus saada sairauden hoitoon liittyvistä matkakustannuksista korvaus, jos matka on tehty valtion, kunnan tai kuntayhtymän terveydenhuollon toimintayksikköön. Yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa tarkoitettuun terveydenhuollon toimintayksikköön tai ammatinharjoittajan luokse sairauden hoidon vuoksi tehdystä matkasta vakuutetulle aiheutuneet kustannukset korvataan vain, jos suoritettu tutkimus tai annettu hoito on tämän lain mukaan korvattavaa.

Lisäksi korvaus maksetaan sairauden hoitoon kuuluvien apuvälineiden hankkimiseen ja ylläpitämiseen liittyvistä vakuutetun itsensä apuvälineiden valmistus-, huolto- ja välityspaikkoihin tekemistä matkoista aiheutuneista kustannuksista.

Ulkomailla ja ulkomaille tehdyn matkan aiheuttamia kustannuksia korvataan tämän lain perusteella, jos sairaanhoito on annettu Euroopan unionin jäsenvaltiossa tai valtiossa, joka soveltaa Euroopan unionin lainsäädäntöä.

4 §

Tutkimus- ja hoitopaikka

Vakuutetulle aiheutuneet matkakustannukset korvataan matkasta sellaiseen lähimpään tutkimus- ja hoitopaikkaan, jossa vakuutettu voi saada hänen terveydentilansa vaarantumatta tässä laissa tarkoitettua tarpeellista tutkimusta ja hoitoa. ***Jos kunta tai kuntayhtymä on järjestänyt sairaanhoidon sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n mukaan tai vakuutetulla on annettu rajat ylittävästä terveydenhuoltolaista annetun lain 13 tai 14 §:ssä tarkoitettu lupa, matkakustannukset korvataan sinne, missä hoito on annettu. Jos vakuutettu on terveydenhuoltolain 47 tai 48 §:n perusteella valinnut hoitopaikan, matkakustannukset korvataan sen mukaan, kuinka paljon matka olisi maksanut lähimpään*** valtion, kunnan tai kuntayhtymän terveydenhuollon toimintayksikön ***tutkimus- ja hoitopaikkaan.***

18 luku

Sairausvakuutusrahasto ja vakuutusmaksut

1 §

Soveltamisala

Tämän lain perusteella rahoitetaan:

1) tämän lain mukaiset etuudet ja korvaukset;

2) Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista annetun lain (566/2005) mukaiset etuudet ja korvaukset;

3) maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslaissa (1026/1981) säädetyt perusturvaosuuteen kuuluvat tämän lain mukaiset kulut;

4) maatalousyrittäjien työterveyshuollon eräiden kustannusten korvaamisesta valtion varoista annetussa laissa (859/1984) säädetyt valtion varoista korvattavat kulut;

5) rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain (/2013) 9 §:n 2—4 momentin perusteella maksettavat korvaukset ja mainitussa laissa säädetyt valtion varoista korvattavat kulut; sekä

6) 1—5 kohdassa tarkoitettujen etuuksien ja korvausten toimeenpanosta Kansaneläkelaitokselle aiheutuvat toimintakulut.

Sairaanhoitovakuutuksen kulut ja rahoitus

8 §

Sairaanhoitovakuutuksen kulut

Sairausvakuutusrahastosta maksettavia sairaanhoitovakuutuksen kuluja ovat:

— — — — — — — — — — — — — —

5) rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 9 §:n 2—4 momentin, 20 §:n ja 21 §:n perusteella maksettavat korvaukset.

Edellä 1 §:n ***6*** kohdassa tarkoitetuista toimintakuluista sairaanhoitovakuutuksen kuluja ovat 1 momentin 1—5 kohdassa tarkoitettujen etuuksien ja korvausten toimeenpanosta Kansaneläkelaitokselle aiheutuvat toimintakulut.

— — — — — — — — — — — — — —

19 luku

Tietojen saamista ja luovuttamista koskevat säännökset

5 §

Tietojen luovuttaminen eräissä tapauksissa

Kansaneläkelaitoksella on oikeus antaa salassapitosäännösten ja muiden tiedon saantia koskevien rajoitusten estämättä:

— — — — — — — — — — — — — —

3) ***Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle*** sille kuuluvien tehtävien suorittamista varten tiedon lääkäristä, joka toistuvasti on määrännyt lääkkeitä huomattavasti enemmän kuin tässä laissa tarkoitettuun sairauden hoitoon nähden on tarpeellista;

4) 15 luvun 9 §:ssä tarkoitettua tilitysmenettelyä soveltavalle apteekille lääkkeen ostotilanteessa tai palvelujen tuottajalle 3 luvussa tarkoitetun hoito- tai tutkimuskäynnin tai 4 luvussa tarkoitetun matkan yhteydessä henkilön etu- ja sukunimitiedot, tiedon siitä,

onko henkilö työpaikkakassan jäsen ja onko hän vakuutettu; jos henkilö on vakuutettu ***tai hänellä on muun lainsäädännön nojalla oikeus sairaanhoitokorvauksiin Suomessa,*** Kansaneläkelaitos voi lisäksi antaa apteekille tiedon siitä, voiko apteekki luovuttaa lääkkeet ***henkilölle*** sairausvakuutuskorvauksen määrällä vähennettyyn hintaan, sekä tiedot ***henkilölle*** myönnetyistä lääkkeiden erityiskorvausoikeuksista, kliinisten ravintovalmisteiden korvausoikeuksista sekä rajoitetusti peruskorvattavien lääkkeiden peruskorvausoikeuksista ja vuotuisen omavastuuosuuden täyttymisestä sekä kuljetuspalvelujen tuottajalle tiedon matkakustannusten vuotuisen omavastuuosuuden täyttymisestä;

— — — — — — — — — — — — — —

4.

Laki

sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

kumotaan sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta annetun lain (352/2010) 13, 14, 27 ja 28 §, sekä

muutetaan lain 11 §:n 2 momentti, seuraavasti

11 §

Todistusten ja muiden esitettävien asiakirjojen antaminen

— — — — — — — — — — — — — —

Kansaneläkelaitos antaa:

1) täytäntöönpanoasetuksen 19 artiklan 2 kohdan mukaisen todistuksen sovellettavasta lainsäädännöstä, jollei todistuksen antaminen kuulu Eläketurvakeskuksen toimivaltaan;

2) täytäntöönpanoasetuksen 55 artiklan 1 kohdan mukaisen todistuksen oikeudesta työttömyysetuuksiin työttömyysvakuutuksen perusturvajärjestelmän osalta;

3) täytäntöönpanoasetuksen 54 artiklan 1 kohdan mukaisen todistuksen vakuutus- ja työskentelykausista;

— — — — — — — — — — — — — —

Helsingissä päivänä kuuta 2013

Pääministeri

JYRKI KATAINEN

Peruspalveluministeri *Susanna Huovinen*