



MKA

15.3.2013

Sosiaali- ja terveysministeriö  
PL 33  
00023 VALTIONEUVOSTO  
[kirjaamo@stm.fi](mailto:kirjaamo@stm.fi)  
[potilasdirektiivi@stm.fi](mailto:potilasdirektiivi@stm.fi)

## Arviomuistio rajat ylittävästä terveydenhuollosta

Suomen Lääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta lausua arviomuistiosta, johon on ansiokkaasti ja selkeästi koottu potilaiden oikeuksia rajat ylittävässä terveydenhuollossa koskevan direktiivin kansalliseen toimeenpanoon liittyviä kysymyksiä.

Lääkäriliitto keskittyy tässä lausunnossaan vastaamaan lausuntopyynnössä esitettyihin kysymyksiin.

1. *Mikä korvausmalli olisi parhaiten soveltuva direktiivin tavoitteet ja kansallinen järjestelmä huomioiden?*

Suomen Lääkäriliitto toteaa, että johtuen suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kaksijakoisuudesta ja rahoituksen monikanavaisuudesta, direktiivin toimeenpano on ongelmallista eikä optimaalista korvausmallia ole helppo löytää. Mikään esitetyistä korvausmalleista ei ole täydellinen, vaan kaikkiin liittyy ongelmia joko EU-oikeuden, palveluntuottajien tasa-arvoisuuden tai määrittelyjen ja käytännön soveltamisen suhteen.

Lääkäriliitto kannattaa potilaiden valinnanvapauden toteutumista. Ensi vuoden alusta laajenevan kansallisen valinnanvapauden rinnalle tuleva direktiiviin perustuva valinnanvapaus on looginen lisä. Potilaan valinnanvapauden toteutuminen rajat ylittävässä tilanteissa edellyttää sitä, että potilaan maksama kustannus ei muodostu merkittävästi suuremmaksi kuin vastaavan hoidon hankkimisessa kotimaassa. Esitetyistä malleista omavastuuosuusmalli täyttää parhaiten tämän edellytyksen. Omavastuuosuusmalli toteuttaa Lääkäriliiton näkemyksen mukaan myös selkeimmin direktiivin tarkoituksen potilaiden liikkuvuuden esteiden poistamisessa ja terveydenhuollon saataavuuden edistämisessä.

Omavastuuosuusmallin ongelmana on, että se kohtelee kotimaisia ja ulkomaisia yksityisiä palveluntuottajia eri tavalla. Malli saattaa kannustaa potilaita joissakin tilanteissa hakeutumaan ulkomaille ja suomalaisia yksityisiä palveluntuottajia siirtämään palvelutuotantonsa muihin EU/Eta-valtioihin tai Sveitsiin. Tämä on erityisen ongelmallista, jos terveyspalveluiden saataavuus Suomessa merkittävästi heikkenee. Toisaalta on muistettava, että joko yksityiseen ja julkiseen palvelutuotantoon ei ole kaikkialla Euroopassa yhtä selkeä kuin Suomessa. Useimmissa muissa maissa valtaosa palveluntuottajista – yksityisistäkin – on osa lakisääteistä, ”julkista” järjestelmää, mikä EU-oikeudellisesta näkökulmasta puoltaa samanlaista korvausta jossakin lakisääteisessä järjestelmässä saadusta hoidosta. Potilaiden kannalta hoitoon hakeutumista hillinnee mm. se, että potilas joutuisi joka tapauksessa maksamaan matkakustannukset toiseen maahan, kun arviomuistiossa esitettyjen suunnitelmien mukaan matkat korvataan vain lähimpään hoito-

paikkaan. Palveluntuottajien on taas täytettävä ko. maan edellytykset palveluiden tarjoajina.

Suomen Lääkäriliitto pitää potilaan oikeuksien ja valinnanvapauden toteutumisen kannalta omavastuuosuusmallia parhaana esitetyistä vaihtoehdoista, joskin näemme, että se kohtelee palveluntuottajia eriarvoisesti ja kannustanee suurempiin toimijoihin pienten toimijoiden kustannuksella. Malli voi myös johtaa eriarvoisuuden lisääntymiseen valtakunnallisesti. Jos tämä malli valitaan, sen vaikutuksia on syytä seurata tarkkaan vuosittain, jotta etukäteen vaikeasti arvioitavissa olevat todelliset vaikutukset potilaiden hoidon saantiin ja kotimaisten palveluntuottajien toimintaan saadaan selville ja mahdollisiin ongelmiin voidaan puuttua.

Potilasdirektiivin kansalliseen toimeenpanoon liittyvät eri elementit tulevat Lääkäriliiton näkemyksen mukaan muuttamaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmää pitkällä tähtäimellä. Optimaalisen korvausjärjestelmän löytämisen vaikeus on yksi osoitus siitä, että myös terveydenhuollon rahoitusta ja tuotantotapoja tulisi tarkastella osana kokonaisuutta ja tehdä tarvittavat muutokset toimivan, potilaan oikeuksia ja valinnanvapautta sekä eri palveluntarjoajien tasavertaisuutta kunnioittavan järjestelmän aikaansaamiseksi.

Lääkäriliitto pitää hyvänä direktiivin mahdollistamaa käytäntöä antaa potilaalle ennakkotieto siitä, onko hän oikeutettu korvaukseen rajat ylittävästä hoidosta, johon hän on hakeutumassa. Potilaan olisi myös hyvä saada ennakkoon tieto/arvio korvauksen määrästä, johon hän on oikeutettu. Potilaan mahdollisuus hintavertailuun edellyttää, että suomalaiset julkiset palveluntuottajat julkistavat jatkossa käyttämänsä hinnat. Lääkäriliitto toivoo, että ennakkotiedon antaminen sisällytetään valmisteltavaan hallituksen esitykseen.

## *2. Minkä tahon tulisi vastata potilaan korvaushakemuksen käsittelystä?*

Nykyisin rajat ylittävän terveydenhuollon korvauskäsittelyistä vastaa pääosin Kansaneläkelaitos. Suomen Lääkäriliiton näkemyksen mukaan Kela olisi luonteva taho myös direktiivin korvaushakemusten käsittelijäksi. Korvauskäytännön hakemusten keskittämistä yhdelle organisaatiolle puoltaa korvauskäytännön yhteneväisyys. Myös potilaan näkökulmasta on yksinkertaisempaa, kun terveydenhuoltokustannusten korvaamiseen liittyviä asioita hoitaa yksi taho.

## *3. Tulisiko Suomessa ottaa käyttöön hoitoon hakeutumisen ennakkolupajärjestelmä ja missä direktiivin sallimissa tilanteissa? Mistä potilas hakisi ennakkolupaa ja mikä taho antaisi potilaalle luvasta päätöksen?*

Suomen Lääkäriliitto ei näe tarpeellisena hallinnollisluonteisten ennakkolupien edellyttämistä potilaiden rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Toisaalta on tarkoituksenmukaista, että potilaan hoidon tarve arvioidaan ja annetaan tarvittavat lähetteet jatkotoimenpiteisiin.

Arviomuistiossa ennakkolupa on kytketty valittavaan korvausmalliin. Lääkäriliitto pitää perusteltuna ennakkoluvan edellyttämisen rajaamista valtakunnallisesti keskitettyyn erityistason hoitoon. Näissä tilanteissa potilaan hoidon tarpeen arvioinnin tulee olla tehty, jotta ennakkolupa voidaan myöntää. Riskiperusteinen, tapausittain harkittavan ennakkoluvan mahdollisuus on hyvä sisällyttää valmisteltavaan lakiin. Käytännössä riskin arviointi yksittäisen potilaan tai palveluntuottajan kohdalla voi olla vaikeaa.

Arviomuistiosta ja suunnitellun lain pykäläotsikoista ei käy selville, onko laissa ajateltu säädettyään ennakkoluvan epäämisperusteista ja jos, niin miltä osin. Käytännössä epäämisperusteet useissa tilanteissa johtavat siihen, että ennakkolupaa ei tarvitse myöntää. Jos potilas tästä huolimatta hakeutuisi hoitoon toiseen EU/Eta-valtioon tai Sveitsiin, hän jäisi kokonaan ilman korvausta. On tärkeää, että potilasta informoidaan selkeästi ko. asiasta.

Sosiaaliturvan koordinoitiasetuksen mukaisen ennakkoluvan myöntää Kela julkisen terveydenhuollon asiasta antaman sitovan lausunnon perusteella. Potilaan kannalta on yksinkertaisinta, jos direktiivin mukaisen ennakkoluvan hakuprosessi on mahdollisimman samankaltainen jo olemassa olevan käytännön kanssa.

*4. Tulisiko ulkomailta hoitoon hakeutuvien potilaiden vastaanottoa julkiseen terveydenhuoltoon voida rajoittaa direktiivin sallimalla tavalla? Missä tilanteissa rajoittaminen olisi perusteltua ja mikä taho rajoittamisesta päättäisi?*

Arviomuistion mukaan kunta, kuntayhtymä tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voisi rajoittaa ulkomailta tulevien potilaiden vastaanottoa määräaikaista, kun tarkoituksena on varmistaa riittävä ja pysyvä julkisen terveydenhuollon palvelujen saatavuus tai kun kyse on yleistä etua koskevasta pakottavasta syystä.

Suomen Lääkäriliitto ei näe erityistä tarvetta rajoittaa ulkomailta hoitoon hakeutuvien potilaiden vastaanottoa. Julkisen terveydenhuollon kansainvälisesti katsoen pitkät jonot eivät ole omiaan houkuttamaan ulkomaisia potilaita kunnallisiin palveluihin. Todennäköisimmin ulkomaiset potilaat hakeutuvat Suomessa yksityissektorin palveluntuottajille tai hoitoihin, joissa Suomessa on erityisosaamista ja joita kenties annetaan direktiivin tarkoittamassa osaamiskeskuksessa/verkostossa. Suomeen voivat laajemmassa määrin hakeutua myös muualla Euroopassa asuvat suomalaiset, jotka eivät kuulu maamme sosiaaliturvajärjestelmän piiriin, mutta viettävät osan vuodesta täällä.

Suunniteltu rajoitussäännös jättää epäselväksi, miten siihen suhtaudutaan tilanteissa, joissa ulkomailta tuleva potilas hakeutuu Suomeen hoitoon sosiaaliturvan koordinoitiasetuksen perusteella. Onko rajoitussäännös rajattu vain direktiivin tilanteisiin ja miten asetuksen/direktiivin tilanteet käytännössä erotetaan esim. päätöksen tekevässä kunnassa? Jos valmisteltavaan lakiin otettaisiin rajoitussäännös, on muistettava, että rajoitusten on direktiivin mukaan oltava välttämättömiä ja oikeasuhteisia, eivätkä ne saa olla mielivaltaisen syrjinnän väline. Rajoitukset on myös julkistettava etukäteen. Ehdotetut rajoitusperusteet ovat Lääkäriliiton mukaan liian yleisluonteisia eikä arviomuistiosta käy ilmi, miten julkistaminen on tarkoitus toteuttaa. Pelkkä lakiin kirjattu säännös ei riittäne, vaan tarvittaisiin kunkin päätöksen tekijän ilmoitus määräaikaista rajoituksista.

Kunnioitavasti,

Suomen Lääkäriliitto

  
Raija Niemelä  
Puheenjohtaja

  
Risto Ihalainen  
varatoiminnanjohtaja