SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

12.12.2022

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta

stv@eduskunta.fi

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta (HE 138/2022 vp) – sosiaali ja terveysministeriön vastine

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt sosiaali- ja terveysministeriön vastineen hallituksen esityksen eduskunnalle laiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta (HE 138/2022 vp) valiokuntakäsittelyn yhteydessä annettuihin lausuntoihin.

Lausunnoissa lähtökohtaisesti tuetaan hallituksen esityksen tavoitteita. Lausunnoissa kuitenkin esitetään huomioita liittyen tiettyihin kokonaisuuksiin. Näitä on alla ryhmitelty sosiaali- ja terveysvaliokunnan vastinepyynnössä olevien kysymysten perusteella mutta niiden järjestystä on vastineen luettavuuden kannalta hieman muokattu ottamaan huomioon asioiden välisiä yhtymäkohtia ja suhteita.

STM toteaa kunnioittavasti vastineenaan seuraavaa:

1. Korvausmallia koskevat huomiot

Potilasdirektiivi ja henkilöiden vapaa liikkuvuus (vastinepyynnön kysymys 6)

Sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt STM:ää arvioimaan, miten korvausmallia voitaisiin muuttaa siten, että huomioitaisiin EU:n vaatimusten lisäksi myös kansallinen järjestelmä niin, ettei synny ristivetoa kannusteissa.

STM korostaa, että potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa annetun EU:n direktiivin (2011/24/EU, potilasdirektiivi) tarkoituksena on vahvistaa säännöt turvallisen ja laadukkaan rajat ylittävän terveydenhuollon saatavuuden helpottamiseksi unionissa ja potilaiden liikkuvuuden varmistamiseksi. Lisäksi direktiivissä viitataan EU-tuomioistuimen vakiintuneeseen kantaan siitä, etteivät terveydenhuollon erityinen luonne tai sen järjestämis- tai rahoitustapa ole sellaisia asioita, joiden perusteella terveydenhuolto jäisi palvelujen tarjoamisen vapautta koskevan perusperiaatteen ulkopuolelle. Korvauksen maksaminen ulkomailla annetusta terveydenhuollon palvelusta aiheutuneista kustannuksista on lähtökohta ja sen maksamista voidaan rajoittaa vain, jos rajoittaminen on perusteltavissa yleistä etua koskevilla kansanterveyteen liittyvillä pakottavilla syillä (potilasdirektiivin johtolauseet 10 ja 11).

EU-lainsäädännössä säädetty laaja vapaan liikkumisen periaatteelle rakennettu malli eroaa täten ajatuksena Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä, joka perustuu siihen, että asukkaat saavat tarvitsemansa palvelut lähtökohtaisesti oman alueensa julkisesta terveydenhuollosta. Laissa rajat ylittävästä terveydenhuollosta on selkeästi säädetty

ne tilanteet, joissa henkilö voi saada valitsemansa muun tahon kuin oman hyvinvointialueensa tarjoamien palveluiden kustannuksia katetuiksi.

Esityksen valmisteluvaiheessa on todettu, ettei ole löydettävissä korvausmallia, josta ei syntyisi lainkaan ristivetoa EU-lainsäädännössä säädetyn palvelujen vapaan liikkuvuuden ja Suomen terveydenhuoltojärjestelmän välillä.

Esitetty korvausmalli perustuu siihen, että **vain sellainen hoito ja sellaiset toimenpiteet, jotka vastaavassa tilanteessa annettaisiin kyseiselle henkilölle hänen oman hyvinvointialueensa järjestämisvastuun perusteella, ovat korvauksen piirissä**. Hoidon saamiseen julkisessa terveydenhuollossa Suomessa ja ulkomailla annetusta hoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaamiseen sovellettaisiin samoja edellytyksiä (ml. hoitosuositukset ja hoitoindikaatio). Henkilö voisi siis vaihtoehtoisesti saada tarvitsemansa ja palvelutarpeen mukaisesti tarpeelliseksi arvioidun palvelun joko oman hyvinvointialueensa järjestämänä tai vastaavassa tilanteessa saada potilasdirektiivin säännösten nojalla korvauksia, jos hän on hakenut vastaavan palvelun toisesta jäsenvaltiosta. Korvauksia ei maksettaisi ulkomailla annetusta hoidosta tai palvelusta, jota ei vastaavassa terveydellisessä tilanteessa annettaisi henkilölle Suomessa julkisessa terveydenhuollossa. Näin ollen korvauksen maksaminen olisi aina sidottu palvelutarpeen arviointiin sekä Suomessa vastaavassa tilanteessa julkisessa terveydenhuollossa annettavaan hoitoon. Arviointi tehtäisiin aina samoin perustein sekä potilaan asioidessa hyvinvointialueella että korvaushakemuksen yhteydessä hänen hakeutuessa hoitoon toiseen EU-jäsenvaltioon.

Kuten esityksessä (sivu 45) on tuotu esille, on erittäin tärkeää seurata ja arvioida lainmuutoksen tavoitteiden toteutumista sekä tarkastella korvausmallin toimivuutta toimenpanon kuluessa saatavien tilastojen avulla. Kansallisen uuden sote-järjestelmän käyttöönottoon ja muihin kansallisiin mahdollisiin muutoksiin viitaten, suomalaisen palvelujärjestelmän piirissä olevien henkilöiden käyttäytymismalleihin liittyy paljon epävarmuustekijöitä, joita ei voida täysin ennustaa.

Kuten useat lausunnon antajat ovat lausunnoissaan tuoneet esille, henkilöiden halukkuuteen matkustaa toiseen jäsenvaltioon saadakseen siellä terveydenhuollon palveluita voidaan lisäksi kansallisesti kiinnittää huomiota. Yhtenä keinona on pyrkiä edistämään kansallisen julkisen terveydenhuollon toimivuutta. Lisäämällä porrastetusti Suomen terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevaa yksityiskohtaisempaa ja sitovampaa kansallista säätelyä, voidaan myös tarkentaa mitä palveluja ja missä tilanteissa niitä voidaan saada Suomen julkisessa terveydenhuollossa. Tämä edistäisi hyvinvointialueiden asukkaiden välistä yhdenvertaisuutta kansallisissa tilanteissa, mutta samalla selventäisi, mitä ulkomailla tarjottavia palveluita korvataan rajalain nojalla. Esityksessä arvioitujen käyttäytymisvaikutuksien toteutuminen tulee luultavasti vaatimaan joitakin vuosia. Tästäkin huolimatta hallitus on esittänyt vuoden 2023 talousarvion momentille 33.30.50 esityksessä arvioitua tarvetta suurempaa määrärahaa rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain 9 §:n korvausmenoihin. Ruotsi implementoi potilasdirektiiviä korvausmallin osalta esitykseen verrattavasti, ja siellä vastaavat korvausmenot ovat olleet noin 25 miljoonaa euroa vuonna 2019 ja noin 18 miljoonaa euroa vuonna 2020.

Esityksen valmistelun aikana on huomioitu, että valtion rinnakkaisen korvausmenettelyn myötä voi syntyä erityisesti rajaseudulla oleville hyvinvointialueille intressiä ohjata henkilöitä ulkomaille. Siksi STM katsoo, että lain voimaantulon jälkeen on välttämätöntä selvittää valtion ja hyvinvointialueiden välistä taloudellista vastuunjakoa henkilölle ulkomailla annetusta hoidosta aiheutuneista kustannuksista. Tavoitteena on, että tulevaisuudessa kustannuksista vastuussa olisivat hyvinvointialueet, joilta Kansaneläkelaitos edelleen laskuttaisi henkilöille tai toiselle valtiolle maksamiaan korvauksia kotikuntalaisten osalta. Hyvinvointialueet kantaisivat siten vastuun asukkaidensa terveydenhuollon kustannuksista riippumatta siitä, onko hoito annettu omalla alueella, toisen hyvinvointialueen alueella taikka ulkomailla, jolloin ei voisi syntyä intressiä siirtää taloudellista vastuuta valtiolle. Esityksen valmistelun aikana on kuitenkin katsottu, ettei kustannusvastuuta koskevaa sääntelyä ole tarkoituksenmukaista toteuttaa vielä tämän esityksen puitteissa, koska sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistehtävä siirtyy hyvinvointialueille vasta 1.1.2023. Katsottiin myös olevan tarkoituksenmukaista, että annettaisiin järjestämisvastuun siirtymisen jälkeen hyvinvointialueille hieman työrauhaa. Tällaisen muutoksen arvioimiseksi tarvitaan lisäksi tarkempia korvausmallin vaikutuksia koskevia tilastoja, joita on tarkoitus kerätä lain voimaan tulon jälkeen. Toteutuneiden korvausten seurantatieto auttaisi myös arvioimaan korvausmallin vaikutuksia eri hyvinvointialueille, missä saattaa olla merkittäviä eroja.

Muutamissa lausunnoissa on lisäksi ehdotettu, että sairausvakuutuslain (1224/2004) perusteella maksettuja korvauksia tulisi kehittää sekä korottaa, jottei korvausmallin muutoksesta aiheutuisi kohtuuttomia seurauksia Suomessa toimiville yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajille. Kuten esityksessä (sivu 24) on tuotu esille, käsiteltävänä oleva esitys ei kuitenkaan koske sairausvakuutuslain mukaista korvausmallia, jonka kehittämistä käsitellään hallituksen esityksessä HE 237/2022 vp.

Nämä kaksi esitystä eivät ole suoraan riippuvaisia toisistaan. On kuitenkin hyvä kiinnittää huomiota siihen, että ne ovat vahvasti kytköksissä toisiinsa, koska voimassa oleva rajalain mukainen korvaus määräytyy sairausvakuutuslain nojalla. Jos sairausvakuutuslain mukaisia korvauksia leikataan tai lakkautetaan ilman, että rajalain korvausmallia samalla muutetaan, potilasdirektiivin toimenpano heikkenisi entisestään Suomessa. Direktiivin perusteella henkilöllä on oikeus saada korvauksia hakiessaan Suomen terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvia palveluita toisesta EU-jäsenmaasta. Siltä osin kuin sairausvakuutuskorvaukset lakkautettaisiin, mutta vastaavaa muutosta ei tehtäisi rajalakiin, on selvää, ettei Suomi täyttäisi EU-lainsäädännössä säädettyjä velvoitteitaan.

STM korostaa, että tilanteessa, jossa rajalakia koskevat muutokset astuisivat voimaan vasta sairausvakuutuslakia koskevien muutoksen jälkeen, olisi syytä arvioida voisiko uutta korvausmallia soveltaa takautuvasti jo sairausvakuutuslakia koskevien muutosten voimaan astumisesta alkaen (esim. siirtymäsäännöksen avulla). Tällä tavalla voitaisiin välttyä yllä mainitulta seuraukselta.

Korvauksen piirissä olevat terveydenhuollon palvelut (vastinepyynnön kysymys 1)

Sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt kuvausta kaikista niistä eri tilanteista ja tavoista, joilla henkilö voi saada ulkomailla annettua hoitoa korvattavaksi Suomen julkisesta järjestelmästä.

STM nostaa esille, että potilasdirektiiviä sovelletaan kaikkeen henkilölle tarjottuun terveydenhuoltoon riippumatta siitä, miten se on järjestetty, tuotettu tai rahoitettu. Potilasdirektiivin 7 artiklan 7 kohdan mukaan rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamiseen voidaan kuitenkin soveltaa samoja paikallisella, alueellisella tai kansallisella tasolla asetettuja edellytyksiä, kelpoisuusperusteita ja sääntely- ja hallinnollisia muodollisuuksia, joita sovellettaisiin jäsenvaltion omalla alueella. Direktiivissä (johtolause 37) tarkennetaan, että on pidettävä huolta, että edellytykset ja muodollisuudet ovat välttämättömiä ja oikeassa suhteessa tavoitteeseen nähden ja että ne eivät ole mielivaltaisia tai syrjiviä. Lisäksi niiden olisi perustuttava lääketieteellisiin näkökohtiin eikä niistä saa aiheutua lisärasitetta henkilöille, jotka hakeutuvat toiseen jäsenvaltioon verrattuna henkilöihin, jotka hoidetaan omassa valtiossa.

Ulkomailla annettuja terveydenhuollon palveluita on siten lähtökohtaisesti korvattava direktiivin sääntöjen nojalla, jos palveluita saanut henkilö vastaavassa tilanteessa ja vastaavien edellytysten täyttyessä olisi voinut saada vastaavan palvelun myös julkisessa terveydenhuollossa Suomessa.

Kuten yllä kohdassa ”Potilasdirektiivi ja henkilöiden vapaa liikkuvuus”-kohdassa on tuotu esille, esityksessä esitetty korvausmalli perustuu siihen tavoitteeseen, että vain sellainen hoito, joka vastaavassa tilanteessa annettaisiin henkilölle hänen oman hyvinvointialueensa järjestämänä, olisi korvauksen piirissä. Tähän tavoitteeseen viitaten, STM katsoo, että lain tulkinnan kannalta voisi pohtia lain 9 §:n tarkentamista. Esityksen yksityiskohtaisissa perusteluissa on korostettu, että korvausta maksettaisiin vain, jos hoitoa annettaisiin henkilölle vastaavassa tilanteessa Suomen julkisessa terveydenhuollossa. Tämän maininnan voisi lisätä pykälätekstiin. On kuitenkin kiinnitettävä huomiota siihen, ettei vastaavalla hoidolla tarkoiteta, että hoito olisi annettava ulkomailla täysin samoja menetelmiä käyttäen. Potilasdirektiivin nojalla korvausta on maksettava, jos henkilö saisi hoitoa Suomessa vastaavassa terveydellisessä tilanteessa.

Alustava luonnos siitä miten 9 §:n 1 momenttia voitaisiin tarkentaa:

9 §

Oikeus korvaukseen EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelun kustannuksesta

Henkilölle korvataan tämän lain perusteella toisessa EU-valtiossa annetun tarpeellisen terveydenhuollon palvelun kustannukset edellyttäen, että annettu hoito kuuluu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan, hoito olisi annettu vastaavassa tilanteessa Suomen julkisessa terveydenhuollossa ja henkilö on maksanut siitä aiheutuneet kustannukset. Kustannuksia ei korvata, jos ne ovat syntyneet eurooppalaisen sairaanhoitokortin tai sitä vastaavan todistuksen perusteella annetusta hoidosta tai jos kustannus on aiheutunut henkilölle valtiossa, joka on hänen asuinvaltionsa EU-asetuksen 883/2004 17 artiklassa tai kansainvälisen sopimuksen vastaavan sisältöisessä määräyksessä tarkoitetulla tavalla.

— —

Helsinki nosti lausunnossaan erikseen esille, että tulisi erityisesti huomioida etälääketieteen asema.

STM huomauttaa, ettei potilasdirektiivi sisällä erityisiä, etälääketiedettä koskevia jäsenvaltioihin kohdistuvia velvoitteita. Direktiivin tarkoituksena ei ole luoda oikeutusta toisessa jäsenvaltiossa tarjotun terveydenhuollon kustannusten korvaamiseen, jos hoito ei kuulu kustannuksista vastuussa olevan valtion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin. Jäsenvaltion ei siten ole direktiivin mukaan velvoitettu alueellaan tarjoamaan tai korvaamaan etänä annettuja terveydenhuollon palveluita.

On kuitenkin otettava huomioon, että myös etänä annettuihin palveluihin sovelletaan potilasdirektiivin sääntöjä, jos etälääketiede on hyväksyttävä palveluiden tarjoamismuoto henkilön omassa valtiossa. Potilasdirektiivi vielä tarkentaa etänä annetun palvelun osalta, että tällaisessa tilanteessa terveydenhuollon katsotaan tarjotun siinä jäsenvaltiossa, johon terveydenhuollon tarjoaja on sijoittunut (potilasdirektiivi 3 artiklan d kohta).

Ulkomailta etänä annettuja palveluita on siten korvattava, jos henkilö voisi saada kyseiset palvelut etänä myös Suomessa ja potilasdirektiivin 7 artiklan 7 kohdan mukaisesti Suomessa etänä annetuista palveluista säädetyt edellytykset täyttyvät.

Valtakunnan tasolla määritellyt hinnat ja asiakasmaksut (vastinepyynnön kysymys 2)

Lääkäripalveluyritykset ry (LPY) ja Kansaneläkelaitos nostivat lausunnoissaan esille, että ulkomailla annetusta hoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaukset tulisi hyvinvointialuekohtaisten kustannustietojen sijaan määritellä valtakunnallisen hinnaston mukaisesti. Lausunnossa ei katsottu hallinnollisen työn vuoksi olevan tarkoituksenmukaista, että jokainen hyvinvointialue määrittelisi oman korvaustasonsa. Pirkanmaan hyvinvointialueen lausunnon mukaan tulisi harkita asiakasmaksulain ja -asetuksen kulloinkin mahdollistamien maksimihintojen käyttämistä korvausperusteena. Hyvinvointialueiden ja muiden toimijoiden asiakasmaksuhinnat eroavat toisistaan, mutta yksilöllinen selvittely ei tuo tässä tilanteessa lisäarvoa. Tutkimusprofessori Markku Pekurinen ehdottaa lausunnossaan, että Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemia yksikkökustannusarvioita käytettäisiin valtakunnallisena hinnastona.

Hallituksen esityksessä (sivu 24) tuodaan esille, että hyvinvointialuekohtaisten kustannus- ja asiakasmaksutietojen arvioidaan yksittäisen henkilön kohdalla parhaiten toteuttavan potilasdirektiivin säännöksiä. Henkilöllä on potilasdirektiivin mukaisesti oikeus saada ulkomailla annetuista terveydenhuollon palveluista aiheutuneista kustannuksistaan sellainen korvaus, joka vastaa sitä tilannetta, että vastaava hoito olisi annettu hänelle Suomessa. Koska hoidosta aiheutuneet laskennalliset kustannukset ja asiakasmaksut kansallisesti vaihtelevat hyvinkin paljon, henkilön saama korvaus vastaisi sitä kustannustasoa, joka on käytössä hänen omalla hyvinvointialueellaan. Valtakunnallinen kustannustaso voisi johtaa tilanteisiin, joissa henkilön saama korvaus olisi pienempi tai suurempi kuin hyvinvointialueellista kustannustasoa käytettäessä.

Tämän lisäksi on otettava huomioon, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 57 §:n nojalla hyvinvointialueet laskuttavat annetusta terveydenhuollon palvelusta aiheutuneita kustannuksia myös toisiltaan. Tämä koskee tilanteita, joissa ne ovat antaneet palveluita toisen hyvinvointialueen asukkaalle. Kustannuksilla tarkoitetaan toteutuneita kuluja, jotka ovat aiheutuneet palvelun antamisesta ja joista on vähennetty palvelusta kertyneet toimintatulot. Tästä seuraa, että hyvinvointialueet ovat jo rajalaissa säädetystä riippumatta velvollisia

määrittelemän kustannus- ja asiakasmaksutasonsa. Valtakunnan tasolla määritellyt hinnat ja asiakasmaksut edellyttäisivät siten lisää hallinnollista työtä nykyisen alueellisen määrittelytyön lisäksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemä työ yksikkökustannusten arvioimiseksi on sinänsä ansiokasta, mutta ei STM:n näkemyksen mukaan ole ainakaan tässä vaiheessa suoraan sovellettavissa tähän tarkoitukseen, eikä mainittu arviointityö ole ylipäätään toteutettu tätä tarkoitusta varten. Valtakunnallisen määrittelytyön tekninen toteutus edellyttäisi toteutukseen vastuutettavan tahon riittävää resursointia sekä tarkoituksenmukaisia ohjaus- ja yhteistyörakenteita.

Yhdenvertaisen palvelutarpeen arvioinnin turvaaminen (vastinepyynnön kysymys 5)

Sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt arvioimaan, miten korvausmallissa turvataan yhdenvertainen palvelutarpeen arviointi yhtenäisin lääketieteellisin kriteerein.

Lähtökohtaisesti lausunnon antajat pitivät tarkoituksenmukaisena, että Kansaneläkelaitos mahdollisimman itsenäisesti voisi ratkaista henkilön toimittaman korvaushakemuksen. Esimerkiksi Helsinki kiinnitti huomiota siihen, että voimassa olevan lain perusteella Kansaneläkelaitokselta tulleita tiedusteluita kohdistuu Helsingin perusterveydenhuoltoon vajaa 1000 vuodessa ja oletuksena on, että alkuvaiheessa lähetettävien tietopyyntöjen määrä vähintään kaksinkertaistuisi. Suomen Kuntaliitto ja Pirkanmaan hyvinvointialue kuitenkin nostivat lausunnoissaan esille, että Suomen terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskevissa epäselvissä tilanteissa Kansaneläkelaitosta tulisi kuitenkin velvoittaa pyytämään kannanotto hyvinvointialueelta.

Viitaten sekä valiokunnan esille nostamaan huoleen että lausunnonantajien lausuntoihin, STM:n näkemyksen mukaan on tarkoituksenmukaista kytkeä hyvinvointialueet vahvemmin mukaan kustannusten korvattavuuden arviointiin. Tämä voitaisiin tehdä velvoittamalla Kansaneläkelaitosta jokaisen korvaushakemuksen yhteydessä selvittämään erikseen hyvinvointialueelta, kuuluuko ulkomailla annettu hoito Suomen terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja olisiko hoitoa annettu henkilöille vastaavassa tilanteessa Suomen julkisessa terveydenhuollossa.

STM kuitenkin huomauttaa, että tällainen hakemuskohtainen selvittely aiheuttaisi hyvinvointialueille hallinnollista työtä, koska tietopyyntöjen määrä kasvaisi nykyisestä. Voimassa olevassa rajalaissa kuntiin ja sairaanhoitopiireille lähetettäviä tietopyyntöjä on pidetty hallinnollisesti työläinä ja ollaan peräänkuulutettu Kansaneläkelaitoksen julkista terveydenhuoltoa koskevan tietotaidon vaiheittaista kehittämistä. On muistettava, että palvelutarpeen ja annettavaa hoitoa koskeva arviointi olisi tullut tehtäväksi hyvinvointialueella muutenkin, jos henkilö olisi valinnut hakevansa hoidon Suomen julkisesta terveydenhuollosta. Sen ei voitaisi siten katsoa olevan uusi tehtävä hyvinvointialueille. Jotta hallinnollinen taakka ei kuitenkaan muodostuisi liian suureksi, on kehitettävä toimivat prosessit ja yhteistyökanavat Kansaneläkelaitoksen ja hyvinvointialueiden välille ja hyvinvointialueilla on otettava lausuntopyyntöjen vastaaminen riittävästi huomioon työn resursoinnissa.

STM pitää tärkeänä, että hyvinvointialueet ylläpitäisivät kustannustaso- ja asiakasmaksutietojaan asiakasystävällisessä muodossa sähköisesti. Tästä syystä pidetään edelleen tarkoituksenmukaisena, että Kansaneläkelaitos vain tarvittaessa pyytäisi kustannuksia koskevia tietoja.

Alustava luonnos siitä miten 12 §:n 2 momenttia voitaisiin muuttaa:

12 §

Korvauksen määrän selvittäminen ja vahvistaminen sekä korvauksen maksaminen

— —

Henkilölle 9 §:n perusteella maksettavan korvauksen määrän vahvistamiseksi Kansaneläkelaitos pyytää henkilön hyvinvointialueelta tai HUS-yhtymästä, jos henkilön kotikunta sisältyy siihen, taikka Helsingin kaupungilta arviota, kuuluuko henkilölle toisessa EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja se olisi annettu vastaavassa tilanteessa Suomen julkisessa terveydenhuollossa. Kansaneläkelaitos voi lisäksi tarvittaessa selvittää mitkä vastaavan terveydenhuollon palvelun kustannukset ja asiakasmaksut olisivat olleet hyvinvointialueella, HUS-yhtymässä tai Helsingin kaupungissa. Jos henkilöllä ei ole Suomessa kotikuntaa, Kansaneläkelaitos ~~voi tarvittaessa~~ pyytää edellä mainitut tiedot Helsingin kaupungilta tai HUS-yhtymältä. Kirjallinen vastaus on toimitettava pyynnön vastaanottamista seuraavien 21 vuorokauden kuluessa.

Ennakkotietoa korvauksesta ja henkilölle hoidosta aiheutuvat kustannukset (Vastinepyynnön kysymys 3)

Perustuslakivaliokunta nosti lausunnossaan esille, että potilasdirektiivin mahdollistaman ennakkoilmoitusmenettelyn käyttöönottoa olisi syytä harkita.

STM nostaa tässä yhteydessä esille, että potilasdirektiivin 9 artiklan 5 kohdan nojalla jäsenvaltiot voivat tarjota henkilölle mahdollisuuden saada ennakkoilmoituksen, joka on arvio korvattavien kustannusten määrästä. Tässä arviossa otetaan huomioon henkilön sairaus ja täsmennetään todennäköisesti sovellettavat lääketieteelliset toimenpiteet. On otettava huomioon, ettei ennakkoilmoitus ole oikeudellisesti sitova, eli ei ole maksusitoumus. Hoidon antamisen jälkeen maksettava korvaus määräytyy aina todellisten olosuhteiden ja tehtyjen toimenpiteiden perusteella. Ennakkoilmoituksessa määritelty korvausmäärä on sitova vain, jos ulkomailla on annettu juuri se hoito ja tehty ne toimenpiteet, joita on huomioitu ennakkoilmoituksessa.

Perustuslakivaliokunnan lausuntoon viitaten STM katsoo, että ennakkoilmoitusmenettelyn käyttöönotto olisi tarkoituksenmukaista, jotta sen myötä henkilö voisi luotettavammin saada arvion siitä, olisiko hänen haluamansa ulkomailta haettava palvelu ylipäätänsä korvauksen piirissä ja minkä suuruinen korvaus voisi jälkeenpäin olla odotettavissa.

Ennakkoilmoitusmenettely on käytössä mm. Ruotsissa. Jotta Försäkringskassan voisi kartoittaa mahdollisesti ulkomailla annettavat palvelut ja toimenpiteet, henkilön on ennakkoilmoitushakemuksen liitteenä toimitettava ulkomaisen palvelun tuottajan laatima yksityiskohtainen hoitosuunnitelma sekä Ruotsin terveydenhuollossa kyseiseen vaivaan liittyvät epikriisit ja hoitosuunnitelmat. Kuten Ruotsissa, ennakkoilmoitusmenettelyn käyttöönottaminen Suomessa edellyttäisi, että annettu arvio mahdollisimman tarkasti sisältäisi ne palvelut, jotka jälkeenpäin annettaisiin henkilölle ulkomailla. Päätöksenteon tueksi henkilön tulisi toimittaa tieto sekä

ajankohtaisesta terveydentilastaan ja Suomessa annetusta hoidosta että ulkomailla annettua hoitoa koskevasta hoitosuunnitelmasta.

Henkilön hakiessa ennakkoilmoitusta, myös hyvinvointialueiden palveluvalikoimaa ja vastaavaa Suomessa annettavaa hoitoa koskeva arviointi tulisi tehdä jo tässä vaiheessa. Tämä voitaisiin oikeudellisesti toteuttaa siten, että myös ennakkoilmoituksen käsittelyssä sovellettaisiin rajalain 12 §:n 2 momentissa säädettyä korvauksen määrittelyä koskevia menettelysääntöjä. Jos Kansaneläkelaitosta velvoitettaisiin korvaushakemuksen yhteydessä pyytämään lausuntoa hyvinvointialueelta, tämä lausunto pyydettäisiin myös henkilön hakiessa ennakkoilmoitusta. Hallinnollisen työn kannalta olisi kuitenkin tärkeätä, ettei Kansaneläkelaitos olisi korvauksen maksamisen yhteydessä velvollinen pyytämään uutta 12 §:n 2 momentin mukaista lausuntoa hyvinvointialueelta, jos ulkomailla on annettu ne palvelut ja toimenpiteet, jotka on otettu huomioon ennakkoilmoituksessa.

Ennakkoilmoituksen käyttöönottoa voitaisiin toteuttaa esimerkiksi lisäämällä lakiin uusi 12 a §. Alla alustava luonnos:

12 a §

Ennakkoilmoitus

Kansaneläkelaitoksen on henkilön pyynnöstä selvitettävä, onko henkilöllä oikeus tämän lain 9 §:n mukaiseen korvaukseen hänen hakeutuessaan hoitoon toiseen EU-valtioon ilman 13 ja 13 a §:ssä tarkoitettua lupaa sekä arvioitava tästä hoidosta maksettavan korvauksen enimmäismäärä. Hakemuksen yhteydessä henkilön on esitettävä EU-valtiossa toimivan terveydenhuollon palveluntuottajan laatima selvitys ulkomailla annettavasta hoidosta sekä kopio hänelle annetusta lähetteestä, jos 9 §:n 2 momentin mukaisesti sellainen häneltä edellytetään. Korvauksen määrän selvittämiseen sovelletaan 12 §:n 2 momentissa säädettyä menettelyä.

Kansaneläkelaitos on korvausta koskevassa myöhemmässä harkinnassa velvollinen maksamaan henkilölle ennakkoilmoituksessa ilmoitetun määrän edellyttäen, että toisessa EU-valtiossa annettu hoito vastaa ennakkoilmoituksessa huomioituja palveluita, ylittämättä kuitenkaan henkilön terveyspalvelusta tosiasiallisesti maksamia kustannuksia. Jos korvaus maksetaan ennakkoilmoituksen mukaisena, Kansaneläkelaitos ei ole korvaushakemuksen käsittelyn yhteydessä velvollinen selvittämään 12 §:n 2 momentissa säädettyjä edellytyksiä uudelleen hyvinvointialueelta, Helsingin kaupungilta tai HUS-yhtymältä.

STM kiinnittää vielä valiokunnan huomiota siihen, että potilasdirektiivi sallii myös ennakkoluvan käyttöön ottamisen tietyissä hyvin rajatuissa tilanteissa (vaihtoehtoa on avattu tarkemmin hallituksen esityksessä sivuilla 19-20). Potilasdirektiivin 8 artiklan mukaan sekä ennakkolupajärjestelmä että sen turvin tehtävät yksittäiset hylkäävät ennakkolupapäätökset saavat koskea ainoastaan sitä, mikä on välttämätöntä ja oikeassa suhteessa tavoitteeseen nähden. Ne eivät saa olla mielivaltaisen syrjinnän väline tai perusteeton este henkilöiden vapaalle liikkuvuudelle.

Edellytyksenä ennakkolupajärjestelmän käyttöön otolle on se, että tarve liittyy suunnitteluvaatimuksiin, joiden avulla voidaan varmistaa, että jäsenvaltiossa on riittävästi ja pysyvästi saatavilla monipuolista ja laadukasta hoitoa tai pyrkiä hallitsemaan kustannuksia välttääkseen niin pitkälle kuin mahdollista rahavirtojen, teknisten resurssien ja henkilöstöresurssien haaskaamista. Taustalla tulee siten olla kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuteen tai resursointiin liittyvä syy. Tämän lisäksi edellytyksenä on, että kyseessä oleva hoito vaatisi vähintään yhden yön

yöpymistä sairaalassa tai siinä käytettäisiin pitkälle erikoistunutta ja kallista lääketieteellistä infrastruktuuria tai lääketieteellistä laitteistoa.

Direktiivin mukaan jäsenvaltion on julkaistava tiedot siitä, millainen terveydenhuolto edellyttää ennakkolupaa sekä kaikki muut asiaankuuluvat tiedot ennakkolupajärjestelmästään. Komissio on alkuvuonna 2022 laatinut uuden ohjesäännön (Guiding principles for information provision on prior authorisation systems across Member State) jossa on tarkennettu mitä ja miten tarkasti ennakkolupajärjestelmän piirissä olevia hoitoja ja toimenpiteitä koskevat tiedot on laadittava. Ohjesäännön mukaisesti jäsenvaltion on laadittava riittävän tarkasti määritelty luettelo ennakkolupaa edellyttävistä hoidoista ja/tai terveydenhuollon laitteista (edellytys koskee myös niitä hoitoja, jotka edellyttävät yöpymistä sairaalassa). Luettelon olisi oltava tyhjentävä ja siinä olisi esitettävä yksityiskohtainen hoitotaso ja/tai lääkintävarusteet yleisluokkien sijaan. Lisäksi siinä tulisi olla maininta taustalla olevista yleisistä kriteereistä tai syistä, joiden perusteella on arvioitu, että kyseinen hoito ja/tai lääkintäväline olisi oltava ennakkoluvan piirissä.

Potilasdirektiivissä ennakkoluvan hylkääminen on rajattu tarkasti. Käytännössä ennakkoluvan voisi hylätä vain, jos hyvinvointialue voi järjestää vastaavan hoidon henkilön senhetkisen terveydentilan ja sairauden todennäköisen kehityksen kannalta lääketieteellisesti hyväksyttävässä määräajassa. Suomessa kyseisellä määräajalla tarkoitettaisiin kansallisessa laissa säädettyjä hoitotakuuaikoja.

STM huomauttaa, että EU:n sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun asetuksen (jäljempänä EU-asetus 883/2004) mukainen ennakkolupa on aina myönnettävä, jos hoitoa ei voida järjestää henkilölle laissa säädetyssä määräajassa, eli hoitotakuuaikojen puitteissa. Jo voimassa olevaan sääntelyyn perustuvan asetuksen mukainen ennakkolupa on henkilölle direktiivin mukaista ennakkolupaa edullisempi, koska sen nojalla hän saa hoidon suoraan hoitoa antavan jäsenvaltion asiakasmaksulla ja hänellä on myös oikeus saada korvauksia matkakorvauksistaan. Näin ollen tilanteessa, jossa hoitoa ei Suomessa voida järjestää hoitotakuusäännösten puitteissa, myönnettäisiin EU-asetuksen mukainen ennakkolupa potilasdirektiivin mukaisen ennakkoluvan sijaan. Myös potilasdirektiivin mukaisen ennakkoluvan käyttöönotto on kuitenkin oikeudellisesti mahdollista, jos valiokunta harkitsee sen tarkoituksenmukaiseksi. Tämä edellyttäisi kuitenkin edellä kuvattua valmistelua ja sen mahdollisen käyttöalan arvioidaan jäävän verrattain pieneksi. Lisäksi olisi otettava huomioon, että muutos aiheuttaisi lisääntyvää hallinnollista työtä toimenpanossa osallistuville viranomaisille. Olisi siten varattava riittävästi aikaa toimeenpanolle.

Perustuslakivaliokunta toi lausunnossaan lisäksi pohdittavaksi, voitaisiinko korvausmallia täydentää siten, että kustannuksia voitaisiin korvata tai maksusitoumus saada tietyin edellytyksin jo etukäteen. Tällä tavalla voitaisiin edistää tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutumista.

STM korostaa, että potilasdirektiivi pohjautuu malliin, jossa korvaus maksetaan henkilölle jälkikäteen ja että käsittelyssä oleva hallituksen esitys on laadittu tämän mukaisesti. Esityksen mukaisesti lähtökohtana olisi potilasdirektiivin nojalla korvattavien kustannusten osalta jatkossakin, että asiakas ensisijaisesti olisi itse vastuussa palvelun tuottajalle maksettavista korvauksista.

Korvauksen suuruus määräytyy aina ulkomailla annetun hoidon pohjalta. Tästä syystä ennakkoon maksettu korvaus voisi käytännössä johtaa siihen, että Kansaneläkelaitos jälkikäteen joutuisi perimään liikaa maksetun korvausosuuden takaisin henkilöltä.

Maksusitoumuksen käyttöönotto olisi hallinnollisesti raskas menettely, koska potilasdirektiivi ei tältä osin sisällä kansainvälistä yhteistyötä koskevia säännöksiä. Näin ollen ulkomaalaisia palvelujen tuottajia ei voida velvoittaa hyväksymään Kansaneläkelaitoksen henkilölle myöntämää maksusitoumusta. Maksusitoumusmenettelyn kehittäminen siten tarkoittaisi, että kansallisesti luotaisiin menetelmä, jonka avulla ulkomaalaiset palvelujen tuottajat voisivat sitoutua laskuttamaan maksusitoumuksessa määritellyn osuuden hoidosta aiheutuneista kustannuksista suoraan Kansaneläkelaitokselta.

STM huomauttaa lisäksi, että henkilöllä on aina mahdollisuus hakea *EU-asetuksen 883/2004* mukainen ennakkolupa hakeakseen tarvitsemansa hoidon toisesta jäsenvaltiosta. Ennakkolupa on asetuksen sääntöjen nojalla aina myönnettävä, jos hoito kuuluu henkilön oman valtion terveydenhuollon palveluvalikoimaan, mutta hoitoa ei voida hänelle antaa laissa säädetyssä ajassa. Harkinnan mukaan ennakkolupamenettelyä voidaan käyttää kaikissa muissakin tilanteissa. Jos asetuksen mukainen ennakkolupa myönnetään, henkilöllä on oikeus saada luvassa määritelty hoito hoitoa antavan valtion asiakasmaksun hinnalla. Loput kustannuksista laskutetaan jälkikäteen valtioiden välillä. Näin ollen asetuksen mukainen ennakkolupa toimii kuten maksusitoumus.

STM:n arvion mukaan asetuksen mukainen ennakkolupamenettely varmistaisi sen, että henkilöillä on taloudellisesti mahdollista halutessaan saada tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut ulkomailta tilanteessa, joissa heille ei voida järjestää kyseisiä palveluita Suomessa.

Korvausmallin vaikutukset (vastinepyynnön kysymys 4)

Sosiaali ja terveysvaliokunta on pyytänyt laajempaa vaikutusten arviointia ainakin yritysten, potilaiden ja hyvinvointialueiden näkökulmasta.

Yritysvaikutukset

Sosiaali- ja terveysvaliokunta on tätä vastinetta koskevan pyynnön saatteessa pyytänyt STM:ltä laajempaa vaikutusten arviointia yritysten näkökulmasta. Arvioinnissa tulisi huomioida vaikutuksia markkinatilanteeseen ja kilpailuun.

Asiantuntijalausunnossaan KKV katsoi, että esitys asettaa yksityiset palveluntarjoajat eri asemaan sen mukaan, missä hoitoa annetaan. Hammaslääkäriliitto puolestaan katsoi, että esitys tekee etenkin lähellä valtakunnan rajoja toimivien terveydenhuollon yritysten tilanteen hyvin vaikeaksi. Liitto nosti esille erityisesti proteettiset toimenpiteet, joista ei makseta kotimaassa lainkaan korvausta sairausvakuutuksesta.

STM toteaa, että esitys ja sen sisältämä korvausmalli ovat lähtökohtaisesti tältä osin mahdollistavaa lainsäädäntöä, jonka vaikutukset riippuvat toimintaympäristön kehityksestä, eri toimijoiden päätöksistä ja syntyvistä innovaatioista. Esityksen korvausmallin yritysvaikutuksia on siten hyvin haastavaa arvioida etukäteen.

Esityksessä todetun mukaisesti korvausmallin arvioidaan siirtävän terveyspalvelujen kysyntää myös kotimaan yksityisistä terveyspalveluista ulkomaille. Korvausmallin voidaan katsoa kohtelevan ulkomaisia palveluntuottajia paremmin kuin suomalaisia palveluntuottajia. Kotimaisen kysynnän kehityksen voi tästä huolimatta arvioida olevan hyvin vahvaa. Valtiovarainministeriön 15.9.2022 julkaiseman painelaskelman mukaan hyvinvointialueiden valtiolta saama rahoitus kasvaa vuositasolla lähes seitsemällä miljardilla eurolla vuoteen 2030 mennessä. Hyvinvointialueiden rahoituksen kasvu tullee lisäämään myös yksityisiltä palveluntuottajilta hankittavia ostopalveluja.

Esityksen korvausmalli voisi luoda uusia ja edesauttaa nykyisiä liiketoimintamahdollisuuksia suomalaisille terveyspalveluyrityksille sekä todennäköisesti myös muiden toimialojen yrityksille, mikäli he haluaisivat tuottaa terveydenhuollon palveluita ulkomailla. Yksityinen sektori voinee laajentaa toimintaansa muissa maissa sekä tukea muutoin potilaiden liikkuvuutta yli Suomen rajojen. Terveystoimiala on oletettavasti säännelty kussakin toisessa maassa siinä määrin, että toiminnan laajentaminen on helpompaa niille yrityksille, jotka omaavat paremmat hallinnollis-juridiset valmiudet, eli todennäköisesti laajentuminen suosii muita kuin toimialan pienimpiä toimijoita.

Vaikutukset potilaisiin

Esitys lähtee siitä, että potilas olisi oikeutettu saamaan ulkomailla annettua, korvattavuuden kriteerit täyttävää hoitoa vaihtoehtoisesti Suomessa oman hyvinvointialueensa järjestämänä. Eli hoidon ja palvelun saatavuuteen (samaan tarpeeseen sama hoito saman asiakasmaksun hinnalla) liittyvän yhdenvertaisuuden osalta esitys olisi neutraali. Sen sijaan ajallinen saavutettavuus voi ulkomailla tarjottavan hoidon osalta olla Suomessa annettavaa parempi ottaen huomioon Suomessa voimassa olevat melko pitkät hoitotakuun määräajat erityisesti suun terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Tältä osin ne potilaat, joiden on vaivatonta lähteä hoitoon ulkomaille, voivat olla muita paremmassa asemassa. Toisaalta heidän poistumisensa suomalaisista jonoista, voi parantaa myös hyvinvointialueiden järjestämänä hoitonsa saavien asemaa.

Etäisyyksiin liittyvän saavutettavuuden osalta aiheuttaa haasteita ihmisten asuinpaikka ja se, että matkakorvauksia maksetaan vain se määrä, jonka henkilö olisi oikeutettu saamaan hakiessaan vastaavan hoidon Suomessa. Syrjäseuduilla asuvilla täten saattaa olla oikeus saada kansallisen matkan mukaan määriteltyjä matkakorvauksia, mutta heidän matkansa ulkomaille on todennäköisesti pidempi, jolloin heidän matkakustannukset olisivat suuremmat. Näin ollen lähellä rajoja asuvien potilaiden mahdollisuus hyödyntää hoitoa ulkomailla muodostuu kustannuksiltaan keveämmäksi kuin kauempana asuvien. Kustannusten suhde matkakustannuksiin vaihtelee tarvittavan hoidon ja palveluiden mukaan. Kovin kalliisiin, monimutkaisiin hoitoihin hakeutuminen ja niiden kustantaminen etukäteen hillinnee lähes kaikkien potilaiden halua hakeutua ulkomaille, koska kustannukset pitää ensin rahoittaa itse ja korvauksen saa vasta jälkikäteen. Toisaalta kohtalaisen edullisten hoitojen hakeminen voi johtaa siihen, että matkakustannusten suhteellinen osuus nousee suureksi. On mahdollista, että yksityiset terveysyritykset tuovat markkinoille yhteistyössä yksityisten

rahalaitosten kanssa rahoitusvaihtoehtoja, jotka madaltavat ulkomaille hoitoon hakeutumisen kynnystä henkilön varallisuudesta riippumatta,

Vaikutukset hyvinvointialueisiin

Potilaan ulkomailta hakeman hoidon kustannukset korvattaisiin, jos hoito kuuluu suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja jos potilaan yksilöllinen lääketieteellinen tarve on sitä edellyttänyt. Potilaan palvelutarve tulisi arvioitavaksi hyvinvointialueella joka tapauksessa. Ulkomailta haettu hoito ei siten merkittävästi lisää palvelutarvetta tai luo sellaista kysyntää, joka ei olisi tullut järjestettäväksi järjestämisvastuisen hyvinvointialueen toimesta Suomessa. On oletettavaa, että ulkomailla toteutuneen hoidon edellyttämä jatkohoito ja mahdolliset komplikaatiot eivät merkittävästi poikkea siitä, mitä potilaiden hoito Suomen julkisessa tai yksityisessä terveydenhuollossa aiheuttavat. Myös nämä kuuluvat hyvinvointialueiden rahoitettavaksi ja siten erityisten uusien kustannusten aiheutuminen hyvinvointialueille ei ole ulkomailta haetun hoidon osalta merkittävää. Lisäksi on kiinnitettävä huomiota siihen, ettei vastuu antaa ulkomaille hakeutuneille henkilöille mahdollista jatkohoitoa suoraan kytkeydy esitettyyn korvausmallia koskevaan muutokseen. Kunnilla ja sairaanhoitopiireillä on jo voimassa olevan rajalain nojalla velvollisuus antaa jatkohoitoa, vaikka ulkomailla annetusta hoidosta aiheutuneet kustannukset korvataankin sairausvakuutuslain mukaisesti.

Esityksen mukaan ulkomailla annettava hoito korvattaisiin suoraan valtion, ei hyvinvointialueiden rahoittamana. Hyvinvointialueille voisi muodostua kannustin ohjata potilaita hakeutumaan hoitoon ulkomaille varsinkin rajaa lähellä sijaitsevilla hyvinvointialueilla, jolloin potilaat poistuisivat jonoista ja toisaalta rahoitus näihin palveluihin tulisi suoraan valtiolta. Toisaalle hoitoon ohjaaminen ei kuitenkaan olisi voimassa olevan lainsäädännön mukaista, koska hyvinvointialue ei voi irrottautua järjestämisvastuustaan, joka sillä koko väestönsä osalta on. Hyvinvointialueen tulee sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain mukaisesti suunnitella toimintansa koko väestönsä palvelutarpeeseen vastaamiseksi valtion myöntämän rahoituksen ja muiden tulojensa (esim. asiakasmaksut) turvin.

Koska hoito ulkomailla lähtökohtaisesti korvaa vastaavaa hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevaa hoitoa, tarkoituksenmukaisin malli olisi sellainen, jossa kustannusvastuu siirtyisi hyvinvointialueille. Tätä on kuvattu vastineessa jo aiemmin (ks. edellä ”potilasdirektiivi vai henkilöiden vapaa liikkuminen”). Ulkomaille hoitoon hakeutumista ja sen kustannuksia tulee seurata hyvinvointialueittain ja jatkaa lähivuosina korvausmallin kehittämistä.

STM haluaa lopuksi kiinnittää huomiota siihen, että arviot korvausmallimuutoksen aiheuttamista taloudellisista vaikutuksista perustuvat skenaarioon, jossa liikkuminen kolminkertaistuisi suun terveydenhuollon palveluiden osalta ja kaksinkertaistuisi muiden palveluiden osalta. Valmistelun aikana on siten otettu huomioon, että korvausmalli aiheuttanee lisääntyvää liikkumista ulkomaille terveydenhuoltopalvelujen saamiseksi. Perinteisesti vain harvat suomalaiset ovat käyttäneet hyväksi oikeuttaan hakeutua toiseen jäsenmaahan terveyspalveluita saadakseen, minkä takia kasvun ei oleteta olevan käytännössä suurta.

EU:n rikkomusmenettely ja sen mahdolliset seuraukset (Vastinepyynnön kysymykset 7 ja 8)

Sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt STM:ltä arvioita siitä, miten ja millaisella aikataululla rikkomusmenettely on EU:ssa etenemässä sekä millaisia kustannusvastuiden riskejä mahdolliseen EU:n tuomioistuinratkaisuun liittyy.

Rikkomusmenettely

Rikkomusmenettely käynnistyy sillä, että komissio lähettää jäsenvaltiolle virallisen ilmoituksen, jossa pyydetään lisätietoja. Jos komissio saatuaan jäsenvaltion vastauksen ei katso jäsenvaltion täyttävän EU-lainsäädännön mukaisia velvoitteitaan, komissio voi lähettää jäsenvaltiolle perustellun lausunnon eli virallisen kehotuksen noudattaa EU-lainsäädäntöä. Jos jäsenvaltio tämänkin jälkeen laiminlyö velvoitteitaan, komissio voi viedä asian unionin tuomioistuimen (EUT) käsiteltäväksi. Jos EUT toteaa, että jäsenvaltio on rikkonut EU-lainsäädäntöä, kansallisten viranomaisten on toimittava tuomion mukaisesti. Jos tuomioistuimen päätöksestä huolimatta jäsenvaltio ei korjaa tilannetta, komissio voi viedä asian uudestaan EUT:n käsiteltäväksi. Tässä yhteydessä komissio pyytää tuomioistuinta määräämään jäsenvaltiolle taloudellisia seuraamuksia. Nämä voidaan määrätä kertasuorituksena tai päivittäisinä maksuina.

STM tuo esille, että potilasdirektiivin toimenpanon osalta komissio antoi Suomelle virallisen ilmoituksen syyskuussa 2015 ja perustellun lausunnon 29.4.2016. Komissio on koko rikkomusmenettelyn aikana kehottanut Suomea korjaamaan korvausmallinsa niin, että kustannukset korvattaisiin siten, että henkilön maksettavaksi jäisi sama summa, jonka hän olisi maksanut kyseisestä hoidosta Suomen julkisessa terveydenhuollossa. Viimeisin yhteydenotto komission suunnalta oli tämän vuoden kesällä. Vastauksessaan komissiolle STM on tuonut esille eduskunnalle annetun nyt käsiteltävänä olevan hallituksen esityksen korvausmallin muuttamisesta.

Koska perusteltu lausunto on tässä asiassa annettu, komission seuraava askel on halutessaan viedä asia EUT:n ratkaistavaksi. STM olettaa, että komissio nostaa kanteen Suomea vastaan, jollei korvausmallia tämän eduskuntakäsittelyn puitteissa muuteta, erityisesti, jos sairasvakuutuslakia koskeva HE 23772022 vp samalla etenee. Komissio on koko rikkomusmenettelyn ajan pitänyt kiinni kannastaan, että Suomen valitsema korvausmalli ei vastaa potilasdirektiivin säännöksiä. Komissio on muissa yhteyksissä tuonut esille, että potilasdirektiivin toimenpanon jälkeen nostetut vielä auki olevat kolme rikkomusmenettelyä tulisi saada ratkaistuiksi kuluvan vuoden aikana.

Rikkomuksen seuraukset

Jos Suomen lainsäädäntö todettaisiin EUT:n toimesta unionin oikeuden vastaiseksi, Suomen olisi ryhdyttävä välittömästi muuttamaan lainsäädäntöään. Jos näin ei tehdä, komissio voi virallisen huomautuksen jälkeen nostaa uuden kanteen, jossa vaaditaan uhkasakon ja/tai kiinteämääräisen hyvityksen määräämistä Suomelle.

Sakkojen suuruutta on mahdotonta arvioida etukäteen, koska määräyksessä otetaan huomioon laiminlyönnin kesto, sen vakavuusaste ja kyseessä olevan jäsenvaltion maksukyky sekä erityisesti ne seuraukset, joita jäsenyysvelvoitteiden noudattamatta jättämisestä aiheutuu asianomaisille yksityisille ja julkisille intresseille. Suomen osalta kiinteämääräisen hyvityksen minimimäärä on tällä hetkellä kuitenkin 1 110 000 euroa. Kiinteämääräisen hyvityksen lisäksi tuomioistuin voi määrätä myös päivittäin kertyvän uhkasakon, jos täytäntöönpano on edelleen kesken, kun tuomio annetaan.

On lisäksi otettava huomioon, että EUT:n Suomelle mahdollisesti määräämän sanktion lisäksi, kansallinen tuomioistuin voi kansallisen lainsäädännön nojalla määrätä valtion maksamaan yksityiselle henkilölle vahingonkorvausta siitä vahingosta, joka on syy-yhteydessä unionin oikeuden rikkomiseen. Seurauksena voi tulla arvioitavaksi velvoite takautuvasti muuttaa annettuja päätöksiä.

Jos aiemmat, noin 60–70 000, päätökset tehtäisiin soveltaen tässä esityksessä olevaa korvausmallia, valtion korvaussumma tulisi olemaan suuri: vuosina 2014–2021 tehtyjen korvaushakemusten osalta arviolta noin 15–20 miljoonaa euroa.

Korvausmenojen lisäksi on otettava huomioon, että hakemusten käsittely uudelleen aiheuttaisi myös kustannuksia lakia toimenpanevissa viranomaisissa. Kansaneläkelaitokselta saadun arvion mukaan hallinnolliset kokonaiskustannukset olisivat, ottaen huomioon tapausten käsittelyn ja asiakkaiden mahdolliset yhteydenotot, Kansaneläkelaitokselle noin 3,5 miljoonaa euroa. Tämä luku ei sisällä mahdollisia järjestelmämuutoskustannuksia. Käsittely kuormittaisi oletettavasti myös hyvinvointialueita julkisen terveydenhuollon vastaavan hoidon ja asiakasmaksun suuruuden arvioinnin osalta.

2. Muita ehdotuksia koskevat huomiot

STM kiinnittää sosiaali- ja terveysvaliokunnan huomion siihen, että vaikka uudistettu korvausmalli on sisällöllisesti keskeisin muutosehdotus, se kohdistuu käytännössä vain lakiehdotuksen 9 ja 12 §:iin. Valtaosa esitetyistä pykälämuutoksista on siten korvausmallista riippumattomia ja tarpeen kansallisen ja kansainvälisen lainsäädännön muutosten johdosta tai lain toimenpanoa koskevien säännösten yksinkertaistamiseksi tai tarkentamiseksi.

Muutoksenhaku hallinto-oikeuteen

Perustuslakivaliokunta kiinnitti lausunnossaan huomiota siihen, että rajalain mukaiseen etuuteen liittyvä muutoksenhaku hallinto-oikeuteen on maksullista. Tuomioistuinmaksulain (1455/2015) 5 §:n 1 ja 9 kohdan mukaan oikeudenkäyntimaksua ei kuitenkaan peritä terveydenhuoltolaissa tarkoitettua palvelua tai etuutta koskevissa eikä mielenterveyslain mukaisissa asioissa, mitä voidaan pitää perusteltuna perustuslain 19 §:n 3 momentissa oikeudesta riittäviin terveyspalveluihin säädetyn kannalta. Valiokunnan mukaan olisi syytä vielä arvioida ehdotetun sääntelyn suhdetta terveydenhuoltolain ja mielenterveyslain osalta tuomioistuinmaksulaissa omaksuttuihin ratkaisuihin.

STM kiinnittää huomiota, että voimassa olevan rajalain 29 §:n nojalla EU asetuksen 883/2004 mukaiseen ennakkolupaan liittyvien asioiden muutoksenhaku on hallinto-oikeuteen. Hallituksen esityksessä ehdotetaan, että tämän lisäksi toisessa EU-jäsenvaltiossa annetun hoidon kustannusten korvaamista koskevien asioiden sekä hyvinvointialueelle maksettavien valtion korvausten muutoksenhaku siirrettäisiin sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnasta hallinto-oikeuteen. Samalla esitetään, että hallintolain (434/2003) mukainen oikaisuvaatimusmenettely otettaisiin käyttöön näiden asioiden osalta.

Ottaen huomioon perustuslakivaliokunnan kannan, STM:n mukaan tuomioistuinmaksulakia olisi syytä muuttaa huomiomaan myös rajalain mukaista etuutta koskevia asioita, joita yksityishenkilö mahdollisesti panee vireille hallinto-oikeudessa. Kuten terveydenhuoltolaissa tarkoitettujen asioiden osalta tätä voidaan

pitää perusteltuna perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädetyn kannalta. Tuomioistuinmaksulaki kuuluu oikeusministeriön toimialaan, joten STM on arvioinut asiaa yhdessä oikeusministeriön kanssa.

Muutos voitaisiin toteuttaa esimerkiksi seuraavalla tavalla:

Laki

tuomioistuinmaksulain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan tuomioistuinmaksulain (1455/2015) 5 §:n 1 kohta, sellaisena kuin se on laissa 1203/2020, seuraavasti:

5 §

Maksuttomat suoritteet

Tämän lain mukaista maksua ei peritä:

1) yksityishenkilön vireille panemissa sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) eikä terveydenhuoltolaissa (1326/2010) tarkoitettua palvelua tai etuutta koskevissa asioissa, rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetussa laissa (1201/2013) tarkoitettua etuutta koskevissa asioissa eikä yksityishenkilön vireille panemissa asioissa, jotka koskevat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) mukaan määrättyjä asiakasmaksuja;

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön oikeus saada valtion korvausta

Kansaneläkelaitos kiinnitti omassa lausunnossaan huomiota siihen, että rajalakiin tehtävät Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) oikeutta valtion korvaukseen koskevat muutokset aiheuttavat muutostarpeita myös korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa koskevaan lakiin (695/2019, YTHS-laki). Lainmuutokset olisi Kansaneläkelaitoksen mukaan tullut säätää kokonaisuutena ja muutokset tulisi saattaa voimaan yhtäaikaisesti.

Kuten hallituksen esityksessä (sivu 25) tuodaan esille EU-asetus 883/2004 sekä EU:n ja Ison-Britannian ja Pohjois-Irlannin yhdistyneen kuningaskunnan laatima kansainvälinen sopimus ovat suoraan sovellettavaa lainsäädäntöä Suomessa. Kyseiset säännökset ja sopimusmääräykset myös sivuuttavat niiden kanssa mahdollisesti ristiriidassa olevat kansallisessa laissa säädetyt yksityiskohdat. Korkeakouluopiskelijoiden osalta EU-asetuksen sekä kansainvälisen sopimuksen noudattamiseksi on ensisijasta pidättyä perimästä opiskeluterveydenhuoltolain (695/2019) 24 §:n mukaista terveydenhoitomaksua opiskelijoilta, joita EU-asetus tai kansainvälinen sopimus koskee.

Opiskeluterveydenhuoltolain 17 §:n mukaan korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon kustannukset katetaan valtion Kansaneläkelaitokselle maksamalla rahoituksella sekä opiskelijoiden Kansaneläkelaitokselle suorittamilla terveydenhoitomaksuilla. Opiskeluterveydenhuollon kokonaiskustannuksista 77 prosenttia rahoitetaan valtion varoista ja 23 prosenttia kustannuksista katetaan

opiskelijoilta perittävillä terveydenhoitomaksuilla. Opiskeluterveydenhuollon kokonaiskustannukset muodostuvat opiskelijalle annettavien opiskeluterveydenhuollon palvelujen opiskelijakohtaisesta hyväksyttävästä kustannuksesta kerrottuna läsnä olevaksi ilmoittautuneiden korkeakouluopiskelijoiden määrällä.

EU-asetuksen ja kansainvälisen sopimuksen noudattaminen ei muuta muiden opiskelijoiden opiskelijakohtaisia maksuja ja kustannuksia, mutta EU-opiskelijoiden terveydenhoitomaksujen poistaminen vaikuttaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon kustannusrakenteeseen aiheuttaen muutostarpeita opiskeluterveydenhuoltolain rahoitusta ja maksuja koskeviin pykäliin laajemmin. Opiskeluterveydenhuoltolaki tuli voimaan 1.1.2021. Lain toimeenpanon myötä esiin on noussut useita muitakin rahoitukseen ja maksukäytäntöihin liittyviä lain täsmentämistarpeita. Kaikki muutokset korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon kustannusrakenteeseen, rahoitukseen ja maksukäytäntöihin liittyviin säännöksiin on tarkoituksenmukaista käsitellä huolellisesti kokonaisuutena, eikä siihen ole ollut mahdollisuutta rajalain muutosten valmistelun yhteydessä.

EU-asetuksen ja kansainvälisen sopimuksen piirissä olevilta opiskelijoilta ei enää peritä opiskelijakohtaista terveydenhoitomaksua vuonna 2023. Tämä on otettu huomioon YTHS:n rahoituksessa vuoden 2023 osalta. EU-asetuksen ja kansainvälisen sopimuksen soveltamisen kiireisimmät ja kaikkein tärkeimmät korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon säännöksiä koskevat muutostarpeet liittyvät korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon vuoden 2023 lopullisen korvauksen vahvistamiseen. Opiskeluterveydenhuoltolain 22 § 4 momentin mukaan kunkin vuoden korvauksen määrä tarkistetaan vuoden lopullisen opiskelijamäärän mukaisesti. Kansaneläkelaitos saa korvauspäätökseen tarvitsemansa tiedot korvausvuotta seuraavan vuoden helmikuussa ja arvioi tarkistuspäätöksen antamisajankohdan sijoittuvan vuosittain huhti-toukokuulle. Säännökset välttämättömimmistä EU-asetuksen ja kansainvälisen sopimuksen toimeenpanon edellyttämistä muutoksista sekä opiskeluterveydenhuoltolakiin muutoinkin tarvittavista muutoksista voitaneen siten valmistella vuoden 2023 aikana.

YTHS:lle maksettava valtion korvaus EU-tutkinto-opiskelijoiden saamista opiskeluterveydenhuollon palveluista ei ole etuutena säädetty tai johdettavissa Suomea sitovasta EU tai kansainvälisestä lainsäädännöstä. Se on kansallinen ratkaisu, jonka tarkoituksena on mahdollistaa EU-asetuksen 883/2004 ja kansainvälisen sopimuksen asianmukainen noudattaminen Suomessa. Tästä syystä rajalakiin esitettävä muutos ei voinut jäädä odottamaan YTHS-lakiin myöhemmässä vaiheessa tehtäviä muutosta. Ilman kyseistä muutosta Suomi ei käytännössä pystyisi hakemaan aiheutuneista kustannuksista korvauksia siltä valtiolta, joka EU-asetuksen 883/2004 tai kansainvälisen sopimuksen perusteella vastaa opiskelijalle annetun sairaanhoidon kustannuksista.

Osastopäällikkö Anna Cantell-Forsbom

Lakimies Marika Lahtivirta