

POTILAAN VALINNANVAPAAUS JULKISESSA TERVEYDEN- HUOLLOSSA

OSA 1: SÄÄNTELYKEHIKKO KANSALLISESSA
JA RAJAT YLITTÄVÄSSÄ TERVEYDEN-
HUOLLOSSA

HELENA TUORILA



Julkaisija

Kilpailu- ja kuluttajavirasto

Puhelinvaihe: 029 505 3000

Sähköposti: kirjaamo@kkv.fi

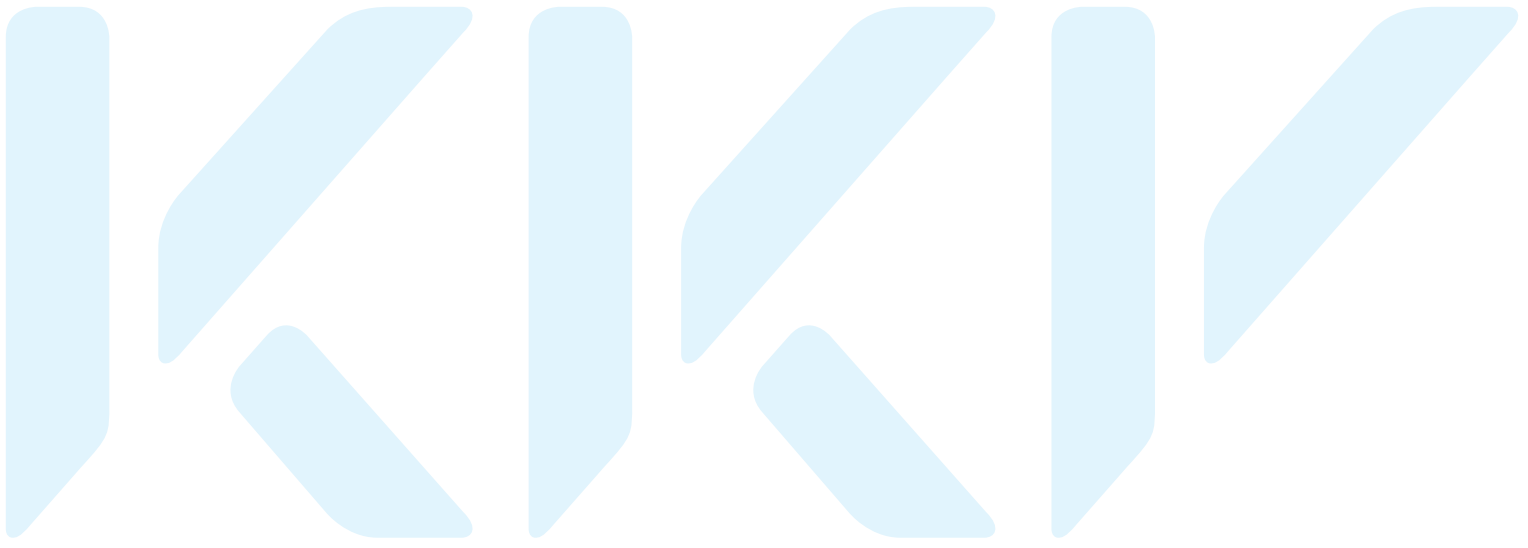
Julkaisutilaukset: viestinta@kkv.fi

PDF-versio julkaisusta: www.kkv.fi/julkaisut

ISSN-L 2323-6922

ISSN 2323-6930 (pdf)

ISBN 978-952-6684-15-4 (pdf)



HELENA TUORILA

POTILAAN VALINNANVAPAAUS JULKISESSA TERVEYDEN- HUOLLOSSA

OSA 1: SÄÄNTELYKEHIKKO KANSALLISESSA JA
RAJAT YLITTÄVÄSSÄ TERVEYDENHUOLLOSSA

KILPAILU- JA KULUTTAJAVIRASTON SELVITYKSIÄ 3/2015



ESIPUHE

Potilaat ovat voineet vuoden 2014 alusta alkaen valita itse terveysasemansa ja erikoissairaanhoidon hoitopaikkansa kaikista Suomen julkisista terveysasemista ja sairaaloista. Valinnanvapaus perustuu sekä terveydenhuoltolakiin että Euroopan unionin potilasdirektiiviin, joka mahdollistaa hoitoon hakeutumisen toiseen EU- tai ETA-valtioon tai Sveitsiin. Potilaan valinnanvapaus ei kuitenkaan aina toteudu, sillä eri tekijät saattavat rajoittaa sitä.

Kilpailu- ja kuluttajavirasto (KKV) selvittää vuoden 2015 aikana, miten potilaan valinnanvapaus toteutuu käytännössä julkisissa terveyspalveluissa. Selvitys toteutetaan kahdessa osassa.

Ensimmäisessä, nyt julkaistavassa osassa on tarkasteltu, millä tavoin lainsäädäntö mahdollistaa potilaiden valinnanvapauden ja millaiset rajoitteet vaikuttavat potilaiden valintamahdollisuuksiin. Lisäksi on selvitetty, ovatko potilaat yhdenvertaisessa asemassa hoitopaikasta päättäessään. Lainsäädännön arviointia on täydennetty asiantuntijahaastatteluilla, joita on tehty muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), Kelan, sosiaali- ja terveysministeriön (STM) sekä Suomen Kuntaliiton edustajille.

Selvityksen toisessa, vuoden lopulla valmistuvassa osassa tarkastellaan, miten potilaan valinnanvapaudesta on tiedotettu. Tarkastelussa ovat sekä viranomaisten keskinäinen tiedottaminen että tiedottaminen kansalaisille. Yhteistyössä aluehallintovirastojen kanssa toteutettavassa selvityksessä kerätään tietoa myös palvelusetelijärjestelmän käytöstä terveydenhoitopalveluissa.

Selvitysraportin on kirjoittanut erikoistutkija **Helena Tuorila**. KKV kiittää sekä häntä että kaikkia muitakin tahoja, jotka ovat omalla panoksellaan avustaneet selvityksen tekemisessä.

Helsingissä toukokuussa 2015

Juhani Jokinen
Pääjohtaja

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| Esipuhe..... | 5 |
| Tiivistelmä | 9 |
| Selvityksen tausta ja toteutus | 11 |
| Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa | 14 |
| Terveydenhuoltolain säännökset valinnanvapaudesta | 14 |
| Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä | 16 |
| Potilasdirektiivi | 19 |
| Potilasdirektiivin tausta | 19 |
| Potilasdirektiivin säännökset valinnanvapaudesta | 20 |
| Potilaan valinnanvapaus rajat ylittävässä terveydenhuollossa..... | 24 |
| Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta | 24 |
| EU-asetus sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta | 26 |
| Kuluttajaoikeudelliset periaatteet valinnanvapauden toteutuksessa | 28 |
| Julkisten terveydenhuoltopalvelujen saatavuus | 28 |
| Julkisten terveydenhuoltopalvelujen markkinointi | 30 |
| Terveyspalvelujen sopimusehdot | 33 |
| Valinnanvapauttaan hyödyntävän potilaan oikeusturvakeinot | 34 |
| Kilpailunäkökulma valinnanvapauden toteutuksessa | 37 |
| Palvelujen tuottajien keskinäisen kilpailun kannusteettomuus | 37 |
| Valinnanvapauden taloudelliset ohjauskeinot..... | 39 |
| Yhteenveto ja johtopäätökset | 43 |
| Lähteet | 49 |

TIIVISTELMÄ

Potilaat voivat nykyisin myös Suomessa valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveysaseman sekä – yhdessä lähetteen kirjoittavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa – myös erikoissairaanhoidon hoitopaikan koko maan alueelta. Terveysasemaa voi vaihtaa enintään vuoden välein. Hoitopaikan mahdollisuuksien rajoissa potilaat voivat valita myös itseään hoitavan lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen. Palvelusetelijärjestelmä laajentaa osassa kuntia valinnanvapauden koskemaan myös yksityisiä terveydenhuoltopalveluja.

Potilailla on lisäksi lakiin perustuva oikeus hakeutua hoitoon mihin tahansa EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin. Tällöin potilas maksaa ensin itse kaikki hoidosta aiheutuneet kustannukset, mutta hänellä on jälkepäin oikeus samansuuruiseen korvaukseen hoitokustannuksista kuin mitä vastaavasta hoidosta Suomessa korvataisiin sairausvakuutuslain nojalla. Potilas voi myös hakea ennakkolupaa EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin hoitoon hakeutumiseen, jos hänen tarvitsemaansa hoitoa ei voida järjestää Suomessa. Tällöin hän maksaa hoidosta vain hoitoa antavan valtion lainsäädännön mukaisen asiakasmaksun.

Tässä selvityksessä tarkastellaan potilaan valinnanvapautta koskevaa sääntelyä sekä kansallisen että rajat ylittävän terveydenhuollon näkökulmasta. Kansallisessa lainsäädännössä valinnanvapaus perustuu terveydenhuoltolakiin (1326/2010) ja lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009). Rajat ylittävässä terveydenhuollossa valinnanvapaus perustuu vapaan liikkuvuuden periaatteelle pohjautuvaan potilasdirektiiviin ja sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annettuihin EU-asetuksiin. Suomessa direktiivi on pantu täytäntöön lailla rajat ylittävästä terveydenhuollosta (1201/2013). Oikeudellisten säännösten lisäksi selvityksessä on analysoitu, miten kuluttajaoikeudelliset periaatteet ja kilpailunäkökulma tulevat esiin valinnanvapauden toteutuksessa.

Sääntelykehikkoa ja sen toteutusta kuvaavat tulokset on koottu selvityksessä nelikenttäanalyysiin, jossa ne jaotellaan vahvuuksiin ja heikkouksiin sekä tulevaisuuden mahdollisuuksiin ja uhkiin (kuva 2 sivulla 43). Vahvuudet ja mahdollisuudet kuvaavat valinnanvapauden tavoitetilaa ja palvelujärjestelmän näkökulmasta myönteisiä resursseja. Heikkouksiin ja uhkiin kiteytyvät puolestaan korjauksia vaativat käytännön toteutuksessa ilmenevät ongelmakohdat.

Nykyjärjestelmän keskeisenä vahvuutena voidaan pitää potilaskeskeisen lähestymistavan korostamista terveydenhuoltopalveluissa. Palvelujen käyttäjiä ei nähdä vain kustannuksia aiheuttavina passiivisina potilaina; holhoavasta (paternalistisesta) suhtautumisesta on aidosti pyritty siirtymään kohti kuluttajalähtoisempää lähestymistapaa. Tämä näkyy myös potilaiden toiminnallisten, tiedollisten ja taloudellisten vastuiden lisäämisinä julkisen vallan järjestämisvastuulle kuuluvissa palveluissa. Potilaalla on aiempaa aktiivisempi rooli terveydenhuoltojärjestelmässä, ja lisääntyneen valinnanvapauden myötä hän voi paremmin osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

Palvelusetelijärjestelmä, joka mahdollistaa monissa kunnissa terveystalujen hankkimisen myös yksityisiltä palveluntuottajilta, laajentaa valinnanvapauden koskemaan myös hoidon sisällöllisiä yksityiskohtia. Järjestelmä sallii lisäksi sen, että palvelua tarvitseva henkilö voi palveluseteliä käyttäessään hankkia omilla varoillaan haluamansa lisäpalvelut, jos palveluseteli ei kata kaikkea palvelun tarvetta.

Potilaan valinnanvapauden toteutuksen suurimpana heikkoutena on sen järjestelmälähtöisyys. Tämä korostuu erityisesti rajat ylittävässä terveydenhuollossa, jossa säännöksiä luotaessa on tehty vain vähän muutoksia aikaisempiin toimintamalleihin. Lainsäädäntöön on valittu korvausmalli, joka turvaa Suomessa toimivien yksityisten palveluntuottajien aseman suhteessa ulkomaisiin kilpailijoihin. Järjestelmä ei myöskään kannusta palvelujen tuottajia keskinäiseen kilpailuun, ja valinnanvapaudesta periaatteessa seuraavat taloudelliset ja terveyspoliittiset hyödyt – kuten uusien innovatiivisten toimintamallien synnyttäminen ja käyttöönotto – jäävät siksi saavuttamatta. Järjestelmä on lisäksi potilaiden näkökulmasta epätasa-arvoinen, koska mahdollisuudet valinnanvapauden hyödyntämiseen riippuvat olennaisesti muun muassa potilaan terveydentilasta ja muista henkilökohtaisista ominaisuuksista, kuten osaamisesta ja taloudellisista resursseista.

Lisääntyneen valinnanvapauden mukanaan tuomat mahdollisuudet liittyvät puolestaan valinnanvapauden käyttövoimaan palvelujärjestelmää uudistettaessa. Aktiivinen valinnanvapauden käyttö voisi parhaimmillaan johtaa asiakaslähtöisempiin palveluprosesseihin sekä palvelujen laadun ja turvallisuuden kehittymiseen. Keskeisin mahdollisuus liittyy palvelutuotannon muuttamiseen monituottajamallin suuntaan niin, että hoitopaikan valitsemismahdollisuus ulotettaisiin myös yksityisen ja kolmannen sektorin tuottajiin. Palvelusetelijärjestelmää voitaisiin hyödyntää aiempaa laajemmin järjestelmälähtöiseen toimintamalliin pohjautuvien kilpailutusten vaihtoehtona. Päätösvaltaa terveydenhuoltopalvelujen tuottajista siirrettäisiin näin osittain myös potilaille.

Palvelusetelien käyttömahdollisuuksia voitaisiin lisäksi tulevaisuudessa laajentaa alueellisesti niin, että palveluja olisi mahdollista hankkia joko seutukunnallisesti tai valtakunnallisesti järjestelmään hyväksytyiltä palveluntuottajilta sen sijaan, että käytettävissä ovat vain henkilön oman asuinkunnan hyväksymät tuottajat. Myös kuntien tehtävää palvelusetelijärjestelmän piiriin kuuluvien yksityisten palveluntuottajien hyväksyjänä voitaisiin ehkä keventää ja vähentää näin palvelujen tuotantoon kohdistuvaa byrokratiaa.

Vaikka valinnanvapaus on kirjattu lainsäädäntöön, palvelujen tuottajat ja potilaat ovat valinnanvapauden käytännön toteutuksessa keskenään eriarvoisessa asemassa sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Suurimmat ongelmat liittyvät kuitenkin rajat ylittävään terveydenhuoltoon: jos lainsäädäntöä ei kehitetä edelleen ja esimerkiksi hoitokustannusten korvaamisperusteita muuteta rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevassa laissa, hoitopaikan valitseminen ulkomailta uhkaa jatkossakin jäädä vain maksukykyisten henkilöiden oikeudeksi.

Säännöksiä ja koko palvelujärjestelmää tulisi muutenkin kehittää edelleen, koska valinnanvapauden nykyinen rajoittunut ja järjestelmälähtöinen toteutustapa mitätöi monin paikoin potilaan tosiasiallisen mahdollisuuden hoitopaikan valintaan. Valinnanvapautta koskevat asiat ovat hajallaan eri laeissa, eikä yhtenäisiä toimintamalleja valinnanvapauden hyödyntämistilanteisiin ole vielä saatu aikaan. Asiaan liittyy myös logistisia ongelmia, kuten ongelmat potilastietojen siirtymisessä toimipaikkojen välillä.

Potilaan valinnanvapauden merkitys ja vaikutukset tulisi ennen kaikkea huomioida tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutuksessa (sote-uudistus) sekä monikanavaisuutta purkavassa rahoitusratkaisussa. Kuten KKV on syksyllä 2014 STM:lle sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksesta antamassaan lausunnossa¹ todennut, uudistuksen tulisi pohjautua aidosti potilaskeskeiseen lähestymistapaan ja tuotannon rahoituksen perustua asiakaspreferensseihin ja palvelujen vaikuttavuuden palkitsemiseen. Palvelujen tuottajakuntaa tulisi lisäksi laajentaa yksityisiin toimijoihin ja luoda kilpailuneutraalit olot julkisten ja yksityisten toimijoiden välille.

Monituottajamalliin sisältyvä kilpailu loisi osaltaan kannusteita asiakaslähtöiseen palvelujen kehittämiseen. Erityisesti rahoitusuudistuksen jatkovalmistelussa ja toteuttamisessa tulisi huomioida potilaan valinnanvapauden toteutumisedellytykset, jotta valinnanvapaudella tavoiteltavat hyödyt saavutettaisiin niin potilaiden kuin terveystalvelujärjestelmän näkökulmasta.

1 Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2014.

SELVITYKSEN TAUSTA JA TOTEUTUS

Suomalaisen julkisen terveydenhuollon ominaispiirre on asumisperusteisesti järjestetyt palvelut. Paikallisesti tuotettu terveydenhuolto on taannut kuntalaisille peruspalvelut, mutta samalla rajannut valinnan mahdollisuutta. Potilaan rajoitettua mahdollisuutta valita hoitopaikkansa on toistuvasti kritisoitu suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää koskevista kansainvälisissä arvioissa, kuten OECD:n Suomen terveydenhuoltojärjestelmän maaraportissa.²

Yksityisellä sektorilla asuinpaikasta johtuvia rajoituksia ei ole, vaan potilaat ovat tottuneet hankkimaan palveluja haluamaltaan lääkäriasemalta ja lääkäriltä. Yksityiset palvelut eivät ole myöskään porrastettuja, vaan terveysterveyspalveluja tarvitseva henkilö voi hakeutua suoraan haluamansa erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajan luokse ohittaen perusterveydenhuollon. Suomessa on perinteisesti mielletty hoitopaikan valinnanvapauden kuuluvan yksityiseen hoitoon.³

Julkisen ja yksityisen sektorin välinen ero valinnanvapaudessa on kaventunut viime vuosina. Valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa on lisääntynyt niin kansallisessa kuin rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Toukokuussa 2011 voimaan astunut terveydenhuoltolaki (1326/2010) on parantanut potilaan mahdollisuuksia hoitopaikkansa valintaan. Ensimmäisessä vaiheessa potilas saattoi valita mistä kuntansa terveyskeskuksen terveysasemalta palvelunsa sai. Vuoden 2014 alusta valinnanvapaus laajeni siten, että potilas voi valita terveysaseman ja erikoissairaanhoidon yksikön kaikista Suomen julkisista terveysasemista ja sairaaloista. Myös vuodesta 2009 voimassa ollut laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009) on parantanut hoitopaikan valinnanmahdollisuuksia.

Rajat ylittävässä terveydenhuollossa lisääntynyt valinnanvapaus on pitkällisen kehityksen tulos. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa (jäljempänä potilasdirektiivi) vahvistaa, että potilas saa hakea vapaasti terveysterveyspalveluja toisesta EU- tai Eta-valtiosta tai Sveitsistä.⁴ Suomessa potilasdirektiivi on täytäntöönpantu tammikuussa 2014 lailla rajat ylittävästä terveydenhuollosta (1201/2013).

Potilaan valinnanvapauden lisäämistä on perusteltu siirtymisellä organisaatiokeskeisestä palvelujärjestelmästä kohti asiakaskekeistä terveydenhuoltoa, paremmalla palvelukokemuksella, terveyskeskuspalvelujen kehittämisellä, potilaan roolin korostamisella julkisissa palveluissa, pitkäjänteisillä potilas-lääkärisuhteilla perusterveydenhuollossa ja kokonaisilla hoitopisodeilla erikoissairaanhoidossa. Perusteluissa ei ole unohdettu eurooppalaisia terveysterveyspoliittisia linjauksia ja niihin yhdistyviä lainsäädännöllisiä uudistuksia.⁵

Selvityksen tarkoituksena on avata potilaan valinnanvapauden sääntelykehikkoa. Keskeiset kysymykset ovat, minkälainen valinnanvapaus potilaalla on julkisessa terveydenhuollossa kansallisen lainsäädännön perusteella, mitä potilasdirektiivi säätelee valinnanvapaudesta ja miten se on täytäntöönpantu Suomessa sekä miten kuluttajaoikeudelliset periaatteet ja kilpailunäkökulma on huomioitu valinnanvapauden toteutuksessa.

Potilaan valinnanvapauden sääntelykehikko mahdollistaa erilaiset tarkastelunäkökulmat, minkä vuoksi selvitykseen kohdistuu tarkentavia rajauksia (kuva 1). Valinnanvapauden toteutumisedellytysten tarkastelussa ei huomioida erikseen työ- ja opiskelijaterveydenhuoltoa, vaikka ne luovat osalle väestöä päällekkäistä valinnanvapautta. Kiireellinen sairaanhoito jää tarkastelun ulkopuolelle, sillä valinnanvapaus koskee ainoastaan kiireetöntä hoitoa. Yksityiskohtaisen tarkastelun ulkopuolelle jäävät myös tilanteet, jolloin henkilö oleskelee tilapäisesti työn, opiskelun tai lomamatkan vuoksi ulkomailla ja terveydenhuoltopalvelujen käyttäminen

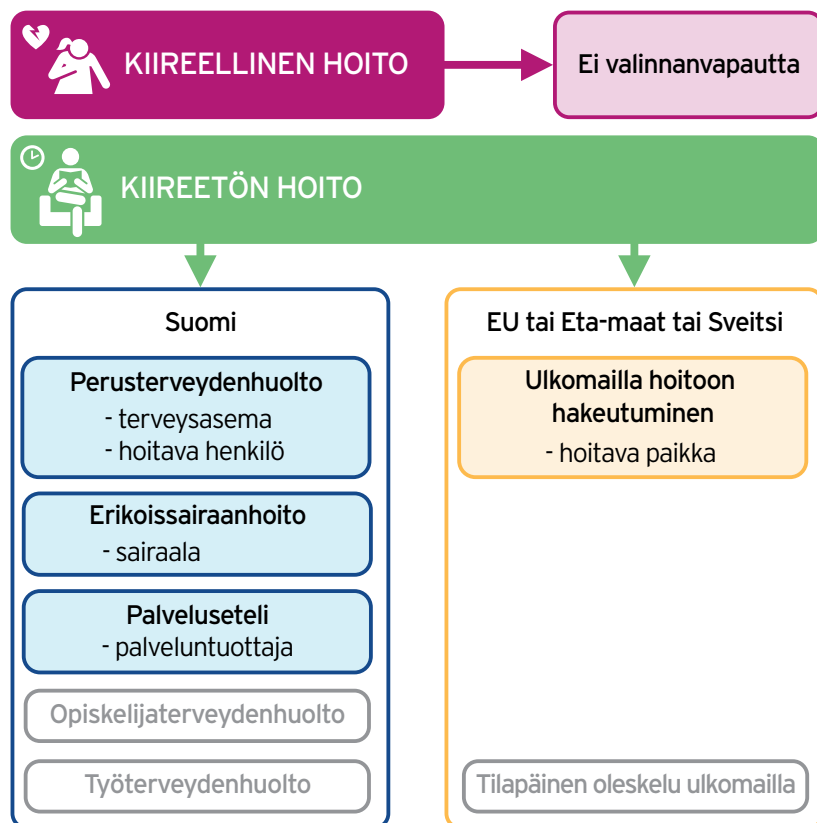
2 Lehtonen 2013, OECD 2012.

3 HE 90/2010 vp.

4 Euroopan unionin jäsenvaltioita ovat Alankomaat, Belgia, Bulgaria, Espanja, Irlanti, Iso-Britannia, Italia, Itävalta, Kreikka, Kroatia, Kypros, Latvia, Liettua, Luxemburg, Malta, Portugali, Puola, Ranska, Romania, Ruotsi, Saksa, Slovakia, Slovenia, Suomi, Tanska, Tšekki, Unkari ja Viro. Eta-valtioita ovat edellä mainittujen lisäksi Islanti, Liechtenstein ja Norja.

5 Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a.

määräytyy sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun EU-asetuksen 883/2004 muiden kuin artiklan 20 perusteella. Hoitoon hakeutumisella rajat ylittävässä terveydenhuollossa tarkoitetaan näin tilannetta, jossa henkilö varta vasten matkustaa ulkomaille tarkoituksenaan hakea ja saada hoitoa sairauteensa.⁶ Rajat ylittävässä terveydenhuollossa valinnanvapautta tarkastellaan pääsääntöisesti suomalaisen potilaan näkökulmasta. Potilasdirektiivin täytäntöönpanon myötä henkilöllä, jonka sairaanhoitokustannuksista vastaa toinen EU- tai Eta-valtio tai Sveitsi, on mahdollisuus hakea terveydenhuollon palveluja Suomesta. Direktiivi velvoittaa turvaamaan ulkomailta Suomeen hoitoon hakeutuvalla henkilöllä hoitoon pääsyn kunnan järjestämään terveydenhuoltoon samoin edellytyksin kuin kunnan asukkaille.



Kuva 1. Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa.

Selvitys perustuu potilaan valinnanvapautta käsittelevien virallislähteiden (lakitekstit, direktiivit, asetukset, hallituksen esitykset, lausunnot, oikeustapaukset) sisällölliseen kuvaamiseen, minkä lisäksi on kerätty tietoa aikaisemmista selvityksistä ja tutkimuksista. Kirjallisten lähteiden tuottamaa tietoa on täydennetty haastatteleamalla Kansaneläkelaitoksen, sosiaali- ja terveysministeriön, Suomen Hammaslääkäriliiton, Suomen Kuntaliiton, Suomen Lääkäriliiton, Suomen Yrittäjien ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoita.

Selvitysteksti etenee siten, että taustan ja toteutuksen esittelyn jälkeen kuvataan potilaan valinnanvapautta julkisessa terveydenhuollossa kansallisen lainsäädännön perusteella siltä osin, kun valinnanvapaus tulee esiin terveydenhuoltolaissa sekä laissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä. Valinnanvapauden toteutumisedellytysten tarkasteluun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutostuksessa ei tässä yhteydessä kiinnitetä erityistä huomiota uudistuksen kariutumisen vuoksi.

6 Footman ym. (2014) analysoivat erilaisia ulkomailla terveyspalveluja käyttäviä potilasryhmiä. Kirjoittajat ryhmittelevät ulkomaisten terveyspalvelujen käyttäjät työn, opiskelun tai lomailun vuoksi lyhytaikaisesti ulkomailla oleskeleviin, ulkomailla eläkepäiviään viettäviin, raja-alueilla asuviin, omasta aloitteestaan ulkomaille hoitoon hakeutuviin ja kotimaisten terveydenhuoltojärjestelmien ulkomaille hoitoon lähettämiin henkilöihin.

Kansallisen tarkastelun jälkeen paneudutaan valinnanvapauteen rajat ylittävissä terveydenhuollossa. Ennen potilasdirektiivin säännösten tarkastelemista kuvataan direktiivin muodostamiseen johtanutta historiallista kehitystä. Tämän jälkeen syvennytään lakiin rajat ylittävästä terveydenhuollosta eli potilasdirektiivin täytäntöönpanoon Suomessa. Rajat ylittävissä terveydenhuollossa tarkastellaan myös sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annettuun EU-asetukseen 883/2004 sisältyviä säännöksiä ulkomaille hoitoon hakutumisen ennakkoluvasta.

Rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevien säädösten tarkastelussa huomioidaan nimenomaan potilaan valinnanvapautta käsittelevät pykälät ja artikkelit. Hallinnollisten ja valinnanvapausjärjestelmän toimintaan kohdistuvien pykälien ja artikloiden tarkasteleminen rajataan analyysin ulkopuolelle. Näin esimerkiksi selvityksessä ei huomioida rajat ylittävästä terveydenhuollosta säädettyssä laissa mainittavaa rajat ylittävän terveydenhuollon neuvottelukuntaa tai potilasdirektiivissä mainittavaa terveysteknologian arviointia koskevaa yhteistyötä.

Potilaan valinnanvapauden sääntelykehikon kuvaamisen jälkeen paneudutaan kuluttajaoikeudellisten periaatteiden ja kilpailunäkökulman huomioimiseen valinnanvapauden toteutuksessa. Selvitysteksti päättyy tulosten yhteenvetoon nelikenttäänalyysillä sekä johtopäätöksiin ja ehdotuksiin valinnanvapauden parantamiseksi.

POTILAAN VALINNANVAPAAUS JULKISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA

Terveydenhuoltolain säännökset valinnanvapaudesta

Terveydenhuoltolain perusajatus on asiakaskeskeisyys, mihin nojaten laki pyrkii lisäämään väestön valinnanmahdollisuuksia terveydenhuollossa. Lain esitöiden mukaan asiakas on palvelujen keskipisteenä siten, että palvelut ja toiminnot organisoidaan hänen yksilöllisistä tarpeistaan lähtien. Asiakkaan pitäisi olla selvillä hoito- ja palveluketjujen kokonaisuudesta ja hänellä tulisi olla tosiasiallinen mahdollisuus vaikuttaa omaan palveluketjuunsa. Tärkeä osa asiakaskeskeisyyttä on mahdollisuus osallistua hoitovastuussa olevan yksikön, hoitavan terveydenhuollon ammattihenkilön ja hoitovaihtoehtojen valintaan.⁷

Potilaan valinnanvapaudesta säädetään terveydenhuoltolain hoitoon pääsyä käsittelevässä 6. luvussa. Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnasta säädetään 47 §:ssä ja vuoden 2014 alusta voimaan astuneen laajennetun kiireettömän hoitopaikan valinnasta 48 §:ssä. Hoitavan henkilön valinnasta säädetään 49 §:ssä.

Kiireetöntä hoitoa koskeva valinnanvapaus koskee perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidon.⁸ Terveydenhuoltolakiin perustuva valinnanmahdollisuus koskee julkisen terveydenhuollon yksiköitä. Jos julkisen terveydenhuollon yksikkö on järjestänyt tai hankkii ostopalveluna sairauden tutkimuksen tai hoidon yksityissairaalassa, koskee valinnanvapaus myös tällaisia sairaaloita. Lain valinnanvapautta koskevia pykälä ei sovelleta Ahvenanmaan maakunnassa.

Terveydenhuoltolaki ei ota kantaa alaikäisen oikeuteen valita terveysasema. Tilanteeseen sovelletaan potilaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain (785/1992) (jäljempänä potilaslaki) 7 §:ää. Jos alaikäinen kykene ikänsä ja kehitystasonsa perusteella päättämään hoidostaan, alaikäistä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. Terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi, kykeneekö alaikäinen päättämään itse hoitoa antavasta terveysasemasta.

Valinnanvapaus perusterveydenhuollossa

Terveyspalveluja tarvitseva henkilö voi valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveysaseman⁹ koko maan alueelta. Hoitopaikan vaihtamisprosessille on ominaista tietynlainen jäykkyys. Terveysaseman vaihtamisesta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä sille terveysasemalle, jota henkilö käyttää, että sille, jonka hän valitsee.¹⁰ Hoitovastuu siirtyy valitulle terveysasemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveysasemaan, ja uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta. Asiantuntijahaastattelujen mukaan vuoden mittaisen valintajakson lähtökohtana on pidempiaikaisen hoitovastuun korostuminen verrattuna useammin tapahtuvaan valintaan. Samaan aikaan vuoden määräajan katsotaan rajoittavan valinnanvapautta.

Valinta sisältää terveydenhuoltolain toisessa (terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen) ja kolmannessa (sairaanhoito) luvussa tarkoitetut terveydenhuollon palvelut, joskaan tarkkaa määritelmää valinnanvapauden piiriin

7 HE 90/2010 vp.

8 Terveydenhuoltolain 50 §:n nojalla kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveys-hoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, 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.

9 Terveyskeskus on määritelty kansanterveyslain (66/1972) 15 §:ssä. Pykälän mukaan terveyskeskuksen toimintoja voidaan tarpeen mukaan sijoittaa sivuvastaanotoille tai järjestää liikkuvilla toimintayksiköillä. Mikäli terveyskeskuksella on useampi sivutoimipiste, terveyskeskukset ovat nimenneet ne terveysasemiksi. Terveysasema on käytössä vakiintunut käsite, jolla ymmärretään kunnallisen terveydenhuollon toimintayksikön terveyskeskuksen eri sivuvastaanottoja ja toimipisteitä kunnassa.

10 Myös sähköposti tulkitaan kirjalliseksi ilmoitukseksi. Ilmoitus ei ole salassa pidettävä, mutta se on arkistoitava osana henkilön potilasasiakirjoja. (Häkkinen ym. 2014.)

kuuluvista palveluista ei ole tehty.¹¹ Valinta ei koske koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa eikä pitkäaikaista laitoshoidoa. Kunnalla ei ole myöskään velvollisuutta järjestää kotisairaanhoidoa oman alueensa ulkopuolelle.

Perusterveydenhuollossa valinnanvapaussäännös ei koske yksittäisiä palveluja, vaan valitessaan terveysaseman henkilö valitsee kaikki perusterveydenhuollon palvelut, joihin kuuluvat muun muassa avosairaanhoido, lasten- ja äitiysneuvola, muu terveysneuvonta, suun terveydenhuolto, mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä terveyskeskuksen lyhytaikainen vuodeosastohoito. Perusterveydenhuollon palvelut tarjotaan henkilölle samoin kuin hänen valitsemansa terveyskeskuksen vastuuväestölle riippumatta siitä, toteutetaanko ne omalla terveysasemalla, keskitetysti muualla tai ostopalveluina.

Terveyskeskuksen avosairaanhoidon vuosimaksu on voimassa kalenterivuoden siinä terveyskeskuksessa, johon maksu on maksettu. Mikäli henkilö vaihtaa terveyskeskusta kalenterivuoden aikana niin, että on maksanut edelliseen terveyskeskukseen vuosimaksun, on se maksettava myös valittuun terveyskeskukseen. Mikäli henkilö ei maksa vuosimaksua, peritään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen (912/1992) (jäljempänä asiakasmaksuasetus) mukainen käyntimaksu palvelujen käytöstä.

Valinnanvapaus erikoissairaanhoidossa

Jos lääkäri tai hammaslääkäri arvioi, että henkilö tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluja, henkilö voi valita hoitoa antavan erikoissairaanhoidon toimintayksikön koko maan alueelta.¹² Hoitopaikan valinta koskee kulloistakin lähetettä ja mikäli potilas tarvitsee uudelleen erikoissairaanhoidoa, hoitopaikan voi valita aikaisemmasta valinnasta riippumatta.

Hoitopaikka valitaan yhteistyössä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa, sillä hoitava lääkäri päättää lähetteen antamisesta erikoissairaanhoidon. Potilas ei voi julkisessa terveydenhuollossa valita hoidon porrastusta tai sairaalaa, jossa hänen tarvitsemaansa hoitoa ei ole tarjolla. Valinta-oikeus ei voi kohdistua yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) tarkoitettuun palveluntuottajaan.

Potilaan kotikunnalla ei ole vaikutusta hoitojärjestykseen, vaan terveyspalveluja tarvitsevat henkilöt hoidetaan läheteiden saapumisjärjestyksessä ja hoidon tarpeen kiireellisyyden perusteella. Hoidon tarpeen arviointi ja siihen liittyvät tutkimukset on aloitettava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta hoitoyksikköön. Hoitopäätös on tehtävä kolmessa kuukaudessa lähetteen saapumisesta ja hoito aloitettava puolen vuoden aikana hoitopäätöksestä.

Tilapäinen oleskelu kotikunnan ulkopuolella

Jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan synn vuoksi, hän voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaiseen hoitoon myös muun kuin kotikuntansa perusterveydenhuollon palveluja hoidosta vastaavan terveyskeskuksen muuttumatta. Perusterveydenhuollossa henkilön on tehtävä ilmoitus valinnastaan sekä kotikunnan että valitun kakkospaikkakunnan terveyskeskukselle, ja hoito voi alkaa viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Vastaavasti henkilö voi saada hoitosuunnitelmansa mukaista erikoissairaanhoidoa tilapäisellä oleskelupaikkakunnallaan hoitovastuun siirtymättä.

11 Pikkujämsä ym. 2014.

12 Terveydenhuollon lainsäädännössä on säännöksiä, jotka rajoittavat potilaan mahdollisuutta valita hoitopaikkansa. Esimerkiksi mielenterveyslaissa (1116/1990), päihdehuoltolaissa (41/1986), tartuntatautilaissa (583/1986) ja kehitysvammaisten erityishuoltoa koskevassa laissa (519/1977) on säännöksiä tahdosta riippumattomasta hoidosta sekä tartuntatautilaissa toimista tartuntatautien torjumiseksi. Kun potilasta hoidetaan hänen tahdostaan riippumatta, henkilön oma tahto sivuutetaan joko osittain tai kokonaan. Tällöin lääkäri päättää paitsi potilaan tutkimuksesta ja hoidosta myös hoitopaikasta, jotta potilas saisi tarvitsemansa hoidon lääketieteellisesti arvioiden parhaassa mahdollisessa hoitopaikassa. Erityislainsäädännöllä on pyritty takaamaan potilaiden itsemääräämisoikeus sekä rajoittamaan ja sääntelemään entistä täsmällisemmin tahdosta riippumattomia toimenpiteitä (Matikainen 2014).

Hoitavan henkilön valinta

Potilas voi valita terveydenhuollon toimintayksikössä häntä hoitavan lääkärin tai muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön, esimerkiksi sairaanhoitajan, niissä rajoissa kuin terveydenhuollon yksikön tarkoituksenmukainen toiminta sallii valinnan. Jatkohoidossa potilas on ohjattava aikaisemmin hoitaneen lääkärin tai hammaslääkärin hoitoon aina kun se on hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta mahdollista.

Matkakustannusten korvaaminen

Sairausvakuutuslaki (1224/2004) ei säädi potilaan valinnanvapaudesta. Terveydenhuoltolain rinnalla sillä on välillinen vaikutus valinnanvapauteen, koska sairaudenhoidosta aiheutuneiden matkakustannusten korvaamisesta säädetään sairausvakuutuslaissa.

Matkakustannusten korvaamisen tavoitteena on, että vakuutetuilla on yhtäläinen oikeus saada hoitoa tai tutkimusta asuinpaikasta riippumatta. Sairausvakuutuslain 4. luvun 4 §:n perusteella matkakustannukset korvataan yleensä lähimpään tutkimus- ja hoitopaikkaan, jossa henkilö voi saada terveydentilansa vaarantumatta tarpeellista tutkimusta ja hoitoa. Jos potilas on valinnut valinnanvapauden perusteella perusterveydenhuollon hoitopaikkansa kauempaa kuin lähimmästä mahdollisesta hoitopaikasta, matka korvataan enintään niiden kustannusten mukaan, jotka aiheutuisivat matkasta oman kunnan tai kuntayhtymän pääterveyskeskukseen. Pääterveyskeskus on terveyskeskus, josta on saatavilla kunnan tai kuntayhtymän laajimmat terveydenhuollon palvelut. Vastaavasti jos potilas on valinnut erikoissairaanhoidon hoitopaikan kauempaa kuin lähimmästä mahdollisesta sairaalasta, matka korvataan enintään niiden kustannusten mukaan, jotka aiheutuisivat matkasta lähimpään yliopistosairaalaan.¹³

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetun lain tarkoituksena on lisätä asiakkaan ja potilaan valinnanmahdollisuuksia, parantaa palvelujen saatavuutta ja edistää kuntien sosiaali- ja terveystoimen sekä elinkeinotoimen ja yksityisten palvelujen tuottajien yhteistyötä. Lakia sovelletaan palvelusetelin käyttämiseen kuntien järjestämissä sosiaali- ja terveyspalveluissa.¹⁴

Palvelusetelillä hankittavat palvelut ja niiden tuottajat

Kunta saa itsehallintonsa nojalla päättää, mitä järjestämistapaa tai -tapoja se käyttää palveluiden järjestämiseksi ja palveluseteli on yksi näistä.¹⁵ Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetun lain 4 §:n mukaan kunta päättää ne sosiaali- ja terveyspalvelut, joiden järjestämisessä se käyttää palveluseteliä.

Kunnan tulee hyväksyä ne yksityiset palvelujen tuottajat, joiden palvelujen maksamiseen asiakas voi käyttää kunnan myöntämää palveluseteliä. Kunnan on pidettävä luetteloa hyväksymistään palvelujen tuottajista. Tiedot palvelujen tuottajista, näiden tuottamista palveluista ja niiden hinnoista tulee olla julkisesti saatavilla internetissä ja muulla soveltuvalla tavalla. Kunnan tulee peruuttaa palvelujen tuottajan hyväksyminen ja poistaa palvelujen tuottaja luettelosta, jos hyväksymiselle asetetut edellytykset eivät enää täyty tai palvelujen tuottaja pyytää hyväksymisen peruuttamista.

13 Häkkinen ym. 2014.

14 Mitä laissa säädetään kunnasta, koskee myös kuntayhtymää.

15 Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät 1) hoitamalla toiminnan itse 2) sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa 3) olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä 4) hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai 5) antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.

Palvelujen tuottajien hyväksymisen edellytyksistä säädetään lain 5 §:ssä. Kunta voi hyväksyä vain palvelujen tuottajan 1) joka on merkitty ennakkoperintärekisteriin 2) joka täyttää kyseiselle toiminnalle yksityisistä sosiaalipalveluista annetussa laissa (922/2011) ja yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) asetetut vaatimukset 3) jonka tuottamat palvelut vastaavat vähintään sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta 4) jolla on potilasvahinkolain (585/1986) mukainen vakuutus tai muu vastuuvakuutus, jonka vakuutusmäärän voidaan palvelutoiminnan laatu ja laajuus huomioiden arvioida riittävän toiminnasta mahdollisesti aiheutuvien henkilövahinkojen korvaamiseen ja joka muilta ehdoiltaan vastaa tavanomaista vastuuvakuutuskäytäntöä ja 5) joka täyttää kunnan erikseen asettamat asiakkaiden tai asiakasryhmien tarpeisiin, palvelujen määrään tai laatuun tai kunnan olosuhteisiin liittyvät tai muut vastaavat vaatimukset. Näiden kunnan asettamien vaatimusten on oltava syrjimättömiä ja perustuttava puolueettomasti arvioitaviin seikkoihin.

Palvelusetelin arvon määräytyminen

Kunnan tulee lain 7 §:n mukaan määrätä palvelusetelin arvo asiakkaan kannalta kohtuulliseksi. Kohtuullisuutta arvioitaessa on huomioitava kustannukset, jotka aiheutuvat kunnalle vastaavan palvelun tuottamisesta kunnan omana tuotantona tai hankkimisesta ostopalveluna sekä asiakkaan maksettavaksi jäävä arvioitu omavastuuosuus. Palvelusetelin arvoa määrittäessä ei oteta huomioon palveluja, jotka asiakas ostaa omaloitteisesti palvelujen tuottajalta. Lain 8 §:n mukaan palvelusetelin arvoa on korotettava edellä mainittua korkeammaksi, jos asiakkaan tai hänen perheensä toimeentulo tai asiakkaan lakisääteinen elatusvelvollisuus muutoin vaarantuu, tai se on tarpeen muut huollolliset näkökohdat huomioiden. Palvelusetelin arvon korottamisesta on tehtävä päätös.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) (jäljempänä asiakasmaksulaki) 5 §:ssä asiakkaalle maksuttomiksi säädettyjen terveyspalvelujen hankkimiseksi annettavan palvelusetelin arvo tulee määrätä niin, ettei asiakkaalle jää maksettavaksi omavastuuosuutta. Tästä poiketen lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineen hankkimiseksi annettavan palvelusetelin arvon tulee olla sellainen, että sillä voi hankkia asiakkaan yksilöllistä tarvetta vastaavan tavanomaisen apuvälineen. Asiakas saa halutessaan hankkia palvelusetelin arvoa kalliimman apuvälineen, mutta tällöin hänen tulee maksaa valitsemansa apuvälineen hinnan ja palvelusetelin arvon välinen hinnaero.

Jos palvelusetelin arvo on tulosidonnainen, palvelusetelin arvosta on annettava päätös asiakkaalle. Viranomaisten oikeuteen saada tulosidonnaisen palvelusetelin arvon määräämiseksi tarpeellisia tietoja ja selvityksiä sovelletaan, mitä asiakasmaksulain pykälässä 14 a säädetään viranomaisten oikeudesta saada tietoja asiakasmaksuja määrittäessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetun lain 12 §:n mukaan asiakkaalla ei ole oikeutta saada sairausvakuutuslain mukaista korvausta omavastuuosuuteen. Matkakustannuksista voi saada korvausta siten kuin sairausvakuutuslaissa säädetään.

Tulosidonnaisen palvelusetelin arvoa tai palvelusetelin arvon korottamista koskevaan päätökseen ei saa valittamalla hakea muutosta lain 13 §:n nojalla. Asiakas saa tehdä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaan- nista kirjallisen oikaisuvaatimuksen sille kunnan monijäseniselle toimielimelle, joka vastaa palvelun järjestämisestä kunnassa. Oikaisuvaatimuksen tekemistä koskevien ohjeiden antamisesta säädetään hallintolain (434/2003) 46 §:ssä. Toimielimen oikaisuvaatimuksen johdosta antamaan päätökseen haetaan muutosta valittamalla hallinto-oikeuteen siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään. Valitus voidaan antaa myös toimielimelle, jonka on toimitettava se oman lausuntonsa ohella hallinto-oikeudelle. Hallinto-oikeuden päätökseen ei saa hakea muutosta valittamalla.

Palvelujen käyttäjän asema

Lain 6 §:n mukaan asiakkaan mielipide palvelusetelin saamisesta tulee ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon, kun kunnassa käytetään palveluseteliä asiakkaan tarvitseman palvelun järjestämiseen. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta palvelusetelistä, jolloin kunnan tulee ohjata hänet käyttämään kunnan muilla tavoin järjestämiä palveluja.

Palvelusetelin saanut asiakas tekee palvelujen tuottajan kanssa sopimuksen palvelun antamisesta. Sopimussuhdetta koskevat sopimuksen sisällön mukaan määräytyvät kuluttajaoikeuden ja sopimusoikeuden säännökset ja oikeusperiaatteet. Asiakkaan ja palvelujen tuottajan välisen sopimuserimielisyyden saattamisesta kuluttajariitalautakunnan käsiteltäväksi säädetään kuluttajariitalautakunnasta annetussa laissa (8/2007).

Kunnan on selvitettävä asiakkaalle tämän asema palveluseteliä käytettäessä, palvelusetelin arvo, palvelujen tuottajien hinnat, omavastuuosuuden määräytymisen perusteet ja arvioitu suuruus sekä vastaavasta palvelusta asiakasmaksulain mukaan määräytyvä asiakasmaksu. Asiakkaan on annettava palvelusetelin myöntämistä varten tarvittavat tiedot. Asiakkaalle on annettava tieto, mistä muualta ja mitä häntä koskevia tietoja voidaan hänen suostumuksestaan riippumatta hankkia. Asiakkaalle on varattava tilaisuus tutustua muualta hankittuihin tietoihin ja antaa asiassa tarpeellista selvitystä. Sen lisäksi, mitä pykälässä säädetään, asiakkaan asemaan sovelletaan potilaslakia.

POTILASDIREKTIIVI

Potilasdirektiivin tausta

Euroopan unionin sisämarkkinat pohjautuvat EY:n perustamissopimuksessa sovittuihin neljään vapauteen: tavaroiden, palveluiden, pääomien ja henkilöiden vapaaseen liikkuvuuteen. Sisämarkkinoiden vapauksien turvaamiseksi EU on laajentanut toimivaltaansa ja kehittänyt jäsenvaltiota sitovaa oikeusnormistoa kansallisessa päätösvallassa oleville aloille, kuten terveydenhuoltoon.¹⁶ EU-tuomioistuimen antamalla yksittäisillä päätöksillä on ollut merkittävä rooli tässä kehityksessä. Tuomioistuimen yleisinä periaatteina on ollut turvata niin yksilöiden oikeudet kuin unionin lainsäädännön tehokkuus ja yhtenäisyys.¹⁷

EU-tuomioistuimen rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevien ratkaisujen määrä on lisääntynyt viimeisten 15 vuoden aikana.¹⁸ Tuomioistuimen osittain kiistanalaiset kannat ovat synnyttäneet vilkasta keskustelua terveysalan sisämarkkinoista niin kansallisella kuin EU:n tasolla.¹⁹ EU-tuomioistuin on hoitoon hakeutumisesta käsittelevässä oikeuskäytännössään vahvistanut, että perustamissopimuksen tavaroiden ja palveluiden vapaan liikkuvuuden periaate ulottuu sosiaaliturvajärjestelmistä korvattaviin terveyspalveluihin. Tuomioissa Decker C-120/95 ja Kohll C-158/98 EU-tuomioistuin vahvisti ensimmäistä kertaa tämän periaatteen.²⁰ Tuomioistuin on ratkaisuisaan katsonut, että potilaiden toisessa jäsenvaltiossa saamat terveyspalvelut on tietyin edellytyksin kustannettava kotimaan järjestelmästä. Oikeuskäytäntö korostaa yksittäisen potilaan oikeuksia, liikkumis- ja valinnanvapautta ja oikeutta päästä taloudellisesti vähintään samaan asemaan kuin missä henkilö olisi ollut, jos hoito olisi saatu asuinvaltiossa. Tavoitteena on, ettei liikkumisvapautta tai oikeutta hakea ja käyttää terveyspalveluja toisessa jäsenvaltiossa rajoiteta perusteettomasti. Tuomioistuin on ratkaisuisaan käsitellyt sairaalahoidon ja palvelujen suhdetta ja todennut vakiintuneeseen oikeuskäytäntöön

-
- 16 Kansallisen terveystalouden määrittäminen ja terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestäminen, tarjoaminen ja hallinnointi sekä niihin osoitettujen voimavarojen kohdentaminen kuuluvat EU:n perussopimusten mukaan jäsenvaltioiden yksinomaiseen toimivaltaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a).
- 17 Kraft 2012.
- 18 Palmin ym. (2011) artikkelissa kuvataan ja analysoidaan potilasdirektiivin syntyyn vaikuttaneita EU-tuomioistuimen ratkaisuja vuosina 1998–2006.
- 19 Kaila 2004.
- 20 Tuomioissa oli kyse Luxemburgin kansalaisen hammashoidon korvaamisesta, kun hoito oli saatu Saksassa. Luxemburgin lainsäädännön mukaan ulkomailla annettu hoito korvattiin vain, jos siihen oli saatu ennakkolupa. Tapauksissa ennakkolupaa ei myönnetty, koska kyseessä ei ollut kiireellinen hoito ja se voitiin antaa 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, kun taas vakuutusjäsenvaltiossa aiheutuneiden kulujen korvaamiseksi ei edellytetty ennakkolupaa.

Tuomioistuimen mukaan tällainen sääntely rajoittaa sosiaalivakuutettujen mahdollisuuksia turvautua toiseen jäsenvaltioon sijoittautuneisiin sairaanhoito- ja palveluiden tarjoajiin ja loukkaa palveluiden tarjoamisen vapautta. Tuomioistuimen mukaan palveluiden tarjoamisen vapautta ei voida rajoittaa puhtaasti taloudellisilla tavoitteilla. Sosiaaliturvajärjestelmän taloudellisen tasapainon vakavan järkkymisen vaara saattaa olla sellainen yleisen edun mukainen pakottava syy, jolla tämäntyyppistä rajoittamista voidaan perustella. Toisessa jäsenvaltiossa annetun hammashoidon korvaaminen vakuutusjäsenvaltion korvaustaksojen mukaan ei vaikuta merkittävästi sosiaaliturvajärjestelmän rahoitukseen.

Jäsenvaltioilla on periaatteessa mahdollisuus rajoittaa palveluiden tarjoamisen vapautta kansanterveysyistä. Koska lääkärin ja hammaslääkärin ammatista on annettu useita yhdenmukaistavia direktiivejä, kansallista lainsäädäntöä ei tuomioistuimen mukaan voitu pitää kansanterveyden vuoksi perusteltuna sillä perusteella, että näin turvattaisiin muissa jäsenvaltioissa suoritettujen sairaanhoito- ja palveluiden laatu. Muissa jäsenvaltioissa toimiville lääkäreille ja hammaslääkäreille tulee turvata samantyyppiset 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 turvaamistavoitteiden voivan johtaa poikkeuksiin kansanterveyden perusteella. Jäsenvaltiot voivat rajoittaa sairaanhoito- ja sairaalapalveluiden tarjoamisen vapautta, kun tietyn hoitokapasiteetin tai lääketieteellisen pätevyyden ylläpitäminen tietystä jäsenvaltiossa on välttämätöntä kansanterveydellisistä syistä. Tätä ei ollut kyseisessä tapauksessa osoitettu. Tuomioistuin totesi, että kansallinen lainsäädäntö, jonka mukaan toisessa jäsenvaltiossa toimivan hammaslääkärin tekemistä oikomispalveluista aiheutuvien kulujen korvaaminen vakuutusjäsenvaltion korvaustaksan mukaisesti, edellyttää vakuutetun sosiaaliturvalaitoksen antamaa ennakkolupaa, on palveluiden tarjonnan vapauden periaatteen vastainen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a.)

viitaten, että sairaanhoitopalvelut kuuluvat palvelujen tarjoamisen vapauden piiriin, eikä ole syytä tehdä eroa sen mukaan, onko kysymyksessä sairaalassa tai sen ulkopuolella annettava hoito.²¹

Potilasdirektiivin luomisen taustalla vaikuttavat myös Euroopan maiden erilaiset sosiaaliturvajärjestelmät, minkä vuoksi EU:ssa on laadittu säännöksiä niiden yhteensovittamiseksi. EU:n sosiaaliturvan yhteensovittamisäännökset ovat olleet voimassa yli 50 vuotta, ja niitä on uudistettu yhteiskunnan ja EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön kehitykseen nojautuen.²² Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetulla EU-asetuksella 883/2004 (jäljempänä EU-asetus) ja sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun asetuksen 883/2004 täytäntöönpanomenettelystä annetulla EU-asetuksella 987/2009 (jäljempänä EU-täytäntöönpanoasetus) on selkeytetty ja tehostettu EU:n lainsäädäntöä ja vahvistettu kansalaisten oikeuksia. Asetuksissa säädetään henkilön oikeudesta saada hoitoa kohdevaltiossa, jos hän oleskelee siellä tilapäisesti ja joutuu käyttämään sairaanhoitopalveluja. Lisäksi EU-asetuksissa säädetään henkilön oikeudesta käyttää laajemmin kohdevaltion terveyspalveluja, jos hän muuttaa sinne asumaan pitkäkestoisesti tai pysyvästi, kuten myös oikeudesta saada ennakkolupa asianmukaisen hoidon saamiseen asuinjäsenvaltion ulkopuolella.

Näissä EU-asetusten mukaisissa tilanteissa henkilöä tulee kohdella samojen periaatteiden mukaisesti kuin kohdevaltion asukasta. Henkilö maksaa siten hoidonantajalle saman asiakasmaksun hoidosta kuin kohdevaltion asukas. Valtio, joka vastaa henkilön sairaanhoidon kustannuksista, korvaa aiheutuneet todelliset hoitokustannukset suoraan hoitoa antaneelle valtiolle. Tämä säännöstö on ollut olemassa 1970-luvulta alkaen, ja Suomi on soveltanut säännöksiä Eta-sopimuksen voimaantulosta vuodesta 1994 alkaen.²³

Euroopan komissio antoi heinäkuussa 2008 ehdotuksen Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi rajat ylittävässä terveydenhuollossa sovellettavista potilaiden oikeuksista.²⁴ Ehdotuksen antamista edelsi komission aiempi ehdotus saada terveyspalvelut osaksi Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviä 2006/123/EY palveluista sisämarkkinoilla (ns. palveludirektiivi).²⁵ Tämän komission ehdotuksen kaaduttua Euroopan parlamentin ja useiden jäsenvaltioiden vastustukseen pidettiin erillisen terveyspalveluja koskevan direktiivin säätämistä tarpeellisena vallitsevan oikeustilan selkeyttämiseksi ja terveyspalveluihin sisältyvien erityispiirteiden huomioimiseksi.²⁶ Uudella potilasdirektiivillä pyrittiin kirjaamaan lainsäädäntöön tuomioistuimen oikeuskäytännössä vahvistetut ja jäsenvaltioita sitovat periaatteet.²⁷ Monivaiheisten neuvottelujen jälkeen potilasdirektiivi annettiin maaliskuussa 2011 ja se tuli voimaan huhtikuussa 2011. EU:n jäsenvaltioiden oli saatettava se osaksi kansallista lainsäädäntöään lokakuussa 2013.

Potilasdirektiivin säännökset valinnanvapaudesta

Direktiivin tarkoituksena on selkeyttää potilaan oikeuksia ulkomaille hoitoon hakeuduttaessa. Direktiivillä pyritään varmistamaan, että EU-valtioiden terveydenhuoltojärjestelmissä on tietyt muun muassa hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvät vähimmäissäännökset, jotka hyödyttävät myös niitä henkilöitä, jotka eivät hakeudu muualle hoitoon. Lisäksi direktiiviin sisältyy jäsenvaltioiden yhteistyötä vahvistavia säännöksiä. Direktiivi vahvistaa terveydenhuoltopalvelujen tarjoamisen vapauten liittyviä EU:n sisämarkkinavapauksia sekä pyrkii edistämään potilaiden vapaata liikkuvuutta ja valinnanvapautta, kun se vahvistaa

21 HE 103/2013 vp.

22 Kraft (2012) kuvaa tutkimuksessaan EU-valtioiden sosiaaliturvasäännösten yhteensovittamisen kehittymistä 1950-luvulta nykyiseen säädösperustaan.

23 Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a.

24 European Commission 2008a.

25 Van de Grondenin (2009) artikkelissa kuvataan Euroopan komission muita potilasdirektiiviehdotusta edeltäneitä toimenpiteitä. Footmanin ym. (2014) kirjoituksessa esitetään direktiivin syntyä edeltänyt lainsäädännöllinen aikajana.

26 Footmanin ym. (2014) mukaan palvelu- ja potilasdirektiivien keskeinen ero on siinä, että palveludirektiivi pyrkii edistämään palveluiden vapaata liikkuvuutta EU:n sisämarkkinoilla, kun taas potilasdirektiivin päämääränä on terveyspalveluja tarvitsevien henkilöiden oikeuksien parantaminen.

27 European Commission 2008b.

oikeuden saada aiheutuneista kustannuksista jälkikäteen korvaus samoin perustein kuin, jos kustannus olisi aiheutunut kotivaltiossa.²⁸

Potilasdirektiiviä sovelletaan yksittäisiin potilaisiin, jotka hakeutuvat hoitoon muussa jäsenvaltiossa kuin vakuutusjäsenvaltiossa.²⁹ 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, elinsiirtoihin tai julkisiin rokotushjelmiin.

Rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevat jäsenvaltioiden velvollisuudet

Direktiivin toinen luku (artiklat 4–6) sisältää säännökset jäsenvaltioiden velvollisuuksista. Rajat ylittävää terveydenhuoltoa on tarjottava artiklan 4.1 mukaan 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 artikla 6.1 velvoittaa jäsenvaltioita perustamaan yhden tai useamman kansallisen yhteyspisteen rajat ylittävää terveydenhuoltoa varten ja mahdollistamaan kansalaisten tietoon perustuvat valinnat. Hoitojäsenvaltion on varmistettava artiklan 4.2 mukaan, 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.³⁰

Hoitojäsenvaltion on lisäksi huolehdittava siitä, että terveydenhuollon tarjoajat antavat tietoa palvelujen saatavuudesta, laadusta ja turvallisuudesta, toimiluvastaan tai rekisteröitymisestään, hoitovaihtoehtoista, hoitokustannuksista ja laskusta sekä potilasvakuutuksesta. Potilaiden käytettävissä on oltava kansalliset valitusmenettelyt ja potilasvakuutus. Potilastietojen käsittelyssä noudatetaan kansallisia tietosuojasäännöksiä. Hoitoa saaneella on oikeus kirjalliseen tai sähköiseen potilasasiakirjaan tai oikeus tutustua sellaisen kopioon.

Muista jäsenvaltioista tuleviin potilaisiin on sovellettava kansalaisuuteen perustuvan syrjinnän kieltämistä koskevaa periaatetta. Hoidonantajavaltio voi artiklan 4.3 mukaan rajoittaa hoidon saatavuutta, kun se on perusteltua yleistä etua koskevista pakottavista syistä, ja kun tarkoituksena on varmistaa riittävä ja pysyvä terveydenhuollon saatavuus hoidonantajavaltiossa. Hoidonantajavaltion on varmistettava artiklan 4.4 nojalla, että terveydenhuollon tarjoajat niiden alueella soveltavat muista jäsenvaltioista tuleviin potilaisiin samaa terveydenhuollon maksutaulukkoa kuin kotimaisiin potilaisiin vertailukelpoisessa lääketieteellisessä tilanteessa tai veloittavat puolueettomin ja syrjimättömin perustein lasketun hinnan, jos kotimaisille potilaille ei ole vertailukelpoista hintaa. Tämä kohta ei rajoita sellaisen kansallisen lainsäädännön soveltamista, jonka nojalla terveydenhuollon tarjoajat voivat asettaa omat hintansa edellyttäen, että hinnat eivät syrji muista jäsenvaltioista tulevia potilaita.

Vakuutusjäsenvaltion vastuita koskevassa 5. artiklassa säädetään velvoitteesta varmistaa, että rajat ylittävä terveydenhuolto korvataan direktiivin 3. 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 vakuutusjäsenvaltiossa sekä rajat ylittävään terveydenhuoltoon hakeutuvat tai sitä saavat potilaat voivat tutustua potilasasiakirjojihinsa etäyhteyden välityksellä tai heillä on jäljennös niistä henkilötietojen suoja koskevien unionin säännösten mukaisesti.

28 HE 103/2013 vp.

29 Vakuutusjäsenvaltiolla tarkoitetaan jäsenvaltiota, joka on toimivaltainen myöntämään vakuutetulle ennakkoluvan saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annettujen EU-asetusten mukaisesti.

30 Van de Grondenin (2009) mukaan direktiiviin päätyntä artikla kansallisesta yhteyspisteestä on merkittävä, sillä se rohkaisee jäsenvaltioiden kansalaisia harkitsemaan terveyspalvelujen käyttämistä muissa EU-valtioissa.

Rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaaminen

Direktiivin artiklan 7.1 mukaan vakuutusjäsenvaltion on varmistettava rajat ylittävää terveydenhuoltoa saavalle potilaalle aiheutuneiden kustannusten korvaaminen. Korvaus määräytyy vakuutusjäsenvaltion korvaussääntöjen mukaisena. Potilas maksaa ensin itse kaikki hoidon kustannukset ja saa korvauksen jälkikäteen vakuutusjäsenvaltiosta. Korvauksen edellytyksenä on artiklan 7.3 nojalla, että hoidon tulee kuulua etuuksiin, jotka tarjotaan vakuutusjäsenvaltion lainsäädännössä ja joihin potilas on oikeutettu. Vakuutusjäsenvaltio päättää korvattavasta terveydenhuollosta ja korvauksen tasosta riippumatta siitä, missä hoito tarjotaan. Jäsenvaltio voi päättää potilaalle aiheutuneiden tosiasiallisten kustannusten korvaamisesta kokonaisuudessaan, vaikka ne ylittäisivät vakuutusjäsenvaltiossa annetun hoidon korvattavat kustannukset. Direktiivin artiklan 7.4 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 saadun terveydenhuollon tosiasiallisia kustannuksia.³¹

Potilasdirektiivin lähtökohta on, että potilaan tulisi mahdollisuuksien mukaan voida valita sovellettavaksi hänen kannaltaan edullisempi säännöstö tilanteessa, jossa sekä potilasdirektiivi että sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevat EU-asetukset soveltuvat. Käytännössä potilas ei useinkaan liene tietoinen edullisimmasta vaihtoehdosta. Kahden rinnakkaisen ja lainsäädännöllisesti toisistaan eroavan hoitokustannusten korvausjärjestelmän katsotaan hämmentävän kansalaisia ja vaikeuttavan oikeuksien selvittämistä rajat ylittävissä terveydenhuollossa.³² Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteispisteen ja Kansaneläkelaitoksen tulee tarjota tietoa, jonka perusteella potilas voi valita, mitä säännöstöä haluaa tilanteessaan sovellettavan. Jos potilas ei ilmaise kantaansa sovellettavaan säännöstöön, sovelletaan ensisijaisesti sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevia EU-asetuksia aina, kun ne soveltuvat käsillä olevaan tilanteeseen. Tätä voidaan pitää perusteltuna, koska EU-asetusten säännökset ovat lähes poikkeuksetta potilaan kannalta potilasdirektiiviä edullisemmat. EU-asetusten soveltamisessa pääsääntö on, että potilas maksaa hoidosta saman asiakasmaksun kuin hoitoa antavassa valtiossa vakuutetut henkilöt vastaavassa tilanteessa. Monissa valtioissa potilaan maksettavaksi jäävä asiakasmaksu on pienempi kuin Suomessa julkisessa terveydenhuollossa perittävä asiakasmaksu.

Ennakkolupaa edellyttävä terveydenhuolto

Rajat ylittävän hoidon kustannusten korvaaminen ei lähtökohtaisesti edellytä ennakkolupaa. EU-tuomioistuin on oikeuskäytännössään suhtautunut kriittisesti terveydenhuoltopalvelujen käyttämistä edellyttävään ennakkolupaan, sillä sen katsotaan rajoittavan potilaiden vapaata liikkumista. Direktiivin artiklan 8 mukaista ennakkolupaa voidaan vaatia, 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 vuoksi sovelletaan ennakkolupajärjestelmää. Ennakkolupaa voidaan tästä riippumatta edellyttää sellaisesta terveydenhuollosta, johon sisältyvistä hoidoista aiheutuu potilaalle tai väestölle erityinen riski tai jota tarjoaa palveluntarjoaja, joka voi tapauskohtaisesti aiheuttaa vakavaa ja erityistä huolta hoidon laadusta ja turvallisuudesta.

31 Direktiiviehdotuksen vaikutusarvioinnin perusteella rajat ylittävästä terveydenhuollosta ei katsota aiheutuvan jäsenvaltioille ylimääräisiä hoidosta aiheutuvia kustannuksia. Näkemystä perustellaan sillä, että EU-tuomioistuimen ratkaisukäytännön nojalla ulkomaille hoitoon hakeutumisesta aiheutuvat kustannukset on korvattava samansuuruisena kuin, jos hoito olisi annettu kotivaltiossa. Ulkomaille hoitoon hakeutumisesta ei aiheudu ylimääräisiä kustannuksia, koska henkilön kotivaltio joutuisi huolehtimaan niistä joka tapauksessa. Taloudellisten vaikutusten arvioinnissa myönnetään, että hoidosta aiheutuvat kustannukset saattavat tulla nopeammin korvattaviksi sen vuoksi, että ulkomailta hoitoa saa nopeammin kuin henkilön kotivaltiossa. Vaikutusarvioinnissa nopea hoitoon pääsy nähdään myönteisenä potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua parantavana tekijänä. Sikäli kun jäsenvaltioille aiheutuu ylimääräisiä kustannuksia, katsotaan niiden johtuvan direktiivin täytäntöönpanosta aiheutuvista hallinnollisista toimenpiteistä. (European Commission 2008b.)

32 Kraft 2012.

Vakuutusjäsenvaltio ei voi kieltäytyä myöntämästä direktiivin ennakkolupaa, kun potilas on oikeutettu kyseiseen sairaanhoitoon vakuutusjäsenvaltiossaan ja kyseistä sairaanhoitoa ei voida tarjota määrääjassa, joka on lääketieteellisesti hyväksyttävissä potilaan terveydentilan, sairaushistorian ja sairauden todennäköisen kulun sekä kipujen määrän ja/tai vamman laadun objektiivisen lääketieteellisen arvioinnin perusteella sinä ajankohtana, jona lupahakemus tehtiin tai uudistettiin. Jos potilaan hakiessa direktiivin mukaista ennakkolupaa sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun EU-asetuksen ennakkoluvan myöntämisedellytykset täyttyvät, ennakkolupa on myönnettävä asetuksen nojalla.

Vakuutusjäsenvaltio voi kieltäytyä myöntämästä direktiivin ennakkoluvan, jos potilaaseen kohdistuu hoidon vuoksi kohtuullisen varmasti potilasturvallisuusriski tai suureen yleisöön merkittävä turvallisuusvaara tai jos hoidon tarjoaja palveluntarjoaja, joka aiheuttaa vakavaa ja konkreettista huolta hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta. Neljäntenä itsenäisenä luvan epämiskriteerinä direktiivi mainitsee tilanteen, jossa kyseinen hoito voidaan tarjota vakuutusjäsenvaltiossa potilaan terveydentilan ja sairauden todennäköisen kehityksen kannalta lääketieteellisesti hyväksyttävässä määrääjassa.

Edellä kuvattua potilasdirektiivin mukaista ennakkolupaa ei otettu käyttöön Suomessa, sillä rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevan lain esitöiden mukaan kustannusten korvausjärjestelmässä ennakkoluvalla ei olisi vaikutusta potilaan saaman korvauksen suuruuteen.³³ Toiset EU-valtiot ovat voineet ottaa käyttöön potilasdirektiivin mukaisen ennakkoluvan, mutta toisen valtion myöntämällä potilasdirektiivin mukaisella ennakkoluvalla ei ole merkitystä Suomessa saatavan hoidon kannalta. Siten direktiivin mukainen ennakkolupa ei rajoita henkilön oikeutta hakeutua omatoimisesti hoitoon Suomen julkiseen terveydenhuoltoon. Potilasdirektiivin mukainen ennakkolupa on henkilölle vahvistus, että hän tulee jälkikäteen saamaan koti-
valtiostaan korvauksia.³⁴

Lääkemääräysten vastavuoroinen tunnustaminen

Direktiivin artikla 11 sisältää säännökset lääkemääräysten vastavuoroisesta tunnustamisesta. Artiklan nojalla potilaalle toisessa jäsenvaltiossa annetun lääkemääräyksen tulee olla lunastettavissa niissä jäsenvaltioissa, joissa kyseisellä lääkkeellä on myyntilupa. Tätä voidaan rajoittaa vain, jos se on syrjimätöntä, välttämätöntä ja oikeasuhteista ihmisten terveyden turvaamiseksi, tai jos yksittäisen lääkemääräyksen aitouteen, sisältöön tai ymmärrettävyyteen kohdistuu perusteltuja ja oikeutettuja epäilyksiä. Lääkemääräyksen tunnustamista ei sovelleta lääkkeisiin, jotka edellyttävät lääkedirektiivin 2001/83/EY mukaista erityislääkemääräystä.

Reseptien tunnustaminen ei vaikuta niiden määräämistä ja toimittamista koskeviin kansallisiin sääntöihin, jos säännöt ovat unionin lainsäädännön mukaisia. Reseptien tunnustaminen ei vaikuta apteekin työntekijällä kansallisten sääntöjen nojalla olevaan oikeuteen kieltäytyä eettisistä syistä toimittamasta toisessa jäsenvaltiossa määrättyä lääkettä, jos apteekin työntekijällä olisi oikeus kieltäytyä toimittamasta lääkettä siinä tapauksessa, että resepti olisi annettu vakuutusjäsenvaltiossa.

Reseptien tunnustaminen ei vaikuta lääkkeiden korvaamista koskeviin sääntöihin. 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.³⁵ Lääkemääräyksen voimassaoloaika määräytyy sen valtion lainsäädännön mukaan, jossa lääke hankitaan.

Direktiivin säännösten voimaansaattamiseksi lääkelakiin (395/1987) lisättiin uusi eurooppalaista lääkemääräystä koskeva pykälä 56 a. Pohjoismaissa annetun lääkemääräyksen toimittamisesta on säädetty lääkeasetuksen (693/1987) 29 §:ssä.

33 HE 103/2013 vp.

34 Kela 2014.

35 HE 103/2013 vp.

POTILAAN VALINNANVAPAAUS RAJAT YLITTÄVÄSSÄ TERVEYDENHUOLLOSSA

Hoitoon hakeutumisen pääsäännön mukaan henkilöllä on vapaa oikeus hakeutua hoitoon mihin tahansa EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin. Potilas maksaa ensin itse kaikki hoidosta aiheutuneet kustannukset. Hänellä on oikeus samansuuruiseen korvaukseen hoitokustannuksista kuin vastaavasta hoidosta olisi henkilön kotivaltiossa maksettu.

Tähän pääsääntöön on kaksi poikkeusta. Ensimmäisen mukaan hoitoon hakeutumiseen voidaan käyttää potilasdirektiivin mukaista ennakkolupaa, joka on henkilölle vahvistus, että hän tulee jälkikäteen saamaan kotivaltiostaan korvauksia. Suomessa tätä ennakkolupamenettelyä ei otettu käyttöön, eikä toisen valtion myöntämä direktiivin ennakkolupa ole merkityksellinen julkiselle terveydenhuollolle.

Toisessa poikkeuksessa on kyse sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annettuun EU-asetukseen perustuvasta ennakkoluvasta, joka on luonteeltaan maksusitoumus. Menettely on Suomessa käytössä jatkossakin ja toisen valtion myöntämä EU-asetuksen ennakkolupa on merkityksellinen julkiselle terveydenhuollolle.

Potilasdirektiivi ja EU-asetus muodostavat kaksi rinnakkaista säännöstöä sairaanhoidosta rajat ylittävissä tilanteissa. Säännökset poikkeavat osin toisistaan asiallisessa soveltamisalassa ja eräissä muissa säännöksissä, kuten kustannusten korvauseriaateissa. Ne koskevat osittain myös samoja rajat ylittäviä tilanteita.³⁶

Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta

Laissa rajat ylittävästä terveydenhuollosta säädetään oikeudesta käyttää terveydenhuollon palveluja ja niistä aiheutuneiden kustannusten korvaamisesta, terveydenhuoltoon liittyvistä menettelyistä sekä toisessa Euroopan unionin jäsenvaltiossa vakuutetun henkilön oikeudesta saada terveydenhuollon palveluja Suomessa. Lakia sovelletaan, kun rajat ylittävän terveydenhuollon tilanne liittyy toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin.³⁷

Lain henkilölliseen soveltamisalaan kuuluvat 2 §:n mukaan 1) henkilöt, joilla on Suomessa kotikunta tai ovat Suomessa sairausvakuutettuja 2) henkilöt, jotka EU-lainsäädännön lainvalintasäädösten nojalla kuuluvat Suomen lainsäädäntöön sekä 3) henkilöt, jotka saavat Suomelta EU-asetuksen mukaisen ennakkoluvan hakeutua hoitoon ulkomaille.

Säädöksen 3 §:n mukaan lakia ei sovelleta pitkäaikaishoitoihin, elinsiirtoihin, kansallisen rokotusohjelman mukaisiin rokotuksiin, työterveyshuoltoon tai koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon.

Oikeus rajat ylittävän terveydenhuollon palveluihin

Laki vahvistaa potilaan oikeuksia saada hoitoa toisessa EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä. Sääntelyn keskeisenä lähtökohtana on periaate, jonka mukaan EU-valtiossa vakuutetulla henkilöllä on oikeus saada hoitoa toisessa EU-valtiossa samoin perustein kuin hän saisi vastaavaa hoitoa kotivaltiostaan. Päävastuu terveyspalvelujen järjestämisestä säilyy edelleen potilaan kotivaltiolla. Lain 5 §:n mukaan henkilöllä on oikeus hakeutua ulkomaille terveydenhuollon palveluihin.³⁸ Vastaavasti 6 §:n nojalla, jos toisessa EU-valtiossa vakuutettu henkilö hakeutuu hoitoon Suomen julkiseen terveydenhuoltoon, kunnan on järjestettävä palvelut hänelle ilman syrjintää samojen perusteiden mukaisesti kuin Suomessa asuvalle.

36 Kela 2014.

37 Potilasdirektiiviä sovelletaan vain EU-jäsenvaltioissa. Norja, Islanti, Liechtenstein ja Sveitsi eivät toistaiseksi sovelle direktiiviä. (Kela 2014.)

38 Säännös ei sinänsä luo uutta oikeutta Suomessa asuville, koska henkilöllä on aikaisemminkin ollut oikeus matkustaa ulkomaille ja hakeutua siellä saamaan haluamiaan terveydenhuollon palveluja. Oikeudet täsmenytävät 9 §:ssä säädettyä hoidon korvattavuuden myötä.

Terveydenhuoltopalvelujen järjestämisestä vastuussa oleva kunta tai kuntayhtymä voi rajoittaa 7 §:n nojalla toisessa EU-valtiossa vakuutettujen Suomeen hoitoon hakeutuvien henkilöiden vastaanottamista tietyssä julkisen terveydenhuollon toimintayksikössä, jos rajoittaminen on välttämätöntä kunnan asukkaiden palvelujen turvaamiseksi. Rajoitus voi olla voimassa enintään 12 kuukautta kerrallaan ja sen käyttöönosta on ilmoitettava Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle (Valvira), aluehallintovirastolle ja rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspisteelle. Pykälää ei sovelleta, jos hoitoa on annettava henkilölle EU-asetuksen, sosiaaliturvasopimuksen tai muun kansainvälisen sopimuksen perusteella.

Lain 8 §:n nojalla toisessa EU-valtiossa vakuutetulta henkilöltä voidaan periä maksu hänelle julkisessa terveydenhuollossa annetuista palveluista asiakasmaksulain 1–3 §:n mukaisesti eli potilas maksaa itse ensin hoidon todelliset kustannukset ja hakee niihin jälkikäteen korvausta kotivaltiostaan. Julkisen terveydenhuollon yksikkö on oikeutettu perimään henkilöltä hoitokustannuksista käteismaksun enakkoon. Poikkeuksen muodostavat tilanteet, jolloin henkilön oikeus julkisen terveydenhuollon palveluun perustuu EU-asetukseen, sosiaaliturvasopimukseen tai muuhun kansainväliseen sopimukseen.

Hoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaaminen

Rajat ylittävässä hoidossa henkilö maksaa hoidosta aiheutuvat kustannukset ensin itse ja hakee jälkikäteen niistä korvausta. Oikeus korvaukseen EU- tai Eta-valtiossa tai Sveitsissä annetun terveydenhuoltopalvelun kustannuksesta määrittyy lain 9 §:n perusteella. Jos henkilö matkustaa toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin tarkoituksenaan käyttää siellä terveydenhuollon palveluja, korvataan hänelle hoidosta aiheutuneet kustannukset siten kuin sairausvakuutuslain 2.–5. luvuissa säädetään. Sairausvakuutuslain 2. luvun sairaanhoitokorvauksia koskevien yhteisten säännösten nojalla sairaanhoitona vakuutetulle korvataan lääkärin ja hammaslääkärin tekemä ja määräämä tutkimus sekä antama ja määräämä hoito. Lisäksi korvataan lääkärin ja hammaslääkärin vakuutetun sairauden hoitoon määräämät lääkkeet, lääkärin määräämät kliiniset ravintovalmisteet ja perusvoiteet, sairaanhoitajan rajatun ja määräaikaisen lääkkeenmääräämisen piiriin kuuluvat terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) (jäljempänä ammattihenkilölaki) pykälissä 23 b ja 23 c tarkoitetut lääkkeet ja perusvoiteet sekä sairauden hoitoon liittyvät matkakustannukset.

Korvattavan hoidon on kuuluttava terveydenhuoltolain pykälässä 7 a tarkoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan³⁹. Hoitoa voi hakea niihin sairauksiin ja hoitoihin, jotka ovat kotivaltiossakin julkisen sektorin valikoimassa.⁴⁰ Tämän vuoksi esimerkiksi taittovirhekirurgia tai valtaosa esteettisestä kirurgiasta ei tule ulkomailta hankittuna korvatuksi. Hoitoa annetaan aina hoidonantajavaltion lainsäädännön mukaisesti.

Matkakustannusten korvaaminen

Lain 11 §:n nojalla henkilölle toisessa EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelun käytöstä aiheutuneet matkakustannukset korvataan siten kuin sairausvakuutuslain 4. luvussa säädetään. Lähtökohtana terveydenhuoltopalveluihin EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin hakeutuneen henkilön matkakustannusten korvaamisessa on niiden korvaaminen sairausvakuutuksesta kuten kotivaltiossa lähimpään julkisen terveydenhuollon toimipaikkaan.

Rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevan lain säätämisen yhteydessä sairausvakuutuslakia muutettiin, mikä nimellisesti paransi potilaiden tilannetta. Aikaisemmin ulkomaille tai ulkomailta tehdyn matkan aiheut-

39 Terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus. Palveluvalikoima sisältää julkisen terveydenhuollon palvelut ja sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston tehtävänä on seurata ja arvioida terveydenhuollon palveluvalikoimaa sekä antaa suosituksia terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutusmenetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta pois palveluvalikoimasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b.)

40 Rajat ylittävän terveydenhuollon kustannusten korvaamisen perustana olevan terveydenhuollon palveluvalikoiman yhtenäistämisen EU-jäsenvaltioiden välillä on epätodennäköistä lyhyellä aikavälillä, koska palveluvalikoiman määrittelyssä on merkittäviä valtiokohtaisia eroja. Keskusteluun on noussut jo ennen potilasdirektiiviä ajatus, että jäsenvaltiot määrittelisivät kansallisella tasolla eräänlaisen minimipalveluvalikoiman, jonka perusteella voitaisiin yhtenäistää EU-tasoinen palveluvalikoima kustannusten korvaamisen perustaksi. (Bertinato ym. 2005.)

tamia kustannuksia ei pääsääntöisesti korvattu sairausvakuutuslain perusteella. Potilasdirektiivi sinällään ei edellytä matkakustannusten korvaamista rajat ylittävissä terveydenhuollossa, vaan jättää korvaamisen jäsenvaltion harkittavaksi. Mikäli matkakustannukset korvataan, tulee korvausperiaatteiden olla yhdenvertaiset valtion sisällä ja rajat ylittävissä terveydenhuollossa. EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön perusteella ei voida enää tehdä eroa rajojen sisäpuolella tapahtuvan ja rajat ylittävän matkan kustannusten korvaamisesta. EU-tuomioistuimen tuomiot Leichtle C-8/02, Herrera C-466/04 ja Watts C-372/04 ovat keskeisiä liitännäiskustannusten korvattavuuteen liittyviä tuomioita.⁴¹

Rajat ylittävän terveydenhuollon kansallinen yhteyspiste

Rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvää viestintää ja tietojenvaihtoa varten Kansaneläkelaitoksessa avattiin tammikuussa 2014 rajat ylittävän terveydenhuollon kansallinen yhteyspiste (www.kela.fi/yhteyspiste). Yhteyspisteen tehtävänä on koota, tuottaa ja jakaa Suomen terveydenhuoltojärjestelmään liittyvää tietoa 1) terveydenhuollon palveluista sekä niiden käyttämisestä, saatavuudesta ja rakennusten esteettömyydestä 2) hoitokäytännöistä ja hoitoon hakeutumiseen liittyvistä menettelyistä 3) hoidon laatuun ja turvallisuuteen liittyvistä vaatimuksista ja terveydenhuollon toimintayksiköiden valvonnasta ja arvioinnista sekä 4) potilaan oikeuksista sekä muutoksenhaku- ja oikaisumenettelyistä.

Lisäksi yhteyspisteen tehtävänä on koota, tuottaa ja jakaa tietoa 1) terveyspalveluista ja niiden käyttämisestä EU-valtioissa 2) EU-valtiossa annettujen terveydenhuollon palvelujen kustannusten korvaamisesta ja sitä koskevista menettelyistä sekä 3) muiden valtioiden yhteyspisteistä.

Edellä mainittujen tietojen on oltava saatavilla sähköisesti ja tarvittaessa muussa muodossa. Erityistä huomiota on kiinnitettävä siihen, että tiedot ovat saatavilla vammaisille henkilöille helpokäyttöisessä muodossa.⁴²

Julkisen terveydenhuollon toimintayksiköt, Kansaneläkelaitos, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (Valvira) ovat velvollisia antamaan yhteyspisteelle tehtävien hoitamiseksi välttämättömät tiedot. Yhteyspiste toimii yhteistyössä muiden valtioiden yhteyspisteiden kanssa ja osallistuu rajat ylittävään terveydenhuoltoon koskevaan kansalliseen ja kansainväliseen yhteistyöhön.

EU-asetus sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta

Henkilön oikeudesta käyttää terveydenhuollon palveluja ja niistä aiheutuneiden kustannusten korvaamisesta on potilasdirektiivin ja rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevan lain lisäksi voimassa, mitä sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetuissa EU-asetuksissa säädetään.

Lupa saada asianmukaista hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella

EU-asetuksen artiklan 20.2 lähtökohtana on, että ennakkolupa hoitoon hakeutumiselle on myönnettävä, jos kyseinen hoito kuuluu henkilön asuinvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin, eikä henkilölle voida antaa hoitoa lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa huomioiden henkilön senhetkinen terveydentila ja sairauden todennäköinen kulku. Ennakkolupa voidaan evätä vain, jos asuinvaltio arvioi, etteivät hoitoon hakeutumisen ehdot asuinvaltiossa täyty tai toimivaltainen valtio arvioi, että henkilölle voidaan antaa sama hoito henkilön terveydentilan kannalta välttämättömässä ajassa. 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.⁴³

41 HE 103/2013 vp.

42 Yhteyspisteen yhteydessä toimii yhteistyöryhmä, joka vastaa tietojen kokoamisen ja tuottamisen yhteensovittamisesta. Yhteistyöryhmä tukee yhteyspisteen tietosisältöjen valmistelua ja varmistaa, että tietosisällöt esitetään yhdenmukaisesti ja asiakaslähtöisesti. Yhteistyöryhmässä tulee olla Kansaneläkelaitoksen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Suomen Kuntaliiton ja potilaita edustavan järjestön edustus. Yhteistyöryhmän puheenjohtajana toimii yhteyspisteen päällikkö ja se kokoontuu tarvittaessa.

43 Tarkemmat perustelut ennakkoluvan oikeutukselle löytyvät EU-tuomioistuimen oikeustapauksista. Ks. kokoaavasti Elchinov C-173/09.

Kansallisesti ennakkoluvallisesta hoitoon hakeutumisesta säädetään rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevan lain 13 §:ssä. Ennakkolupaa saada asianmukaista hoitoa asuinvaltion ulkopuolella haetaan Kansaneläkelaitokselta. Kansaneläkelaitos antaa päätöksen luvasta potilaan hoidosta vastuussa olevan julkisen terveydenhuollon toimintayksikön sitovan lausunnon perusteella. Ennakkolupahakemukseen annetaan aina päätös, johon on muutoksenhakuoikeus.⁴⁴ Jos ennakkolupa myönnetään, annetaan hoitoa hoidonantajavaltion lainsäädännön ja järjestelmän mukaisesti.

Julkisen terveydenhuollon toimintayksikön on toimitettava Kansaneläkelaitokselle lausunto, jossa arvioidaan ennakkoluvan myöntämisedellytysten täyttymistä.⁴⁵ Kirjallinen lausunto on toimitettava pyynnön vastaanottamista seuraavien 21 vuorokauden kuluessa. Jos lausunnossa katsotaan, että luvan myöntämisen edellytykset ovat olemassa tai lausuntoa ei Kansaneläkelaitoksen pyynnöstä huolimatta saada julkisen terveydenhuollon toimintayksiköltä, Kansaneläkelaitos myöntää ennakkoluvan.

Hoidosta ja matkoista aiheutuneiden kustannusten korvaaminen

Ennakkoluvan mukaisen hoidon kustannusten korvaamisesta säädetään rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevan lain 14 §:ssä. Jos henkilö on saanut ennakkoluvan, on lupa luonteeltaan maksusitoumus luvan mukaisten hoitokustannusten korvaamiseen siten, että Kansaneläkelaitos vastaa hoidosta aiheutuneista kustannuksista. Henkilö maksaa hoidosta vain hoitoa antavan valtion lainsäädännön mukaisen asiakasmaksun. Edellytyksenä on, että hoito annetaan kyseisen valtion lakisääteiseen järjestelmään kuuluvassa hoitolaitoksessa tai sopimuksen tehneessä yksityisessä hoitolaitoksessa. Jos hoitolaitos ei kuulu lakisääteiseen järjestelmään eikä ole tehnyt sopimusta, henkilö joutuu maksamaan hoidon todelliset kustannukset ja hakemaan niistä jälkikäteen korvausta Kelasta.

Jos henkilön ulkomailla syntyneiden sairaanhoitokustannusten korvauskäsittelyssä ilmenee, että potilas ei ole hakenut hankkimalleen hoidolle ennakkolupaa, luvan myöntämisedellytykset tulee tutkia ja lupa on annettava jälkikäteen, jos edellytykset luvan antamiselle olivat olemassa ennen terveydenhuollon palvelun käyttämistä.⁴⁶ Takautuvaa aikaa koskeva lupahakemus käsitellään samoin edellytyksin kuin jos hakemus olisi jätetty ennen hoidon saamista. Jos lupa myönnetään takautuvasti, korvataan hoidosta aiheutuneet kustannukset.

Hoidosta aiheutuneet kustannukset korvataan henkilölle aiheutuneiden todellisten hoitokustannusten perusteella, mutta enintään siihen määrään saakka, joka vastaavan hoidon antamisesta olisi aiheutunut henkilön kotikunnassa. Vastaavalla hoidolla tarkoitetaan sellaista hoitoa, jonka julkinen terveydenhuolto olisi samassa tilanteessa antanut henkilölle. Vastaavan hoidon kustannus on kustannus, jonka julkinen terveydenhuolto laskuttaa terveydenhuoltolain 58 §:n perusteella toisesta kunnasta tulevan henkilön hoidosta tämän kotikunnalta. Henkilölle maksettava korvaus on vastaavan hoidon kustannus, josta on vähennetty asiakasmaksu. Kansaneläkelaitos vastaa ennakkoluvallisessa hoidossa myös hoitoon hakeutujan ja tämän saattajan hoitoon erottamattomasti liittyvistä matkan ja oleskelun kustannuksista.⁴⁷

44 Suomalaisessa oikeuskäytännössä on perinteisesti katsottu, että hoitopäätökset ovat tosiasiallista hallintotoimintaa, jossa ei tehdä valituskelpoisia päätöksiä. Sen sijaan terveydenhuollon maksusitoumuksia, EU-asetuksen mukaisia ennakkolupia ja korvausten maksamista koskevia päätöksiä käsitellään hallintotuomioistuimissa riita-asioina sekä sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnassa ja vakuutus oikeudessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b.) Rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevan lain 29 §:n nojalla Kansaneläkelaitoksen ennakkolupapäätökseen ja luvan mukaisen hoidon kustannusten korvaamisesta tehtyyn päätökseen saa hakea muutosta valittamalla hallinto-oikeuteen siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään. Hallinto-oikeuden päätökseen saa hakea muutosta valittamalla vain, jos korkein hallinto-oikeus myöntää valitusluvan.

45 Julkinen terveydenhuolto voi puoltaa ennakkoluvan myöntämistä, vaikka hoitoon hakeutumisen edellytykset eivät täytyisi. Esimerkiksi kielellisistä, kulttuurisista tai palvelujen hinnoittelun liittyvistä syistä voi olla tarkoituksenmukaista myöntää henkilölle ennakkolupa. Kun ennakkolupaa ei ole pakko puoltaa, julkisen terveydenhuollon tulisi lausunnossaan ottaa kantaa harkintavaltansa käyttöön eli perustella, miksi luvan myöntämistä puolletaan tai ei puolleta kyseisessä tilanteessa. Julkisen terveydenhuollon harkintavallan käyttö ei siten ole vapaata, vaan sen on huomioitava hallintolain sisältämät oikeusperiaatteet. (Kela 2014.)

46 Tilanne voi tulla kysymykseen, jos kyseisestä hoidosta on aikaisemmin myönnetty ennakkolupia, hoitojonot kyseisessä hoidossa ovat Suomessa pitkiä tai kyseessä on hoito, jota ei korvata sairausvakuutuslain nojalla (esim. ennaltaehkäisevä hoito). (Kela 2014.)

47 Kela 2014.

KULUTTAJAOIKEUDELLISET PERIAATTEET VALINNANVAPAUDEN TOTEUTUKSESSA

Kuluttajansuojalaki (38/1978) koskee kulutushyödykkeiden tarjontaa ja markkinointia elinkeinonharjoittajilta kuluttajille. Kulutushyödykkeitä ovat muun muassa palvelukset, joita tarjotaan luonnollisille henkilöille tai joita luonnolliset henkilöt olennaisessa määrässä hankkivat yksityistä talouttaan varten. Kuluttajansuojalain soveltamisala ei määräydy sen mukaan, onko hyödykkeen tarjoajana julkisyhteisö vai yksityinen elinkeinonharjoittaja. Julkisyhteisö voi olla laissa tarkoitettu elinkeinonharjoittaja silloin, kun se ammattimaisesti tarjoaa kulutushyödykkeitä vastiketta vastaan tuloa tai muuta taloudellista hyötyä saadakseen. Ratkaisevaa kuluttajansuojalain soveltamiselle on taloudellisen hyödyn tavoittelu. Sen vuoksi julkisyhteisön hyvinvointipalvelut, joiden tarjoamisen tavoitteena ei ole taloudellinen hyöty, jäävät kuluttajansuojalain sääntelyn ulkopuolelle. Säännökseen otettiin sen esitöiden mukaan maininta taloudellisen hyödyn tavoittelusta juuri sen selventämiseksi, että ”julkisyhteisöjen tarjoamat lakisäätteiset palvelut, kuten koulutus, terveyden- ja sairaanhoito, lasten päivähoito ja muut vastaavat toiminnot, joita ei harjoiteta kaupallisten periaatteiden pohjalta, jäävät kuluttajansuojalainsäädännön ulkopuolelle”.⁴⁸

Vaikka kuluttajansuojalakia ei sovelleta julkisen sektorin lakisäätteisiin terveydenhuoltopalveluihin, voidaan laista ilmenevillä kuluttajaoikeudellisilla periaatteilla havainnollistaa ja analysoida valinnanvapauden toteutuksen ulottuvuuksia varsinaisen soveltamisalansa ulkopuolella.⁴⁹ Kuluttajaoikeudellisten periaatteiden huomioimista perustelee myös se, että EU:ssa tapahtunut kehitys kohti avoimia terveystalouksia muuntaa potilaita entistä enemmän kuluttajiksi. Kaakkolan ja Peltosen (2006) sosiaali- ja terveystalouksien asiakkaan oikeusasemaa käsittelevään selvitykseen nojautuen kuluttajaoikeudellisilla periaatteilla tarkoitetaan tässä selvityksessä seuraavia yksittäisten säännösten ja ratkaisukäytännön taustalla vaikuttavia periaatteita ja arvoja: palvelujen saatavuus ja vaihtoehtojen riittävyys, läpinäkyvyys, sopimusehtojen kohtuullisuus, hyvän tavan mukaisuus ja kohderyhmän huomioon ottaminen, oikeus hyvitykseen, ”access to justice” ja yhden luokun periaate.

Näistä periaatteista johdettuna valinnanvapautta tarkastellaan neljästä kuluttajaoikeudellisesta näkökulmasta: palvelujen saatavuus, palvelujen markkinointi, palvelujen sopimusehdot ja valinnanvapautta hyödyntävän potilaan oikeusturvakeinot.

Julkisten terveydenhuoltopalvelujen saatavuus

Kunnan on kansanterveyslain, erikoissairaanhoitolain (1062/1989) ja terveydenhuoltolain nojalla järjestettävä asukkaalleen tarvittavat terveydenhuollon palvelut. Lisäksi kunnan on huolehdittava siitä, että asukkaat saavat tarvitsemaansa erikoissairaanhoitoa.

Kuntien järjestämät perusterveydenhuollon palvelut tuotetaan terveyskeskuksissa. Suomessa on noin 160 terveyskeskusta ja lähes kaikilla terveyskeskuksilla on useita terveysasemia. Kuntien muodostamat sairaanhoitopiirit vastaavat erikoissairaanhoitojärjestämisestä alueellaan. Sairaanhoitopiirejä on Manner-Suomessa 20 ja jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirien yhteystietojen perus-

48 Hoffrén 2009.

49 Valtioneuvoston kuluttajapolitiitisessa ohjelmassa vuosiksi 2008–2011 päätettiin asettaa työryhmä selvittämään, miten kuluttajaoikeuden periaatteiden toteutuminen voidaan turvata julkisissa palveluissa. Työryhmän työn valmisteleminen oikeusministeriön tilasi oikeustieteen tohtori Mia Hoffrénilta (2009) selvityksen julkisen hyvinvointipalvelun asiakkaan asemasta. Oikeusministeriön raportti (2011) Asiakkaansuojan kehittäminen julkisissa hyvinvointipalveluissa on jatkoa Hoffrénin selvitykseen. Oikeusministeriön asettama työryhmä laati esimerkinomaisen luonnoksen laiksi asiakkaansuojasta julkisissa ja eräissä muissa sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja koulutuspalveluissa. Luonnos konkretisoi, millaista uutta sääntelyä erojen vähentämiseksi tarvittaisiin ja millaisia vaikutuksia sääntelyllä olisi palvelujen asiakkaisiin, järjestäjiin ja tuottajiin. Toinen lakitekniinen vaihtoehto olisi hajautettu sääntelymalli, jossa yksityisoikeudellista asiakkaansuojaa koskevat säännökset lisättäisiin erityislainsäädäntöön. Työryhmä ei ottanut kantaa siihen, millaista lakitekniä ratkaisua käyttämällä sääntely tulisi viime kädessä toteuttaa.

teella Suomessa on 73 erikoissairaanhoidon tarjoavaa toimipaikkaa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimipaikkoja on eniten Etelä- ja Keski-Suomessa, missä palvelujen käyttäjillä on paremmat mahdollisuudet hoitopaikkansa valitsemiseen kuin harvaan asutussa Pohjois-Suomessa. Siellä välimatkat muihin toimintayksiköihin saattavat olla niin pitkät, ettei hoitopaikan vaihtamiseen ole todellista mahdollisuutta.

Terveydenhuoltopalvelujen saatavuutta tulee tarkastella toimipaikkojen lukumäärän ja sijainnin lisäksi hoitotakuun näkökulmasta. Jos potilas valitsee sellaisen terveysaseman, jolla jono on pitkä, hän valitsee samalla mahdollisuuden, että joutuu odottamaan hoitoa pidemmän ajan kuin toisella terveysasemalla. Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnassa julkisen terveydenhuollon toimintayksiköiden tulee kohdella toisen kunnan/sairaanhoitopiirin alueelta tulevia potilaita yhdenvertaisesti oman kunnan/sairaanhoitopiirin potilaisiin nähden. Terveydenhuoltolain esitöiden mukaan terveydenhuollon toimintayksikkö voi kieltäytyä potilaan vastaanottamisesta, jos se ei kykene tarjoamaan potilaan terveydentilan edellyttämää palvelua lääketieteellisin perustein riittävän ajoissa tai yksikkö ei ylipäätään tuota tarvittavaa palvelua. Mikäli potilas haluaa käyttää valinnan mahdollisuuttaan siitä huolimatta, ettei toimintayksikkö kykene noudattamaan hoitotakuuta koskevia aikoja, potilaalla alkaa kulua uusi hoitoon pääsyn määräaajoista säädetty aika.⁵⁰ Asiantuntija-haastatteluissa nostettiin esiin huomionarvoisena hoitopaikan valintaperusteena lojaalisuus omille lähipalveluille ja myötävaikuttaminen niiden säilymiseksi, mikä osaltaan selittää vähäistä valinnanvapauden hyväksikäyttämistä. Toisaalta asiantuntijahaastatteluissa tuotiin esiin, ettei perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa hoitopaikkaa vaihtaneiden henkilöiden määristä ole kattavia tilastotietoja.⁵¹

Myös terveydenhuollon toimipaikkojen erilainen palvelu- ja varustelutaso vaikuttaa todellisten vaihtoehtojen määrään. Potilaan ensisijaisesti valitsemassa paikassa ei välttämättä ole mahdollisuutta tarvittavien palvelujen tuottamiseen, sillä lainsäädännössä määriteltujen palvelujen laajuudesta, sisällöstä ja järjestämisen tavasta päätetään paikallisesti. Laissa määritellään keskeiset kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon palvelut, jotka kuntien on järjestettävä, mutta ei yksityiskohtaisesti palvelujen laajuutta, sisältöä tai järjestämistapaa, jolloin kuntien tarjoamissa palveluissa voi olla eroja käytettävissä olevien taloudellisten resurssien vuoksi. Erityisesti uusimpaan teknologiaan perustuvien tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tarjoamista rajoittaa niiden korkea hinta. Yksilötasolla taloudellisten tekijöiden vaikutus palveluiden saatavuuteen tulee esiin siinä, että lääkärit joutuvat lähetteitä kirjoittaessaan huomioimaan lääketieteellisten seikkojen ohella terveydenhuollon käytettävissä olevat määrärahat.

Palveluseteli parantaa terveydenhuoltopalvelujen saatavuutta niissä kunnissa, jotka ovat sen ottaneet yhdeksi palvelujen järjestämistavaksi. Terveydenhuoltopalveluissa palvelusetelin käyttö on tosin huomattavasti vähäisempää kuin sosiaalipalveluissa. Palveluja tarvitsevilla henkilöillä ei ole subjektiivista oikeutta palvelusetelin saamiseen, koska kunta päättää sen käyttöönotosta. Asiantuntijahaastatteluissa muistutettiin palveluseteliin liittyvän valinnan monivaiheisuudesta. Kunnat päättävät itsehallintonsa nojalla, mihin terveydenhuollon palveluihin ne antavat palvelusetelin. Potilaat valitsevat, ottavatko he palvelusetelin ja miltä kunnan hyväksymältä palvelujen tuottajalta he tarvitsemansa palvelut ostavat. Palvelusetelijärjestelmään mukaan hyväksytyjen yksityisten tuottajien määrä vaikuttaa palvelujen saatavuuteen, kuten myös kunnan määrittämä palvelusetelin arvo.

Mahdollisuus palvelujen hankkimiseen muista EU- tai Eta-maista tai Sveitsistä parantaa terveydenhuoltopalvelujen saatavuutta määrällisesti, sillä potilaalla on periaatteessa käytettävissään muiden maiden palvelujen tarjoajat. Käytännössä vaikutukset jäävät nimellisiksi ulkomaisten palvelujen vähäisen käytön vuoksi. Käytettävissä olevien palvelujen tuottajien määrän lisääntymisen rinnalla on pidettävä mielessä, että kunkin

50 HE 90/2010 vp.

51 Valinnanvapautta hyödyntävien henkilöiden määristä voidaan tehdä arvioita yksittäisten tutkimusten perusteella. Suomen Lääkäriliitto selvitti marraskuussa 2014 kansalaisten käsityksiä hoitoon pääsystä ja potilaan valinnanvapaudesta. Kyselyn perusteella 72 prosenttia vastaajista oli tietoinen mahdollisuudesta valita toisen kunnan terveysasema omaksi hoitopaikaksi, mutta ainoastaan 4 prosenttia oli näin tehnyt. (Suomen Lääkäriliitto 2014.)

valtion kansalliset olot vaikuttavat terveyspalvelujen todelliseen saatavuuteen. Suomalainen potilas ei ole etuoikeutetussa asemassa rajat ylittävässä terveydenhuollossa, vaan lähtökohtaisesti samassa asemassa muiden palveluja tarvitsevien henkilöiden kanssa.

Mahdollisuus ulkomaisten palvelujen käyttämiseen parantaa palvelujen saatavuutta myös laadullisesti, sillä käytettävissä on entistä laajempi määrättyihin terveydellisiin ongelmiin erikoistuneiden palvelujen tuottajien valikoima. Asiantuntijahaastatteluissa nostettiin kuitenkin riskinä esiin eräänlainen hoitojen urakoiminen rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Urakoiminen tulee esiin tilanteissa, joissa potilaan terveydelliset ongelmat edellyttävät useita toimenpiteitä, jotka tehdään lyhyessä ajassa mahdollisesti potilaan terveydentilan kustannuksella. Laaja hammashoito esimerkiksi vaatii useita hoitokäyntejä. Jos hoito annetaan yhden viikon aikana, saatetaan joutua tinkimään laadusta. Hoidot vaativat huolellista suunnittelua ja muun muassa sen varmistamista, ettei potilaalla ole infektiota suussa. Hoitoratkaisuja voi olla useita erilaisia ja erihintaisia, minkä vuoksi sopivimman hoidon harkitseminen on tärkeää. Hoitojen urakoimisen taustalla vaikuttavan rahastamisen katsottiin asiantuntijankemysten mukaan kohdistuvan varakkaiden EU-valtioiden kansalaisiin.

Laadulliseen saatavuuteen liittyvät myös lainsäädännölliset tekijät. Terveydenhuoltopalvelujen tarjonnan perustuessa lainsäädäntöön yksilön toiveet ja tarpeet eivät aina kohtaa yhteiskunnallisten näkemysten kanssa. Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä esimerkiksi kuolinapu ei ole sallittua. Lainsäädännölliset tekijät määrittävät korvausten perusteena olevan palveluvalikoiman sisältöä siten, että palveluvalikoiman ulkopuolelle jäävät lääketieteelliset toimenpiteet eivät ole korvattavia. Lainsäädäntö ei kuitenkaan kiellä tällaisten toimenpiteiden hankkimista ulkomailta.

Valinnanvapauden hyödyntämiseksi potilaan ulottuvilla on oltava useampia vaihtoehtoja eli todellista valinnanvaraa. Jos nykytilannetta verrataan aikaan ennen kuin potilaalla oli mahdollisuus valita hoitopaikkansa, on palvelujen saatavuus nimellisesti parantunut. Samaan aikaan palvelujen kysynnässä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia, minkä seurauksena ainoastaan julkisen sektorin toimijoihin kohdistuva valinnanvapaus ei ole erityisesti parantanut palvelujen saatavuutta.

Julkisten terveydenhuoltopalvelujen markkinointi

Valinnanvapauden hyödyntämiseksi potilas tarvitsee ajantasaista vertailutietoa terveydenhuollon toimipaikoista. Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä valinnanvapaus näyttäytyy kohtalaisen uutena ilmiönä, minkä seurauksena tiedon tarjoaminen palveluista on jäänyt osin yksittäisten hoitoyksiköiden, sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien varaan. Palvelujen tuottajille suunnatun yhtenäisen tiedon tuottamiseen liittyvät kriteerit, joissa määritellään potilaille ja heitä hoitaville lääkäreille tarjottavat palvelujen saatavuuteen, turvallisuuteen ja laatuun liittyvät tiedot, ovat kehitysvaiheessa.⁵² Palvelusetelijärjestelmään hyväksytyille yksityisille palvelujen tuottajille palveluista tiedottaminen on oleellinen liiketoiminnan osa. Tosin julkisen sektorin tapaan yksityisten toimijoiden tuottaman tiedon vertailtavuus on ongelmallista yhtenäisten kriteerien puuttumisen vuoksi.

Potilaan valinnanvapauden lisääntyä sitä tukevien tiedontuottamistyökalujen ja -kriteerien kehittäminen on jäljessä myös kansallisella tasolla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottama valtakunnallista keskitettyä vertailutietoa tarjoava Palveluvaaka.fi-sivusto on keskeneräinen ja uuden verkkopalvelun pitäisi valmistua vuoden 2015 aikana. Sivuston ajatuksena on tarjota ja välittää palveluista ja hoitopaikoista kertovaa tietoa, jota kansalaiset valinnanvapauden lisääntyä tarvitsevat päätöksensä pohjaksi hoitopaikkaa valitessaan. Läpinäkyvän ja avoimesti esitettävän vertailutiedon katsotaan auttavan ja kannustavan myös hoitoa ja palveluita tarjoavia yksiköitä toimintansa kehittämiseen.

52 Valinnanvapautta julkisessa terveydenhuollossa käsittelevän Kuntaliiton yleiskirjeen 6/80/2014 liitteenä olevan suosituksen tarkoituksena on ohjata terveyskeskuksia ja sairaanhoitopiirejä laatu- ja tiedon tarjoamisessa ja tavoitteena on, että ainakin osa tiedosta olisi vertailukelpoista. Suositus pohjautuu Kuntaliiton vuonna 2011 julkaisemaan Terveydenhuollon laatuoppaaseen, jossa esitetyt laadun ulottuvuudet ovat potilaskeskeisyys, hoidon oikea-aikaisuus, henkilöstön osaaminen, potilasturvallisuus, prosessilaatu ja vaikuttavuus.

Kansaneläkelaitoksen koordinoimassa Potilaan valinnanvapaus terveydenhuollossa -verkkopalveluhankkeessa tuotetaan uusi verkkopalvelu, jossa on tiedot potilaan kansallisesta valinnanvapaudesta sekä rajat ylittävistä terveydenhuollosta. Palvelun nimeksi on valikoitunut hoitopaikanvalinta.fi. Kansallisen valinnanvapauden tietosisällöistä vastaavat sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja rajat ylittävän terveydenhuollon tiedoista yhteyspiste. Verkkopalvelun ensimmäinen versio julkaistaan toukuu-kuussa 2015, ja palvelu otetaan käyttöön syyskuussa 2015.

Julkisten palvelujen markkinoinnin sääntely

Valinnanvapauden perusteena oleva lainsäädäntö vaikuttaa potilaiden tiedottamisen tavoitettiin. Selitystä julkisten terveydenhuoltopalvelujen vähäiselle markkinoinnille⁵³ voidaan etsiä toiminnan luonteesta. Julkisten terveydenhuoltopalvelujen tarjoajilla ei ole samanlaista motivaatiota palvelujen markkinointiin kuin kaupallisilla toimijoilla, sillä taloudellisen hyödyn tavoittelu ei ohjaa toimintaa. Useimmiten palvelujen tuottaminen on huomattavan kallista, eikä niistä perityillä maksuilla kateta tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. Palveluista viestittämisen päämäärä on pikemminkin tiedottaa palveluun oikeutetulle hänen oikeuksistaan kuin pyrkiä hankkimaan mahdollisimman paljon asiakkaita. Mikäli toimintayksiköiden rahoitus riippuisi potilaiden valinnoista, motivoisivat valinnanvapauden seuraukset julkisen sektorin toimijoita palvelujen markkinointiin kaupallisten toimijoiden tapaan.

Julkisella sektorilla markkinoinnista ja menettelyistä asiakassuhteessa ei ole nimenomaista sääntelyä, kuten ei myöskään viranomaista, jonka tehtäväksi julkisyhteisön markkinoinnin valvominen olisi säädetty. Julkisyhteisöjen toiminnan kontrolloinnissa painotus on perinteisesti ollut hallintopäätösten ja niihin johtavien menettelyjen sääntelyssä. Markkinointia ei ole pidetty julkisyhteisöille tyypillisenä toimintana.⁵⁴ Hoitopaikan valinnanvapaus asettaa julkiset toimijat uudelleenlaiseen tilanteeseen, sillä se edellyttää niiltä uudenlaisen tiedon tuottamista potilaiden tiedontarpeen tyydyttämiseksi.

Osin samankaltaisia vaikutuksia kuin markkinoinnin sääntelyllä on lähinnä yleisillä periaatteilla, hyvää hallintoa koskevilla säännöksillä ja säännöillä viranomaisen tiedottamisvelvollisuudesta.⁵⁵ Viranomaistoiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) 20 §:ssä säädetään viranomaisille velvollisuus tuottaa ja jakaa tietoa. Pykälän mukaan viranomaisen on edistettävä toimintansa avoimuutta ja tarvittaessa laadittava oppaita, tilastoja ja muita julkaisuja sekä tietoaineistoja palveluistaan, ratkaisukäytännöstään, yhteiskuntaoloista ja niiden kehityksestä toimialallaan. Toiseksi viranomaisen on tiedotettava toiminnastaan ja palveluistaan sekä yksilöiden ja yhteisöjen oikeuksista ja velvollisuuksista toimialaansa liittyvissä asioissa. Kolmanneksi viranomaisten on huolehdittava siitä, että keskeiset asiakirjat tai niitä koskevat luettelot ovat tarpeen mukaan saatavissa kirjastoissa tai yleisissä tietoverkoissa tai muilla yleisön helposti käytettävissä olevilla keinoilla. Tiedottamisen tarkoitus on lisätä kansalaisten tietoa omista oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan. Niin ikään kunnan tiedonantovelvollisuudesta säädetään kuntalaisissa (365/1995). Sen 29 §:n mukaan kunnan on tiedotettava asukkaalleen kunnassa vireillä olevista asioista, niitä koskevista suunnitelmista, asioiden käsittelystä, tehdyistä ratkaisuista ja niiden vaikutuksista.

Apulaisoikeusasiamiehen kannanoton mukaan julkisuuslain 20 §:n ja kuntalain 29 §:n perusteella kuntayhtymän on tiedotettava muun muassa siitä, miten erikoissairaanhoidon palvelut on järjestetty sairaan-hoi-

53 Markkinoinnin käsite kuluttajansuojalaissa on laaja. Sillä tarkoitetaan kaikenlaista kaupallista viestintää, kuten mainontaa, kaupanteon yhteydessä annettuja tietoja ja erilaisia myyntityöntekijäkeinoja. Markkinoinnilla voidaan edistää paitsi tietyn kulutushyödykkeen myyntiä myös elinkeinonharjoittajan imagoa yleisemmin. (HE 32/2008 vp.)

54 Hoffrén 2009.

55 Asiakkaansuojan kehittämiseen julkisissa hyvinvointipalveluissa paneutunut oikeusministeriön työryhmä näkee kilpailuneutraaliteetin kannalta perustelluksi, että kaikkia palvelun tuottajia koskevat samat perussäännöt. Työryhmä ei pidä riittävänä, että julkisyhteisön harjoittamaa markkinointia joudutaan arvioimaan pelkästään hallinto-oikeudellisten sääntöjen ja periaatteiden nojalla. (Oikeusministeriö 2011.) Myös kuluttajapolitiittisessa ohjelmassa vuosiksi 2012–2015 kiinnitetään huomiota siihen, että kuluttajan asema palvelujen käyttäjänä saattaa olla hyvin erilainen sen mukaan, kuka on palvelun tuottaja. Asiakkaan ulottuvilla pitäisi olla selkeät, palveluntuottajasta riippumattomat palvelukuvaukset, jotta hän voi tietää, mitä palvelulta voi odottaa. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2012.)

topiirissä ja mihin terveydenhuollon toimintayksikköön väestö voi hakeutua näitä palveluja tarvitessaan.⁵⁶ Oikeusasiamiehelle osoitetun kantelun ajankohtana potilaalla ei ollut nykyisenkaltaista valinnanvapautta. Kannanoton perusteella voidaan pohtia julkisten terveyspalvelujen järjestäjien ja tuottajien entistä laajempaa velvollisuutta tiedottaa tarjoamistaan palveluista kansalaisille.

Hyvästä hallinnosta säädetään hallintolaissa. Hyvän hallinnon perusteita sovelletaan lain esitöiden mukaan viranomaistoimintaan yleisesti. Säännökset tulevat sovellettaviksi paitsi hallinnollisessa päätöksenteossa myös sellaisessa julkisen hallintotehtävän hoitamiseen liittyvässä toiminnassa, jolla ei tavoitella suoranaisia oikeusvaikutuksia eli tosiasiallisessa hallintotoiminnassa, johon julkiset terveydenhuoltopalvelut kuuluvat.⁵⁷

Hallintolain 7 §:ssä säädetään palveluperiaatteesta ja palvelun asianmukaisuudesta. Pykälän mukaan asiointi ja asian käsittely viranomaisessa on pyrittävä järjestämään siten, että hallinnossa asioiva saa asianmukaisesti hallinnon palveluita ja viranomaisen voi hoitaa tehtävänsä tuloksellisesti. Säännöksen on katsottu velvoittavan muun muassa riittävään tiedottamiseen hallinnon asiakkaille. Säännöksen väljän muotoilun vuoksi on vaikea päätellä, kuinka laaja viranomaisen tiedottamisvelvollisuus on. Asianmukaisena viranomaisen toimintana ei voitane pitää ainakaan totuudenvastaisten tai harhaanjohtavien tietojen antamista. Myös hyvän tavan vastainen eli yleisesti hyväksytyjen arvojen kanssa ristiriidassa oleva markkinointi tai tiedottaminen lienee hyvän hallinnon periaatteiden vastaista. Yksi tulkintavaihtoehto on katsoa, että hyvän hallinnon periaatteiden mukaan viranomaiset eivät saisi toiminnassaan noudattaa menettelyjä, jotka ovat kiellettyjä vastaavaa toimintaa harjoittavilta yksityisiltä yrityksiltä. Samaan aikaan Hoffrén (2009) huomauttaa, että vaikka julkisen sektorin harjoittaman mahdollisen markkinoinnin valvontaa ei ole asetettu minkään nimenomaisen tahon tehtäväksi, voivat julkisyhteisöjä valvovat viranomaiset nykylainsäädännön perusteella puuttua mahdollisiin markkinoinnin epäkohtiin.⁵⁸

Ymmärrettävän tiedon saaminen terveydenhuoltopalveluista

Terveyspalveluja tarvitsevat henkilöt saattavat kohdata tilanteen, missä tietoa on saatavilla, mutta ei heille hyödyntämiskelpoisessa muodossa. Tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin liittyvää tietoa kritisoidaan alan ammattitermistön käyttämisestä. Terveydenhuoltolaista annetussa hallituksen esityksessä huomioidaan kansalaisille tarjottavan tiedon ymmärrettävyys. Lakiesityksen perustelujen mukaan julkisen terveydenhuollon toimintayksiköiden tulee julkaista palvelujen saatavuuteen ja laatuun liittyvät tiedot internetissä kaikkien ymmärrettävässä muodossa.⁵⁹

Valinnanvapautteen liittyvän tiedon ymmärrettävyys korostuu, kun henkilö haluaa hankkia tarvitsemiaan palveluja ulkomailta. Rajat ylittävässä terveydenhuollossa vieraskieliset palvelut saattavat rajoittaa tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden hankkimista ulkomailta, sillä tulkkipalvelut eivät kuulu ulkomaille hakeuduttaessa korvattaviin palveluihin.

Oikeus hoitopaikan valintaan ilmentää potilaan roolia aktiivisena toimijana terveyspalveluissa. Aktiiviseen potilaan rooliin sisältyy lisääntyvä vastuu omasta hoidosta ja palvelujen käyttämisestä. Valinnanvapauden hyödyntäminen edellyttää, ettei akuutti tai krooninen terveydellinen ongelma heikennä liikaa fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Palveluja tarvitsevilla henkilöillä itsellään ei aina ole resursseja valinnanvapautteen liittyvän tiedon hyödyntämiseen. Tämä ei saisi muodostua esteeksi valinnanvapaudelle, vaan potilailla tulisi olla työkaluja tiedon hyväksikäyttämiseen tällaisissa tilanteissa. Työkalujen tarve on tiedostettu, sillä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen aloitteesta perusterveydenhuollon vahvistamiseksi todetaan, että asia-

56 OA 16.12.2008 drno 3602/4/07.

57 Hoffrén 2009.

58 Hoffrénin (2009) mukaan nykylainsäädännön valossa on epäselvää, miten julkisia palveluja voi markkinoida ja mitä tietoja niistä pitää markkinoinnissa antaa. Tästä voi seurata, että julkisia palveluja markkinoidaan tavalla, joka ei ole sallittua yksityisille palveluille. Ongelman merkitystä vähentää se, että julkisyhteisöllä ei yleensä ole intressiä sopimattomalla markkinoinnilla saada asiakkaita palveluidensa käyttäjiksi.

59 HE 90/2010 vp.

kasryhmille, jotka eivät kykene itsenäiseen päätöksentekoon, on luotava erityisiä tukitoimia ja mekanismeja, jotta asiakkaan etujen mukainen, mielekkäiden valintojen teko mahdollistuisi.⁶⁰

Nykyjärjestelmässä lääkärit toimivat tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin liittyvän tiedon ymmärrettävyyttä lisäävänä työkaluna. Lääkäreiden roolia korostaa se, että terveydenhuollon oikeussuojajärjestelmän ideologisenä lähtökohtana on se, että potilaan todellisen oikeussuojan toteuttamisen avainhenkilö on lääkäri.⁶¹ Voidaan kysyä, missä määrin heille kuuluu muun valinnanvapauteen liittyvän tiedon ymmärrettäväksi tekeminen potilaille. Potilaslain perusteella potilasasiamiehen tehtäviin kuuluu potilaan neuvominen sekä tämän oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi toimiminen. Valinnanvapaudesta seuraava tehtävien mahdollinen lisääntyminen ja monipuolistuminen lisäävät potilasasiamiehen tehtävänkuvaa kohdistuvia vaatimuksia. Rajat ylittävässä terveydenhuollossa neuvonta on keskitetty Kelan yhteyspisteelle. Henkilökohtaisen neuvonnan lisäksi kollektiivista vastuuta kansalaisten terveyslukutaidosta voidaan siirtää medialle ja kuluttajakasvatuksesta vastuullisille tahoille, kuten myös potilaille itselleen kollektiivisena neuvontana. Asiantuntijahaastattelussa kiinnitettiin huomiota kirjallisen informaation tärkeyteen informaation antajasta riippumatta, jotta saadun tiedon oikeellisuus kyetään varmentamaan.

Valinnanvapaus on oikeus, jota potilaat eivät välttämättä kykene hyödyntämään kiinnostuksestaan huolimatta. Kuluttajanäkökulmasta voidaan pohtia, pitäisikö potilaskuluttajien mahdollista terveyspalvelujen tarvetta ajatellen ennalta varautua mahdolliseen hoitopaikan valintaan. Pitäisikö heidän etukäteen hankkia tietoja vaihtoehtoisista hoitopaikoista ja siitä, mistä tarvittaessa saa lisätietoja.⁶² Potilaiden asemaa heikkoina kuluttajina korostaa se, että terveyspalvelujen tarpeen määrätynlainen ennakoimattomuus vaikeuttaa ennalta varautumista ja toimipaikkoihin liittyvän oikean tiedon hankkimista.

Terveyspalvelujen sopimusehdot

Julkisen sektorin järjestämissä terveyspalveluissa henkilön oikeus saada palveluja ei perustu sopimukseen, vaan julkisyhteisön lakiin perustuvaan velvollisuuteen tarjota palveluja niiden saamisen edellytykset täyttävälle henkilölle. Palveluja tarvitsevan henkilön vaikutusmahdollisuudet rajautuvat yleensä päätökseen käyttää palveluja tai olla käyttämättä niitä. Hoffrénin (2009) mukaan julkisyhteisön tarjoamien palvelujen ehdot rinnastuvat jossakin määrin elinkeinonharjoittajien käyttämiin vakioehtoihin, joiden sisältöön kuluttajilla ei juuri ole sananvaltaa.

Kun julkisyhteisö on myöntänyt henkilölle oikeuden palveluun, palvelun on täytettävä sille laissa ja viranomaispäätöksissä asetetut vaatimukset. Julkisten palvelujen tarjoaja ei voi vapaasti päättää, minkälaisin ehdoin se palveluja tarjoaa. Myöskään potilaan velvollisuudet eivät määräydy sopimuksen, vaan lain ja viranomaispäätösten perusteella. Poikkeuksen muodostavat palvelusetelillä hankittavat palvelut, jolloin palveluja tarvitseva henkilö ja palveluntuottaja tekevät keskenään sopimuksen. Palveluja tarvitsevan henkilön ja kunnan välille ei synny sopimusta.⁶³

Lääkärin rooli päätöksenteossa

Terveyspalveluja tarvitsevalla henkilöllä on vahva oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Suomen perustuslain (731/1999) pykälän 14.4 mukaan jokaisella kansalaisella on oikeus vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Potilaslain 6 §:n perusteella potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Lainsäädännöllisestä taustasta huolimatta terveyspalveluissa muodostuu potilaan näkökulmasta haasteeksi tiedon hallinnan epäsymmetria, kun valinnanmahdollisuuksia hoitopaikan tai hoito-

60 Erhola ym. 2013.

61 Liljeström 2003.

62 Tuorila 2006.

63 Hoffrén 2009.

vaihtoehtojen välillä halutaan lisätä. Potilaalla ei välttämättä ole mahdollisuutta arvioida tiedon luotettavuutta ja merkitystä tilanteensa kannalta, minkä seurauksena potilas tarvitsee avukseen terveydenhuollon ammattilaisen auttamaan parhaan valinnan teossa. Potilaan tilanteelle on muutenkin ominaista se, että lääkäriellä on merkittävä päätösvalta siihen, mitä ja miten paljon terveyspalveluja tarvitseva henkilö kuluttaa. Tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä ei kuluteta samoin kuin kulutushyödykkeiksi miellettyjä tavaroita ja palveluja. Asiantuntijahaastattelussa painotettiin, että tiedon hallinnan epäsymmetriasta huolimatta potilaat kykenevät hyödyntämään valinnanvapauttaan. Potilaiden kyvyttömyyteen viitattaessa käytetään esimerkkinä usein demen-toituneita vanhuksia tai muita heikompia potilasryhmiä sen sijaan, että kykyä valintojen tekemiseen lähes-tyttäisiin keskivertopotilaan näkökulmasta.

Ammattihenkilölain 22 §:n mukaan laillistettu lääkäri tai hammaslääkäri päättää potilaan lääketieteelli-sestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lieventäminen. Hoitava lääkäri tekee päätöksen potilaan lähettämisestä erikoissairaanhoidon ja arvioi, minkä tasoista hoitoa henkilö tarvitsee. Oikeuskäytännön mukaan lääkärin päätös potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja hoidosta on sellaista tosiasiallista hallintotoimintaa, jossa ei anneta valituskelpoisia päätöksiä.⁶⁴

Kansallisen valinnanvapauden rinnalla rajat ylittävä terveydenhuolto voi muodostua haasteelliseksi. Glinosin ja Baeten (2006) kirjallisuuskatsauksen mukaan merkittävän esteen potilaiden liikkumiselle rajat ylittävässä terveydenhuollossa muodostavat potilaan kotivaltion lääkärit, jotka suhtautuvat kielteisesti ulkomaille lähet-tämiseen. Syitä kielteisyyteen ovat pelko potilaiden menettämisestä ja epäluottamus toisen valtion terveyden-huoltojärjestelmään. Ilmiö ei kosketa asiantuntijahaastattelujen perusteella vain ulkomailta hankittavia ter-veyspalveluja, vaan tulee esiin kotimaisessa terveydenhuollossa. Mahdollisen muihin toimipaikkoihin koh-distuvan epäluottamuksen katsotaan johtuvan siitä, ettei ammattihenkilöillä ole riittävästi tietoja muiden toimipaikkojen palveluista.

Valinnanvapauttaan hyödyntävän potilaan oikeusturvakeinot

EU:n terveystalouden linjausten mukaan potilaalla on subjektiivinen oikeus terveydenhuoltopalveluihin ja Suomessakin täytäntöönpannut direktiivit perustuvat tähän lähtökohtaan.⁶⁵ Kansallisessa lainsäädännössä oikeus kiireelliseen hoitoon on määritelty subjektiiviseksi oikeudeksi perustuslain pykälässä 19.1, toisin kuin pykälässä 19.3 turvattu oikeus ei-kiireelliseen hoitoon.⁶⁶ Tältä pohjalta hoitopaikan valinnanvapaus ei ole subjektiivinen oikeus.⁶⁷ Sekä terveydenhuoltolaissa että rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevassa laissa valinnanvapautteen suhtaudutaan yksiselitteisesti. Mahdollisia ongelmatilanteita ei huomioida lukuun ottamatta ulkomaille hoitoon hakeutumisen ennakkolupapäätökseen liittyvää muutoksenhakuoikeutta. Valinnanvapauden oikeudellista luonnetta ei tulisi sivuuttaa yhdentekevänä teoreettisena pohdintana, koska se kuvastaa niitä valtuuksia, joiden perusteella potilaskuluttajien roolia terveydenhuollossa vahvistetaan.

64 Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän johtajaylilääkäri oli hylännyt henkilön maksusitoumushakemuksen yliopistollisessa sairaalassa tehtäviin tutkimuksiin. Korkein hallinto-oikeus hylkäsi kansalaisen vaatimuksen sillä perusteella, että johtajaylilääkäri oli tehnyt laillistettuna lääkärinä ammattihenkilöistä annetun lain 22 §:n tarkoittamalla päätösvalalla lopullisen päätöksen eikä lääkärin tekemään päätökseen voi hakea muutosta kuntalain mukaisin muutoksenhakukeinoin. (KHO 1997:92.)

65 Mattila 2012.

66 Matikainen 2014.

67 Perusterveydenhuollossa valinnanvapautta voidaan lähestyä subjektiivisen oikeuden näkökulmasta, sillä laissa ei ole säännöksiä siitä, että kunta voisi evätä valinnanvapauden käytön. Ongelmia saattaa syntyä tilanteissa, joissa joku terveysasema tulee niin suosituksi, ettei se pysty antamaan aikoja kaikille halukkaille hoitotakuuaikojen puitteissa. Erikoissairaanhoidossa tilanne on monimutkaisempi. Hoitoon pääseminen edellyttää lääkärin lähetystä ja hoitopaikka on valittava yhteisymmärryksessä lääkärin kanssa. Potilas ei kuitenkaan voi valita sairaalaa, joka ei tarjoa hänen tarvitsemaansa hoitoa, kuten myöskään hoidon taso (yliopistosairaala vs. keskussairaala). Muutoin potilas voi valita hoitopaikan toisin kuin lääkäri ehdottaa. Hallituksen esityksen perusteluissa on pohdittu tilannetta, että potilaan valitsema hoitopaikka ei pysty toteuttamaan hoitoa hoitotakuuajassa. Tällöin potilas voi siitä huolimatta valita kyseisen paikan tietoisena siitä, että hoitotakuu aika ei toteudu. (Anne Koskela, STM, henkilökohtainen tiedonanto 24.4.2015.)

Lääkäriin päätös potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja hoidosta on tosiasiallista hallintotoimintaa, eikä se ole hallintotuomioistuinten käytännön mukaan valituskelpoinen.⁶⁸ Ensisijainen menettelytapa mahdollisissa valinnanvapauden hyödyntämiseen liittyvissä ongelmatilanteissa on neuvottelu kiistan osapuolten välillä. Julkisia terveydenhuoltopalveluja koskevissa erimielisyyksissä henkilö voi saada oikeuksistaan tietoa potilasasiamieheltä. Potilaslain 11 §:n mukaan terveydenhuollon toimintayksikölle on nimettävä potilasasiamies, jonka tehtävänä on 1) neuvoa potilaita kyseisen lain soveltamiseen liittyvissä asioissa 2) avustaa potilasta 10 §:n 1. ja 3. momentissa tarkoitetuissa asioissa⁶⁹ 3) tiedottaa potilaan oikeuksista sekä 4) toimia muutenkin potilaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi. Terveyspalvelujen käyttäjän oikeus saada potilasasiamieheltä neuvontaa ja apua ongelmatilanteissa voidaan rinnastaa kuluttajaneuvontaan. Potilasasiamiehen toiminta perustuu potilaan oikeudellisen aseman vahvistamiseen.

Valinnanvapauden tyytymätön henkilö voi tehdä itsenäisesti tai potilasasiamiehen avustuksella muistutuksen. Potilaslain 10 §:n nojalla terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Toimintayksikön on tiedotettava potilailleen muistutusosoikeudesta riittävästi ja järjestettävä sen tekeminen mahdollisimman vaivattomaksi. Muistutus tulee tehdä pääsääntöisesti kirjallisesti, mutta se voidaan tehdä suullisesti erityisestä syystä. Toimintayksikön on käsiteltävä muistutus asianmukaisesti ja siihen on annettava kirjallinen vastaus kohtuullisessa ajassa muistutuksen tekemisestä.

Muistutuksen tekeminen ei vaikuta henkilön oikeuteen kannella asiastaan terveyden- ja sairaanhoitoa valvoville viranomaisille. Potilaslain pykälän 10 a nojalla kanteluun sovelletaan mitä hallintolain luvussa 8 a säädetään hallintokantelusta.⁷⁰ Jos asiassa ei ole tehty muistutusta, ja valvontaviranomainen arvioi, että kantelu on tarkoituksenmukaisinta käsitellä muistutuksena, viranomainen voi siirtää asian asianomaiseen toimintayksikköön käsiteltäväksi. Vaikka kantelumenettelyssä otetaan kantaa julkisyhteisön toiminnan moitittavuuteen, siinä ei päätetä, mitä oikeuksia henkilöllä toiminnan perusteella on. Kantelumenettelyyn turvautuva henkilö ei saa täytäntöönpanokelpoista päätöstä, joka velvoittaisi julkisen toimijan esimerkiksi antamaan palvelua.⁷¹

Palvelusetelillä hankittujen yksityisten terveystaluiden käyttäjää koskee myös kuluttajansuojalainsäädäntö. Koska palvelusetelin saanut henkilö tekee palvelujen tuottajan kanssa sopimuksen palvelun antamisesta, sopimussuhdetta koskevat kuluttajaoikeuden ja sopimusoikeuden säännökset ja oikeusperiaatteet.

68 Liljeström 2003.

69 Lain 10 §:n 1. momentti koskee muistutusta ja 3. momentissa säädetään siitä, että jos muistutusta käsiteltäessä ilmenee, että potilaan hoidosta tai kohtelusta saattaa seurata vastuu potilasvahingosta, vahingonkorvausvastuu, syytteen nostaminen, terveydenhuollon ammatinharjoittamislainsäädännössä tarkoitettu ammatinharjoittamisoikeuksien poistaminen, rajoittaminen tai kurinpitomenettely tai muussa laissa säädetty kurinpitomenettely, potilasta on neuvottava, miten asia voidaan panna vireille toimivaltaisessa viranomaisessa tai toimielimessä.

70 Hallintolain pykälän 53 a nojalla viranomaisen, siihen palvelussuhteessa olevan tai muun julkista hallintotehtävää hoitavan lainvastaisesta menettelystä tai velvollisuuden täyttämättä jättämisestä voi tehdä hallintokantelun toimintaa valvovalle viranomaiselle. Kantelun tekijän tulee esittää käsityksensä siitä, millä perusteilla tämä pitää menettelyä virheellisenä ja mahdollisuuksien mukaan tieto arvostelun kohteena olevan menettelyn tai laiminlyönnin ajankohdasta. Pykälän 53 b mukaan valvova viranomainen ryhtyy niihin toimenpiteisiin, joihin se hallintokantelun perusteella katsoo olevan aihetta. Jos kantelu ei anna aihetta toimenpiteisiin, siitä tulee viivytyksettä ilmoittaa kantelun tekijälle. Pykälän 53 c nojalla valvova viranomainen voi hallintokanteluasiassa antamassaan ratkaisussa kiinnittää valvottavan huomiota hyvän hallinnon vaatimuksiin tai saattaa tämän tietoon käsityksensä lain mukaisesta menettelystä. Jos tätä ei asian kokonaisarvosteluun vaikuttavat seikat huomioiden pidetä riittävänä, valvottavalle voidaan antaa huomautus, jollei kantelun kohteena oleva teko luonteensa tai vakavuutensa perusteella anna aihetta ryhtyä toimiin muussa laissa säädetyn menettelyn käynnistämiseksi. Viimeksi mainitussa tapauksessa kantelun käsittely raukeaa. Pykälän 53 d nojalla hallintokanteluasiassa annettuun ratkaisuun ei saa hakea muutosta valittamalla.

71 Hoffrén 2009.

Potilasvahinkojen korvaaminen kansallisen lainsäädännön mukaisesti

Valinnanvapauttaan hyödyntävän potilaan oikeusturvakeinot kohdistuvat varsinaisen valinnanvapauden myöntävän oikeuden käyttämiseen, mutta myös potilasvahinkojen korvaamiseen. Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa tapahtuneet potilasvahingot käsitellään potilasvahinkolain (585/1986) perusteella.

EU:n tasolla potilaiden oikeuksia ei ole yhtenäistetty, vaan ne riippuvat kunkin valtion kansallisesta lainsäädännöstä. Rajat ylittävässä terveydenhuollossa kansalliset erot luovat haasteita valinnanvapauden hyödyntämiselle.⁷² Potilasdirektiivi edellyttää, että jokaisessa EU-valtiossa on asianmukaiset valitusmenettelyt ja vastuuvakuutusjärjestelmä sen alueella annettavaa hoitoa varten. Suomalainen potilasvakuutusjärjestelmä ei kata ulkomailla annettua hoitoa. Potilasvahinkoasioissa noudatetaan aina hoidonantajavaltion lainsäädäntöä. Hoidon haittatapahtuman ilmaantuessa palveluja käyttäneen henkilön on itse selvitettävä hoitoa antaneen terveydenhuollon palvelun tuottajan korvaus- ja muita velvoitteita hoidon antaneen valtion viranomaisten kanssa. Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspisteen on ohjattava potilas ottamaan yhteyttä hoidonantajavaltion viranomaisiin.

Mikäli potilaalle on aiheutunut ulkomailla annettuun terveydenhuollon palveluun liittyvä haittatapahtuma, hänellä on kansallisen lainsäädännön nojalla oikeus julkisen terveydenhuollon palveluihin Suomessa.

72 Nys & Goffin 2011.

KILPAILUNÄKÖKULMA VALINNANVAPAUDEN TOTEUTUKSESSA

Valinnanvapauden perusteena olevassa terveydenhuoltolaissa, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä säädetystä laissa tai rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevassa laissa ei ole erityisesti huomioitu kilpailunäkökohtia. Terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta valinnanvapaudelle lainsäädännössä asetettujen tavoitteiden toteutuminen edellyttää kilpailunäkökohtien huomioimista. Puuttuvat kilpailun kannusteet kuvaavat tältä osin valinnanvapauden toteutuksen ja lainsäädännön keskeneräisyyttä.

Kilpailunäkökohtia tarkastellaan selvityksessä luonnollisesti palvelujen tuottajien näkökulmasta, sillä palvelutuotannon organisoiminen vaikuttaa kilpailumahdollisuuksiin. Kilpailuun vaikuttavia tekijöitä tarkastellaan myös potilaiden näkökulmasta, sillä potilaiden valinnanvapauden hyödyntämismahdollisuudet vaikuttavat välillisesti palvelujen tuottajien keskinäisen kilpailun kannusteisiin. Palvelujen tuottajien ja potilaiden näkökulmasta yhteinen nimittäjä kilpailun edistämisen esteille löytyy taloudellisista tekijöistä.

Palvelujen tuottajien keskinäisen kilpailun kannusteettomuus

Terveydenhuoltopalvelujen järjestäminen on julkisen vallan, sekä valtion että kuntien, lakisääteinen velvoite. Perusoikeusuudistuksen myötä terveydenhuollon palvelut tulivat jokaiselle kuuluviksi perusoikeuksiksi.⁷³ Julkisten terveydenhuoltopalvelujen järjestämisen lakisääteisyys ei ole este kilpailulle. Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki ja sen asteittain edennyt täytäntöönpano, kuten myös laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta, ovat mahdollistaneet potilaiden hakeutumisen valitsemiinsa hoitopaikkoihin. Tämä luo julkisen sektorin toimipaikoille mahdollisuuden kilpailla potilaista. Lakisääteisyuden seurauksena julkisen sektorin toimipaikat eivät voi kieltäytyä palvelujen tuottamisesta sellaisille henkilöille, joilla on peruste palvelujen käyttämiseen kyseisessä toimipaikassa.

Valinnanvapauden toteutuksen keskeinen ongelma on se, ettei julkisten terveydenhuoltopalvelujen tuottajilla ole selkeitä kannustimia potilaiden houkuttelemiseen ja keskinäiseen kilpailuun, mikä rajoittaa merkittävästi potilaiden ”jaloillaan äänestämisen” ohjausvaikutusta. Julkisella sektorilla palvelujen tuotantoyksiköiden toiminta ja taloudelliset resurssit määritetään perusterveydenhuollossa kunnallisessa suunnitteluorganisaatiossa ja erikoissairaanhoidossa sairaanhoitopiireissä tai näiden ja kuntien välisissä neuvotteluissa. Julkisella sektorilla ei ole käytettävissä sellaista mekanismia, jolla palvelujen tuotantoyksiköt voisivat muuttaa toimintansa rakenteita potilaiden valintojen perusteella. Kun palvelujen tuotannon taloudelliset resurssit annetaan toimintayksiköille suunnitteluprosessin kautta potilaiden valinnoista riippumatta, ei toimintayksiköillä ole kannusteita kilpailuun.

Tosiasiallisen valinnanvapauden toteutuminen edellyttää, että terveydenhuollon toimintayksiköiden menestys ja toiminnan jatkuvuus riippuvat potilaiden valintojen kohdistumisesta niihin. Valinnanvapauden olennainen piirre on se, että raha seuraa potilasta hänen valitsemaansa palvelujen tuotantoyksikköön. Palvelujen tuotantoyksiköillä on oltava kannusteet palvelu potilaita näitä tyydyttävällä tavalla. Kannusteet turvataan saattamalla tuotantoyksiköiden resurssien rahoitus riippumaan potilaiden valinnoista ja mahdollistamalla tuotantoyksiköiden kilpailu potilaista. Tuotantoyksiköiden on voitava muuttaa toimintatapaansa ja -rakenteitaan niin organisatorisesti, sisällöllisesti kuin alueellisesti ylläpitääkseen ja parantaakseen kilpailukykyään. Palvelujärjestelmän kehityksen kannalta valinnanvapaus toimii tarkoituksenmukaisesti silloin, kun se ohjaa resurssien kohdentumista kohti laadukkaita palveluja ja suorituskyvyltään vahvoja tuottajia. Jotta valitulla yksiköllä olisi kannuste ottaa vastaan potilaita ja tuottaa korkealaatuisia palveluja, tulee korvauksen olla riittävän suuri ja oikeudenmukainen suhteessa hoidon vaativuuteen. Korvausten määrittämiseen ja laskuttamiseen liittyvien menettelyjen pitää olla sujuvia, etteivät ne aiheuta lisätaakkaa palveluntuottajille.⁷⁴

73 Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a, ks. myös Hoffrén 2009.

74 Jonsson & Virtanen 2013a; Saxell 2014.

Asiantuntijahaastattelujen perusteella valinnanvapauden toteutus näyttää palvelujen tuotannon näkökulmasta jääneen keskeneräiseksi. Valinnanvapauslainsäädännön nykyinen taloudellinen perusta ei luo kannusteita sille, että julkisen sektorin tuotantoyksiköt voisivat muuttaa toimintansa rakenteita potilaiden valintojen perusteella. Päinvastoin asiantuntijakeskusteluissa nostetaan esiin se, että terveyspalvelujen ylikysynnän seurauksena hoitopaikan vaihtaminen vaikuttaa pahimmillaan kielteisesti toimintaan. Nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän ei katsota olevan valmis siihen, että merkittävät potilasmäärät vaihtaisivat hoitopaikkaa. Potilaan valinnanvapautta ei nähdä niinkään kannusteena kuin hallinnollisiin rakenteisiin kohdistuvana uhkana.

Päinvastainen esimerkki valinnanvapauden toteutuksesta löytyy naapurimaastamme.⁷⁵ Ruotsissa tuli vuoden 2010 alusta voimaan lakisääteinen perusterveydenhuollon valinnanvapausuudistus. Lainsäädäntö edellyttää, että maan maakäräjäalueet järjestävät perusterveydenhuollon palvelut ns. valinnanvapausjärjestelmien puitteissa. Maakäräjät hyväksyvät halukkaat perusterveydenhuollon tuottajat (julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin tahot) neutraalilla hyväksymismenettelyllä, jonka jälkeen potilaat voivat valita palvelujen tuottajista itselleen sopivimman. Potilaan oikeutta uuteen valintaan ei ole rajoitettu. Järjestelmässä raha seuraa potilasta hänen valitsemalleen tuottajalle, ja maakäräjähallinnon maksamat korvaukset ovat kaikille tuottajille samasta palvelusta samansuuruiset. Tuottajien odotetaan kilpailevan ensisijaisesti palvelujen laadulla, jolloin palvelujen tuottajat hyötyvät hyvästä laadusta taloudellisesti. Vaikka perusterveydenhuollon tuottajalle saatetaan taata pieni minimikorvaus, toiminta riippuu taloudellisesti siitä, että potilaat hakeutuvat vastaanotolle ja tuovat mukanaan järjestävän maakäräjäalueen kanssa sovitun korvauksen.

Ruotsin esimerkkiin viitaten suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä valinnanvapautteen ei yhdisty eri sektoreilla toimivien palvelujen tuottajien välistä kilpailua, vaan toiminnalle on ominaista sektorikohtainen rajoittuneisuus. Terveystuotolakiin perustuva valinnanvapaus koskee ainoastaan julkisten palvelujen tuottajia. Palvelujen tasa-arvoisiksi tuottajiksi ei ole otettu mukaan yksityistä tai kolmatta sektoria, sillä lain esitöiden mukaan niiden nähdään täydentävän julkista terveydenhuoltojärjestelmää. Potilaan oikeus hoitopaikan valintaan on säädetty perinteisten organisatoristen rajojen puitteissa sen sijaan, että valinnanvapauden toteutuksen lähtökohtana olisi ollut palvelujen tuotantojärjestelmän uudistaminen palvelutuottajien koko toimintakentän näkökulmasta.

Vuoden 2009 palvelusetelilainsäädäntö sen sijaan antaa kunnille mahdollisuuden käyttää myös muita kuin julkisia tuottajia. Tämä tapahtuu laissa yleisluontoisesti määritellyllä hyväksymismenettelyllä, jonka mukaan palvelun tulee olla samaa tasoa kuin vastaavalla julkisella tuottajalla. Aito kilpailu julkisten ja yksityisten tuotantoyksikköjen välillä ei kuitenkaan ole mahdollinen palveluseteliä käytettäessä, koska ainoastaan mukaan hyväksytyt yksityiset tuotantoyksiköt voivat kilpailla asiakkaista.⁷⁶ Palvelujen käyttäjät voivat tosin valinnoillaan tukea elinkeinotoimintaa valitessaan kunnallisen tuottajan sijaan yksityisen elinkeinonharjoittajan tuottamat palvelut.

Vaikka kilpailu julkisella terveydenhuoltosektorilla on vähäistä, on näkyvissä merkkejä siihen varautumisesta ja sen tärkeyden tiedostamisesta. Sairaaloiden strategioissa keskustellaan kilpailukyyn parantamisesta. Esimerkiksi HUS:n strategiassa vuosiksi 2012–2016 todetaan terveydenhuollon toimintaympäristön muutoksen korostavan uudella tavalla palveluiden kilpailukykyä. Potilaan valinnanvapauden katsotaan merkitsevän tuottajien välistä kilpailua joistain potilasryhmistä. Valinnanvapauden katsotaan johtavan myös siihen, että lääkärit huomioivat potilaita lähettäessään eri tuottajien tarjoamat vaihtoehdot. Voimistuviksi hoitopaikan valintaan vaikuttaviksi tekijöiksi nousevat palveluiden laatu, saatavuus, odotusajat, asiakaslähteisyytensä ja palveluiden hinta.⁷⁷

Kilpailukyyn parantaminen tulee esiin erityisesti julkisomisteisten sairaaloiden, kuten tekonivelleikkauksiin erikoistunut Coxa, toiminnassa. Julkisomisteisten yritysten toiminta herättää yksityisen sektorin toimijoissa

75 Erhola ym. 2013.

76 Jonsson & Virtanen 2013a.

77 HUS 2012.

myös kritiikkiä kilpailun vääristymisestä. Lääkäripalveluyritykset ry on kritisoinut HYKSin Oy:n toimintaa sillä perusteella, että verorahoitteinen palvelutuotanto sekoittuu elinkeinotoiminnan kanssa. HYKSin Oy:n katsotaan muodostavan epäterveen kilpailutilanteen, koska valtaosa palveluista on sellaisia, joita yksityiset yritykset jo tuottavat. Tällöin ylimääräisistä kilpailueduista nauttivan yhtiön katsotaan aiheuttavan markkinahäiriöitä vääristäen toimialan kilpailua.

Valinnanvapauden taloudelliset ohjauskeinot

Julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuva valinnanvapaus perustuu passiiviseen valintaan. Perusterveydenhuollossa on lähdetty periaatteesta, jonka mukaan potilaalla on oikeus halutessaan ilmoittaa terveysasemasta, jolla haluaa asioida. Aktiivista velvollisuutta valinnasta ilmoittamiseen ei ole, vaan jokainen kuntalainen sijoitetaan jollekin kunnan julkisen järjestämisvastuuseen kuuluvalla terveysasemalle. Samoin erikoissairaanhoidossa potilaan ei tarvitse käyttää valinnanmahdollisuuttaan, vaan lähettävä lääkäri voi aina ohjata tutkimuksiin ja hoitoon kotikunnan ensisijaisesti käyttämään erikoissairaanhoidon hoitolaitokseen.⁷⁸

Valinnanvapauden hyödyntämiseen vaikuttavat monet potilaslähtöiset tekijät. Potilaan tulee tuntee oikeutensa ja erilaiset hoitopaikan valinnan mahdollisuudet, minkä lisäksi ulottuvilla on oltava riittävästi valinnanvaraa. Potilaalla tulee olla riittävästi ymmärrettävää vertailutietoa valinnan mahdollisuuksista ja hänen tulee olla fyysisesti ja psyykkisesti sellaisessa kunnossa, että kykenee hyödyntämään oikeuksiaan. Potilaalla tulee olla myös riittävät taloudelliset resurssit valinnanvapauden hyödyntämiseksi, vaikka onkin kyse julkisesta terveydenhuollosta. Suomalaisessa valinnanvapauden toteutuksessa vapaata liikkuvuutta ohjataan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä ennen kaikkea rajat ylittävässä terveydenhuollossa taloudellisin keinoin sillä seurauksella, että valinnanvapaus on potilaalle kustannuksia aiheuttava oikeus. Seuraavassa tarkastellaan lähemmin hoitopaikan vaihtamisesta aiheutuvia kustannuksia ja erityisesti rajat ylittävää terveydenhuoltoa, jossa taloudellisten resurssien merkitys hoidon saamisessa korostuu yksityisten palvelujen tarjoajien tapaan.

Matkakustannusten korvaaminen

Matkakustannusten korvaaminen lähimpään hoitoa tarjoavaan paikkaan rajoittaa valinnanvapauden hyödyntämistä siitä aiheutuvina ylimääräisinä kustannuksina, mikä korostuu rajat ylittävässä terveydenhuollossa.⁷⁹ Sosiaali- ja terveysministeriön (2013a) rajat ylittävän terveydenhuollon arviointimuistion mukaan ”tavoitteena on korostaa järjestelmälähtöisen ajattelun sijaan potilaan oikeuksia ja valinnan mahdollisuutta”. Matkakustannusten korvaamisperiaatteissa edellä mainitun tavoitteen toteutuminen voidaan kyseenalaistaa, sillä korvausperiaatteet ilmentävät järjestelmälähtöistä toteutustapaa. Tulkinnalle löytyy perustelu terveydenhuoltolain perustana olevasta hallituksen esityksestä.⁸⁰ Matkakustannusten korvaamisesta esityksessä todetaan, että EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön perusteella on todennäköistä, että sairauden hoidon vuoksi tehty matka tulee korvata yhtenäisin perustein riippumatta siitä, onko hoito annettu henkilön kotivaltiossa vai ulkomailla. Huomionarvoisin kohta hallituksen esityksessä on toteamus, että matkakorvausjärjestelmän muutosten lähtökohtana tulee olla, etteivät matkakorvauskustannukset kasva olennaisesti potilaan valinnanvapauden lisääntyessä. Kun matkakorvauksille määriteltävillä ehdoilla on merkittävä välillinen vaikutus potilaan valinnanvapaudesta aiheutuviin muihin kustannuksiin, ilmeistä on, että matkakustannusten korvaamisen sääntelyllä pyritään hillitsemään valinnanvapauden hyödyntämistä.

Kun asiantuntijahaastatteluissa keskusteltiin matkakustannusten korvaamisperiaatteista, nostettiin esiin terveydenhuollon käytettävissä olevien taloudellisten resurssien priorisointi. Julkisen terveydenhuollon voimavarat pyritään kohdentamaan mahdollisimman oikeudenmukaisesti käyttötarkoituksiinsa. Matkakustannusten

78 HE 90/2010vp, Pikkujämsä ym. 2014.

79 Matkakorvausten huomattava vaikutus potilaiden kannustimiin hakeutua ulkomaille hoidettavaksi tuodaan nimenomaisesti esiin rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevan lain esitöissä (HE 103/2013 vp).

80 HE 90/2010 vp.

korvaaminen nykysäädöksistä poiketen saattaisi johtaa tilanteeseen, jossa palveluja tarvitsevien henkilöiden terveydentilaa kohentavien toimenpiteiden sijaan terveydenhuollon resursseja kohdistuisi matkustamiseen.

Hoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaaminen rajat ylittävissä terveydenhuollossa

Potilasdirektiivin täytäntöönpanolainsäädännön vaikutukset kohdistuvat kansalaisiin epätasaisesti. Hoidosta aiheutuneiden kustannusten jälkikäteen korvaaminen rajoittaa niiden potilaiden joukkoa, joka kykenee hyödyntämään valinnanvapauttaan. Vähävaraisten henkilöiden mahdollisuus hoitopaikan valintaan on lähinnä nimellinen. Sosiaali- ja terveysministeriön (2013a) rajat ylittävää terveydenhuoltoa käsittelevässä arviomuistiossa visioidaan, että rahoitus- ja vakuutuslaitokset voisivat kehittää instrumentteja hoitoon hakeutumisen lainottamiseksi. Jos potilas tietää ennen hoitoon hakeutumista saavansa jälkikäteen tietyn suuruisen korvauksen, rahoituslaitos voisi myöntää hänelle lyhytaikaisen lainan palvelujen käyttämiseksi. Myös perustuslakivaliokunta kiinnittää lausunnossaan huomiota täytäntöönpanolainsäädäntöön valitun korvausmallin täydentämiseen esimerkiksi siten, että tosiasiallisen yhdenvertaisuuden paremmaksi toteutumiseksi vähävaraisille henkilöille kustannuksia voitaisiin korvata tietyn edellytyksin jo etukäteen.⁸¹

Ennakkoluvan ulkomailla annettavaan hoitoon saaneet henkilöt ovat poikkeuksellisessa asemassa siinä mielessä, että heidän ei pääsääntöisesti tarvitse maksaa hoidostaan aiheutuneita kustannuksia itse. Ennakkoluvan hoitoonsa saaneiden henkilöiden määrä on Kelan tilastotietojen perusteella pieni tiukkojen myöntämiskriteerien vuoksi.⁸² Luvan myöntämisperusteena olevia sairauksia ei tilastoida, mutta asiantuntijahaastattelujen perusteella lupa on myönnetty muun muassa vaativiin kirurgisiin toimenpiteisiin, syöpähoitoihin sekä vastasyntyneiden tarvitsemaan hoitoon.

Taulukko 1. Ennakkoluvat ulkomailla annettavaan hoitoon.

| Vuosi | Kohdevaltio | Ratkaisujen lukumäärä | Myönnetyt | Evätyt |
|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------|--------|
| 2014 | EU- tai Eta-valtio tai Sveitsi | 182 ⁸³ | 77 | 104 |
| 2013 | EU- tai Eta-valtio tai Sveitsi | 140 | 59 | 81 |
| 2012 | EU- tai Eta-valtio tai Sveitsi | 94 | 45 | 49 |
| 1.5.2010– 31.12.2011 ⁸⁴ | EU- tai Eta-valtio tai Sveitsi | 63 | 33 | 30 |

Potilasdirektiivin täytäntöönpanolainsäädäntöön valittu kustannusten korvausmalli on osoittautunut keskeiseksi kysymykseksi Suomessa. Direktiivin tavoitteiden yhteensovittaminen terveydenhuollon asumisperusteisen palvelujärjestelmän ja monikanavaisen rahoitusjärjestelmän kanssa on osoittautunut ongelmalliseksi EU-sääntelyn ja Suomen kansallisen järjestelmän erilaisten lähtökohtien vuoksi. Potilasdirektiivin täytäntöönpanon valmistelussa potilaalle maksettavan korvauksen määrästä oli esillä neljä 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. Lainsäädännön valmisteluun otettiin lisäksi eräänlaisena kompromissina viides malli, jossa potilaan hakeutuessa varta vasten hoitoon ulkomaille kustannukset kor-

81 Perustuslakivaliokunnan lausunto 30/2013 vp.

82 EU-tuomioistuimien ei yleensä ole osoittanut ymmärrystä jäsenvaltioiden argumentoimille mahdollisille terveysjärjestelmien taloudellisille ongelmille liikkuvuuden lisääntyessä. Perusteena on ollut, että yksittäisen potilaan hoidon kustannukset eivät ole niin korkeat, että ne vaarantaisivat jäsenvaltion terveyspalvelujärjestelmän taloudellisen kestävyuden. Sairaalahoitossa tuomioistuimien on hyväksynyt taloudelliset argumentit, mutta vain tiukoin edellytyksin eli jäsenvaltion on voitava näyttää, että sen järjestelmä ja/tai väestön terveys on vaarassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013a; ks. myös Kaila 2004.)

83 Yhdessä ennakkolupahakemuksessa on annettu päätös tutkimatta jättämisestä.

84 Vuoden 2010 tiedot on kerätty toukokuusta alkaen, sillä sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annettu EU-asetus korvasi tuolloin aiemmin voimassa olleen asetuksen.

vattaisiin sairausvakuutuslain mukaisesti, kun taas tilapäisen ulkomailla oleskelun aikana lääketieteellisesti välttämättömäksi tullut hoito korvattaisiin omavastuuosuusmallia mukaillen.⁸⁵

Vaihtoehtoisten korvausmallien arvioinnissa huomioitiin potilaiden yhdenvertaisuuden toteutuminen Suomessa ja rajat ylittävässä terveydenhuollossa, vaikutukset Suomessa toimivien yksityisten terveydenhuollon palveluntarjoajien asemaan sekä potilaalle maksettavien korvausten kustannusvastuun jakautuminen kuntien, valtion ja sairaanhoitovakuutuksen välillä. Sopivan korvausmallin määrittelyyn liittyvien ongelmien katsottiin johtuvan siitä, että yksityinen ja julkinen terveydenhuolto ovat Suomessa eriarvoisessa asemassa. Ehdotetuista malleista omavastuuosuusmallin nähtiin vastaavan parhaiten direktiivin vaatimusta valinnanvapauden lisäämisestä, mutta toisaalta kiinnitettiin huomiota omavastuuosuusmallin ja sekamallien hallintokustannuksiin sekä kannusteongelmiin. Asiantuntijahaastatteluuissa tuotiin esiin omavastuuosuusmallin elinkeinopoliittiset vaikutukset. Potilas saisi ulkomailta hankkimastaan hoidosta paremman korvauksen kuin vastaavasta yksityisestä hoidosta Suomessa. Tämän katsotaan asettavan niin potilaat kuin suomalaiset palvelujen tarjoajat eriarvoiseen asemaan ja johtavan suomalaisen palvelujen tuotannon siirtymiseen lähialueille, varsinkin Viroon. Samaa ongelmaa liittyy molempiin sekamalleihin.

Potilasdirektiivin täytäntöönpanolainsäädäntöön valitun viidennen korvausmallin mukaisesti henkilön hakeutuessa hoitoon toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin henkilölle aiheutuneet hoitokustannukset korvataan sairausvakuutuslain mukaisesti, mikäli henkilö ei ole saanut ennakkolupaa hoitoon hakeutumiseen.⁸⁶ Mallin ongelma on korvauksen jääminen niin pieneksi, ettei se lisää valinnanvapautta eikä luo kansalaisille yhdenvertaisia mahdollisuuksia hakeutua hoitoon toiseen EU- tai Eta-valtioon tai Sveitsiin. Euroopan komissio ei ole ollut tyytyväinen Suomen tulkintaan hoitokustannusten korvaamisesta. Komission mukaan Suomen säädökset eivät ole potilasdirektiivin mukaiset, minkä seurauksena se on pyytänyt asiasta Suomelta selvitystä. Tätä raporttia kirjoitettaessa komission vastaus Suomen antamaan selvitykseen ei ole vielä tiedossa.

Lainsäädäntötyöhön osallistuneiden tahojen mukaan ongelmat nousevat Suomen kaksijakoisesta korvausjärjestelmästä. Muissa EU- tai Eta-valtioissa tai Sveitsissä toimivia terveydenhuollon palvelujen tuottajia ei pääsääntöisesti voida jaotella suomalaisittain yksityiseen ja julkiseen terveydenhuoltoon. Potilasdirektiivin mukaan hoito pitää korvata samaan tapaan kuin kotivaltiossa. Keskieurooppalaisissa vakuutus pohjaisissa järjestelmissä on selkeää, miten hoidossa käynti asiakkaalle korvataan.⁸⁷ Suomen kaksijakoisessa järjestelmässä asiakasmaksulainsäädäntö⁸⁸ koskee julkisen sektorin palvelujen käyttämistä ja sairausvakuutuslaki määrittää korvaukset silloin, kun henkilö hankkii palveluja yksityiseltä sektorilta. Ratkaistaessa kansallisesti, mihin

85 Rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevan lain esitöissä esitellään kaikki valmisteluvaiheen keskusteluissa esillä olleet korvausmallit siten, että niissä kuvataan yleisten taloudellisten vaikutusten lisäksi vaikutukset potilaalle maksettavaan korvaukseen, ennakkoluvan käyttämiseen, korvauksen kustannusvastuuseen, kustannusten hallintoihin ja yhteiskunnallisiin vaikutuksiin (HE 103/2013 vp.).

86 Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen mietinnössä (23/2013 vp) korvausmallia pidetään potilaan kannalta selkeänä. Hoitokustannusten korvausmallin perustuminen sairausvakuutuskorvauksiin katsotaan helpottavan ulkomaille hoitoon hakeutumisen harkintaa siksi, että hoitoon hakeutumista suunnittelevat henkilöt voivat etukäteen saada tietoa korvausten tasosta ja voivat arvioida hoidon heille aiheuttamia kokonaiskustannuksia. Korvausmallin täytäntöönpanoon on lisäksi olemassa hallinnolliset järjestelmät.

87 Keski-Euroopassa terveydenhuollon palveluntuottajat ovat itsenäisiä ammatinharjoittajia tai yrityksiä, jotka tekevät sopimuksia lakisääteistä sosiaaliturvaa tarjoavien vakuutuslaitosten ja -järjestelmien kanssa. 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 statukseen Suomen terveydenhuoltojärjestelmän logiikkaa seuraten. (HE 103/2013 vp.)

88 Kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa palvelujen käyttäjiltä perittävistä maksuista säädetään asiakasmaksulaissa ja -asetuksessa. Asiakasmaksusäännösten tarkoituksena on, että palvelujen käyttäjiltä perittävät maksut ovat kohtuullisia siten, että ne eivät muodosta taloudellista estettä palvelujen käyttämiselle. 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 tätä alemmaksi. Jos enimmäismaksusta on säädetty, kunta tai kuntayhtymä voi päättää ottaa käyttöön niitä pienemmät maksut tai antaa palvelun maksutta.

korvaukseen potilaalla on direktiivin nojalla oikeus, tulisi valita potilaalle edullisin vaihtoehto. Tuomioistuimen oikeuskäytännön perusteella tämä tarkoittaisi julkisen terveydenhuollon käyttämisen mukaista korvausta.⁸⁹ Hallituksen esityksen mukaan 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. Potilasdirektiivi lisää kuitenkin painetta tarkastella Suomen terveydenhuoltojärjestelmän muutostarpeita järjestelmän rahoituksessa.

Sairausvakuutusperusteisen korvausmallin toteutukseen liittyvien ongelmien lisäksi ulkomaille hoitoon hakeutuvan potilaan tilannetta kustannusten korvausten näkökulmasta pahentaa se, että sairausvakuutuksen korvaamien lääkärinpalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvaustaso on jäänyt jälkeen lain tavoite-tasosta. Lääkärinpalkkioiden korvaustaksoja ei ole korotettu vuoden 1989 jälkeen, minkä seurauksena yksityisestä terveydenhuollosta maksettavat korvaukset ovat jääneet todellisesta kustannustasosta pahasti jälkeen.⁹⁰ 2000-luvulla on panostettu hammashoitopalveluihin, sillä korvausjärjestelmä laajeni vuonna 2002 koskemaan koko väestöä. Asiantuntijahaastatteluihin kritisoitiin sitä, että samalla kun kustannusten korvaaminen rajat ylittävässä terveydenhuollossa pohjautuu sairausvakuutuskorvauksiin, niitä ollaan ajamassa alas. Omavastuuosuuksien pitäminen alun perin tarkoitetulla tasolla edellyttäisi korvaustason pitämistä ajan tasalla taksan vuosittaisilla indeksikorotuksilla. Alhaisen korvaustason vuoksi korvausmalli on ongelmallinen vapaan liikkuvuuden näkökulmasta, sillä osalla väestöstä ei ole tosiasiallisia mahdollisuuksia hakeutua muuhun hoitoon kuin julkiseen terveydenhuoltoon kotivaltiossa.⁹¹

89 Tuovinen 2012.

90 Mattila 2012.

91 Hallintovaliokunnan lausunto 23/2013 vp.

YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Selvityksessä on tarkasteltu potilaan valinnanvapauden sääntelykehikkoa niin kansallisen kuin rajat ylittävän terveydenhuollon näkökulmasta. Kansalliseen lainsäädäntöön perustuvan valinnanvapauden lähtökohtana ovat terveydenhuoltolaki sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä. Rajat ylittävässä terveydenhuollossa valinnanvapaus pohjautuu potilasdirektiiviin ja sen täytäntöönpanoon lailla rajat ylittävästä terveydenhuollosta sekä sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annettuihin EU-asetuksiin. Oikeudellisten säännösten lisäksi selvityksessä on analysoitu, miten kuluttajaoikeudelliset periaatteet ja kilpailunäkökulma tulevat esiin valinnanvapauden toteutuksessa.

Potilaan valinnanvapauden sääntelykehikkoa ja sen toteutusta kuvaavat tulokset voidaan vetää yhteen nelikenttäanalyysillä jaotellen ne vahvuuksiin ja heikkouksiin sekä tulevaisuuden mahdollisuuksiin ja uhkiin (kuva 2). Vahvuudet ja mahdollisuudet kuvaavat valinnanvapauden tavoitetilaa ja palvelujärjestelmän näkökulmasta myönteisiä resursseja. Heikkouksiin ja uhkiin kiteytyvät korjaustoimenpiteitä vaativat käytännön toteutuksessa ilmenevät ongelmakohdat.

| VAHVUUDET | HEIKKOUEDET |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Valinnanvapaus ilmentää potilaan aktiivista roolia terveydenhuoltojärjestelmässä.• Lisääntyneen valinnanvapauden myötä potilas voi paremmin osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.• Palveluseteli laajentaa valinnanvapauden koskemaan yksityisiä palvelujen tuottajia. | <ul style="list-style-type: none">• Valinnanvapaus ei kannusta palvelujen tuottajia keskinäiseen kilpailuun.• Rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevaan lakiin valittu hoitokustannusten korvausmalli ei tue valinnanvapautta.• Valinnanvapaus ei ole tasa-arvoinen oikeus.• Toimipaikkakohtaisen ja ajantasaisen vertailutiedon tuottamismenetelmät ovat keskeneräisiä. |
| MAHDOLLISUUDET | UHAT |
| <ul style="list-style-type: none">• Potilaan valinnanvapaus toimii julkisen terveydenhuoltojärjestelmän uudistumisen käyttövoimana.• Palvelusetelijärjestelmän valinnanvapaus on vaihtoehto kilpailuttamiselle.• Valinnanvapaus luo kysyntää potilaskeskeisille innovaatioille. | <ul style="list-style-type: none">• Terveydenhuollon monikanavainen rahoitusjärjestelmä ei tue valinnanvapautta rajat ylittävässä terveydenhuollossa.• Valinnanvapaus toteutuu rajat ylittävässä terveydenhuollossa maksukykyisten henkilöiden "terveys-turismina".• Valinnanvapauden toteutukseen yhdistyvä lainsäädäntö jää keskeneräiseksi. |

Kuva 2. Potilaan valinnanvapauden vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat.

Vahvuudet edustavat potilaskeskeistä lähestymistapaa

Julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä palvelujen järjestäjien, tuottajien ja potilaiden roolit hakevat uusia ilmenemismuotojaan. Hyvinvointipalveluissa esiin noussut trendi painottaa palvelujen käyttäjien moniulotteista huomioimista. Terveyspalvelujen käyttäjiä ei nähdä pelkästään kustannuksia aiheuttavina passiivisina potilaina, vaan paternalistisesta suhtautumisesta on pyritty siirtymään kohti kuluttajalähtöisempää lähestymistapaa palvelujen tuotannossa. Kuluttajalähtöisyyden seurauksena potilaiden toiminnallisia, tiedollisia ja taloudellisia vastuita on lisätty julkisen vallan järjestämisvastuulle kuuluvissa terveyspalveluissa. Potilaiden rooliin kohdistuvat muutokset heijastuvat terveyspalvelujen tuottajiin ilmentäen näiden muuttuvaa asemaa perinteisesti asiantuntijavaltaisessa toimintakulttuurissa. Asiantuntijahaastattelussa valinnanvapauden nimenomaiseksi vahvuudeksi nähtiin potilaiden vastuun kasvaminen omasta terveydestä vahvistuneen päätösvallan myötä.

Valinnanvapauden strateginen perusta on ankkuroitu yhteiskunnallisen toiminnan elementteihin. Asiakkaan ja kuntalaisen aseman vahvistaminen on tuotu esiin valtionhallinnon rakennepoliittisissa uudistushankkeissa. Lisääntynyt valinnanvapaus toteuttaa pääministeri Kataisen hallitusohjelmaan kirjattuja hyvinvointipalvelujen kehittämiseen kohdistuneita tavoitteita.⁹² Valinnanvapauden ideologinen perusta puolestaan tulee esiin potilasdirektiivissä, jonka lähtökohtana on potilaskeskeisen lähestymistavan korostaminen terveydenhuoltopalveluissa. EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön pohjalta direktiivi on selkeyttänyt potilaan oikeuksia ulkomaille hoitoon hakeuduttaessa, mutta ennen kaikkea vahvistanut vapaan liikkuvuuden periaatteen koskevan myös terveydenhuoltopalveluja. Tuomioistuin ei ole nähnyt jäsenvaltioiden terveydenhuoltojärjestelmien rakennetta tai organisoimistapaa riittävänä perusteluna valinnanvapauden ja vapaan liikkuvuuden rajoittamiselle.⁹³

Julkiseen terveydenhuoltosektoriin kohdistuvassa rajoittuneessa valinnanvapaudessa palveluseteli laajentaa potilaan valinnanvapautta, sillä se edistää terveyspalveluiden käyttäjien mahdollisuuksia hankkia tarvitsemiin palveluja yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Palveluseteli voidaan nähdä eräänlaisena monituottajamallin sovelluksena. Potilaiden näkökulmasta palveluseteli laajentaa valinnanvapauden paikan valinnasta tarvittavien palvelujen sisältöön yksityiskohtiin. Jos palveluseteli ei kata kaikkea palvelun tarvetta, voivat palveluja tarvitsevat henkilöt ostaa lisäpalveluja ja samalla päättää, miten paljon he käyttävät omia varojaan palvelujen hankintaan.

Heikkoudet korostavat perinteistä järjestelmäjä

Voimassaolevaan lainsäädäntöön perustuva valinnanvapaus ei kannusta palvelujen tuottajia keskinäiseen kilpailuun. Valinnanvapaudesta seuraavat taloudelliset ja terveyspoliittiset hyödyt jäävät saavuttamatta, koska laadukkaiden ja tehokkaiden palvelujen tuottamisesta ei palkita. Kilpailua edistävien kannusteiden puuttuminen ehkäisee myös uusien innovatiivisten toimintamallien syntymistä ja käyttöön ottamista.

Potilasdirektiivi on pantu täytäntöön mahdollisimman vähäisillä muutoksilla aikaisempia terveydenhuollon toimintamalleja mukaillen. Lain esitöistä alkaen on ollut selvillä sen vähäiset vaikutukset potilaan valinnanvapauteen ja vapaaseen liikkuvuuteen. Laki ilmentää järjestelmäjä toteutustapaa, jossa poliittiset päättäjät ja viranomaiset haluavat pitää terveydenhuoltojärjestelmän hallinnan omissa käsissään. Hoitokustannusten korvaamisessa on pyritty turvaamaan se, ettei julkisen terveydenhuollon resursseihin kohdistu yllättäviä kasvupaineita, vaikka lain esitöistä alkaen on tuotu esiin ulkomaille hoitoon hakeutuvien määrän vaikea arvioiminen.⁹⁴ Lainsäädäntöön on valittu korvausmalli, joka turvaa Suomessa toimivien yksityisten palvelujen tuottajien aseman suhteessa ulkomaisiin kilpailijoihin. Potilaan näkökulmasta edullisimman omavastuuosuusmallin arvioitiin johtavan yksityisten terveyspalvelujen kysynnän ja tarjonnan vähenemiseen Suomessa.

Potilasdirektiivin täytäntöönpanotapa ja komission siihen kohdistama kritiikki noudattavat menneitä kansallisia toimintatapoja. Tuovisen (2012) tutkimuksen mukaan Kansaneläkelaitos muutti sairausvakuutuslain soveltamisohjeita Decker- ja Kohll-ratkaisuiden jälkeen siten, että kyseisen lain nojalla myönnettävä sairausvakuutuskorvaus voidaan maksaa myös toisessa jäsenvaltiossa saadusta hoidosta. EU:n komissio ei pitänyt tätä riittävänä toimenpiteenä, vaan Suomen sairausvakuutuslaki oli sen mielestä palveluiden vapaata liikkuvuutta koskevan EY 49 -artiklan vastainen, koska siinä ei säädetty potilaalle oikeutta korvaukseen ulkomailta

92 Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. Pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelma perustuu edellisen, pääministeri Kataisen hallituksen ohjelmaan vaalikaudelle 2011–2015.

93 Van de Grondenin (2009) mukaan vapaata liikkuvuutta koskevilla säännöksillä on enemmän vaikutusta kansallisiin terveydenhuoltojärjestelmiin kuin EU:n kilpailuoikeuden säännöksillä.

94 Kansaneläkelaitoksen sairaanhoitokustannusten korvaustilastot eivät kerro, miten moni korvauksia saanut henkilö on varta vasten hankkinut terveyspalveluja ulkomailta. Tutkimustietoon perustuvan yleisen käsityksen perusteella terveyspalvelujen hankkiminen EU- tai Eta-maista tai Sveitsistä on vähäistä. Vaikka kansalaisten liikkuvuus EU:n alueella on lisääntynyt viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana, suhteellisen pieni osa kansalaisista hankkii terveyspalveluja ulkomailta. (Footman ym. 2014.) Ei ole näyttöä siitä, että potilaiden vapaa liikkuvuus olisi uhka julkiselle terveydenhuollolle. EU-kansalaisille on yhteistä hoidon haluaminen oman kodin läheisyydestä.

annetun sairaanhoidon kustannuksista. Sairausvakuutuslakia muutettiin vastaamaan syntyneitä käytäntöjä vasta vuonna 2006.⁹⁵

Voidaan kysyä, milloin potilasdirektiivi aiotaan panna Suomessa täytäntöön komissiota tyydyttävästi. Osittain direktiivin ansiosta keskustelu suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän rakenteesta ja rahoituksesta on lisääntynyt. Uudenlaisten ratkaisujen löytäminen on tarpeen, jotta EU:n asettamat velvoitteet voidaan sovittaa järkevästi kansalliseen järjestelmään ottaen huomioon sekä julkisen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirteet että yksityisten terveyspalvelujen tarjonta.

Valinnanvapauslainsäädännön tarkoituksena on parantaa potilaiden mahdollisuuksia käyttää muitakin kuin lähialueensa terveydenhuoltopalveluja. Järjestelmälähtöisyyden rinnalla valinnanvapauden epätasa-arvoisuus on merkittävä heikkous potilaiden näkökulmasta. Terveystila ja muut henkilökohtaiset ominaisuudet, tietämys valinnanvapauden hyödyntämismahdollisuuksista ja taloudelliset resurssit johtavat siihen, etteivät potilaat ole keskenään tasa-arvoisessa asemassa. Hoitopaikan valinnassa potilaslähtöiset rajoitteet saattavat vaikuttaa potilaan toimintaan järjestelmälähtöisiä rajoitteita enemmän.⁹⁶ Potilaslähtöisiin tekijöihin vaikuttaminen voi olla vaikeampaa kuin järjestelmälähtöisiin, minkä seurauksena monelle potilaalle mahdollisuus valinnanvapauden hyödyntämiseen on näennäistä.

Terveysaseman tai sairaalan valitseminen perustuu erilaisiin potilaalle itselleen merkityksellisiin tunne- ja järkiperusteisiin tekijöihin. Tunneperusteisten tekijöiden rinnalla potilaille tulee tarjota puolueetonta toimipaikkakohtaista ja ajantasaista vertailutietoa, sillä potilaiden esimerkiksi sosiaalisesta mediasta saama tieto voi olla henkilökohtaisesti latautunutta. Toimipaikkojen tarjoaman tiedon laadullinen ja määrällinen vaihtelu sekä kansallisten tietojärjestelmien keskeneräisyys ehkäisevät hoitopaikan vaihtamista siitä mahdollisesti seuraavien kustannusten tapaan.

Mahdollisuudet ilmentävät terveydenhuoltojärjestelmän uudistumiskohteita

Potilaiden valinnanvapauden hyödyntämiseen liitetään suuria odotuksia terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta. Terveysministeriön esityksen 47 §:n yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnan sääntelyn tarkoituksesta, että ”lisääntyvä valinnan mahdollisuus voisi toimia palvelujärjestelmän uudistumisen käyttövoimana. Aktiivinen valinnanvapauden käyttö voisi parhaimmillaan johtaa asiakaslähtöisempiin palveluprosesseihin sekä palvelujen laadun ja turvallisuuden kehittämiseen”. Järjestelmän tehokkuuden ja vaikuttavuuden katsotaan voivan lisääntyä, jos valinnan mahdollisuus lyhentää potilasjonoja ja vähentää hoitoprosessin pilkkomista tarpeettoman moneen käyntiin tai hoitopakettiin. Valinnan mahdollisuuden katsotaan voivan lisätä myös asiakkaiden luottamusta julkisiin palveluihin.⁹⁷

Asiantuntijahaastattelussa tuotiin esiin käytännönläheisenä valinnanvapauden mahdollisuutena hoitojonojen tasoittuminen. Pitkät hoitoon pääsemisen odotusajat saattavat edesauttaa hoitopaikan vaihtamiseen kohdistuvaa kiinnostusta. Tämä kuitenkin edellyttää toimivaa tiedottamista toimipaikkakohtaisista hoitojonoista. Potilaiden käyttäytymisestä etsitään ratkaisuja terveydenhuoltojärjestelmän tehokkuuteen kohdistuviin ongelmiin. Hoitojonojen mahdollinen tasoittuminen nähtiin esimerkkinä siitä, miten valinnanvapautta hyödyntävien potilaiden toiminta vaikuttaa myönteisesti niiden potilaiden hoitopäätöksiin, jotka eivät vaihda hoitopaikkaansa.

95 Vuoden 2006 toukokuussa voimaan tullessa sairausvakuutuslain muutoksessa huomioitiin EU-tuomioistuimen oikeuskäytäntö toisessa jäsenvaltiossa saadun sairaanhoidon korvattavuudesta. Suomessa kuitenkin katsottiin, ettei mainitulla oikeuskäytännöllä ole vaikutusta julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään ja siksi sen mukaisen korvausvelvollisuuden ei katsottu koskevan kunnallista terveydenhuoltoa. (Tuovinen 2012.)

96 Järjestelmälähtöisiä rajoitteita ovat muun muassa hoidosta aiheutuvien kustannusten korvausmalli, lääkärin rooli päätöksenteossa, potilasvahinkojen korvaaminen kansallisen lainsäädännön mukaisesti ja tiedon saaminen palveluja tarjoavista paikoista.

97 HE 90/2010 vp.

Potilasdirektiivin kerrannaisvaikutukset ovat herättäneet keskustelua. Footmanin ym. (2014) raportin mukaan potilasdirektiivillä on enemmän vaikutusta kansallisiin terveydenhuoltojärjestelmiin kuin rajat ylittävien terveydenhuoltopalvelujen käyttämiseen. Vastaavanlainen ilmiö nousi esiin asiantuntijahaastatteluissa. Aidon valinnanvapauden katsottiin edellyttävän terveydenhuoltojärjestelmien yhtenäistymistä niin kansallisella kuin EU:n tasolla. Suomalaista joko julkiseen tai yksityiseen sektoriin kohdistuvaa valinnanvapautta ei nähty valinnanvapauden periaatteita kunnioittavana ratkaisuna, vaan järjestelmän nimellisenä reaktiona lisääntyviin terveystaloudellisiin vaatimuksiin potilaiden toimintamahdollisuuksien lisäämisestä. Vaikka terveydenhuolto kuuluu kansalliseen päätösvaltaan, katsottiin suomalaisen kaksijakoiseen järjestelmään kohdistuvan muutospainetta eurooppalaisen potilaan valinnanvapauden näkökulmasta. Potilasdirektiivin ideologiassa keskiössä kun ovat keskieuropalaiset vakuutusperustaiset terveyspalvelujärjestelmät.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen aloitteessa⁹⁸ perusterveydenhuollon vahvistamiseksi valinnanvapauden katsotaan johtavan myönteiseen kehitykseen silloin, kun raha seuraa potilasta. Palveluntuottajien saaman korvauksen perustuminen potilaan tekemään hoitopaikkavalintaan luo palvelujen tuottajille kannustimen houkutella potilaita palvelujen hyvällä laadulla, saatavuudella ja asiakaslähtöisellä toteutustavalla. Potilaan on lisäksi halutessaan saatava vaihtaa hoitopaikkaa riittävän usein. Aloitteessa otetaan esiin se, että valinnanvapaus on potilaalla, eikä palvelun tuottajalla eli palvelujen tuottaja ei voi kieltäytyä potilaan tekemästä valinnasta hyväksytyjen hoitopaikkojen välillä.

Valinnanvapaus toimii julkisen terveydenhuoltojärjestelmän uudistumisen käyttövoimana myös silloin, kun se nähdään palvelujen kilpailuttamisen vaihtoehtoksi. Järjestelmälähtöiseen toimintamalliin pohjautuvien kilpailutusten vaihtoehtona päätösvaltaa terveydenhuoltopalvelujen tuottajista voidaan siirtää potilaille palvelusetelijärjestelmällä.

Valinnanvapaus luo kysyntää potilaskeskeisille palveluinnovaatioille. Lähitulevaisuudessa huomio kiinnitynee tietojärjestelmien kehittämiseen, sillä potilaat tarvitsevat ajantasaista vertailutietoa palvelujen tuottajista. Pidemmällä aikavälillä valinnanvapauteen sisältynee sähköisiin toimintamuotoihin ja itsepalveluun yhdistyvien palveluinnovaatioiden kysyntä, mikä vaikuttaa välillisesti muuhun terveydenhuollon kehitystoimintaan. EU:n terveystaloudellisten strategioissa eHealth tulee monin tavoin esiin, minkä lisäksi Euroopan potilasfoorumi näkee tärkeäksi sähköisten palvelujen kehittämisen perinteisen terveydenhuollon rinnalla.

Uhat kohdistuvat valinnanvapauden toteutukseen

Direktiivin mukaisten oikeuksien käyttäminen riippuu monesti potilaan terveydellisten tekijöiden sijaan hänen taloudellisesta tilanteestaan. Mikäli hoitokustannusten korvaamisperusteita ei muuteta rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevassa laissa, uhkaa hoitopaikan valitseminen ulkomailta jäädä maksukykyisten henkilöiden oikeudeksi vahvistaen kansalaisten eriarvoisuutta. Siinä missä EU-tuomioistuimen ratkaisut ovat tehneet potilaista kuluttajia, jotka periaatteessa voivat valita, mistä jäsenvaltiosta tarvitsemansa hoidon hankkivat, supistaa potilasdirektiivin implementointi kaikille tarkoitettun vapaan liikkuvuuden maksukykyisten "terveysturismiksi".⁹⁹ Terveysmatkailu voidaan tietenkin nähdä terveyttä edistävänä myönteisenä ilmiönä, jos henkilöt, jotka muuten eivät hakeutuisi terveydenhuollon palvelujen käyttäjiksi, käyttävät tarvitsemiaan terveyspalveluja muun matkailun ohessa. Terveysmatkailuun kohdistuvien taloudellisten vaatimusten ja matkustusvalmiuksien vuoksi eri väestöryhmien väliset terveyserot voivat kuitenkin lisääntyä. Terveysmatkailuun liittyy myös riski palvelujen tuotannon muotoutumisesta niiden henkilöiden toiveiden ja tarpeiden mukaan, jotka valinnanvapauttaan hyödyntävät.

98 Erhola ym. 2013.

99 Potilaiden eriarvoisuuden perusta ei ole täysin kansallisessa lainsäädännössä. Direktiivin säännökset kustannusten korvaamisesta edellyttävät potilaalta resursseja hankkimiensa palvelujen maksamiseen korvauksen niistä tullessa vasta jälkikäteen. Suomalaisten valinnanvapauspäätösten puolustukseksi on todettava, että potilasdirektiiviä edeltäneissä keskusteluissa huomiointiin EU-kansalaisten eriarvoisuus. Direktiivin katsottiin kohtelevan eri tavoin rikkaiden ja köyhien EU-valtioiden kansalaisia. Varakkaiden valtioiden katsottiin korvaavan helpommin ulkomailla hankitun halvemman hoidon kustannukset kuin köyhien valtioiden ulkomailta hankitun kalliimman hoidon kustannukset. (EurActiv.com 2008.)

Rahoitusjärjestelmän monikanavaisuus kiinnittää huomion "valinnanvapauden monikanavaisuuteen". Valinnanvapauden erilaiset ulottuvuudet perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, palveluseteliä käytettäessä ja rajat ylittävissä terveydenhuollossa hämmentävät valinnanvapaudesta kiinnostuneita henkilöitä, kuten asiantuntijahaastattelussa pohdittiin. Potilaiden näkökulmasta erilainen valinnanvapaus julkisella ja yksityisellä sektorilla vaikeuttaa oikeuksien hahmottamista eri tahojen tuottamissa palveluissa, minkä lisäksi se lisää palvelujen käyttäjien eriarvoisuutta. Yksityisissä terveystalouksissa maksukykyisellä potilaalla on mahdollisuudet hyödyntää valinnanvapauttaan suvereenin kuluttajan tavoin, sillä siihen ei kohdistu julkisen sektorin hierarkkisia rajoitteita.

Potilaan valinnanvapaudesta säättävän lainsäädännön keskeneräisyys voidaan nähdä uhaksi palvelujen tuottajien ja potilaiden tasa-arvoiselle asemalle. Valinnanvapauden hyödyntäminen tuo esiin tarpeita yksityiskohtaisemmalle sääntelylle ja ohjeistukselle lainsäädännön yhtenäisen tulkinnan muodostumiseksi. Vaikka valinnanvapaus on kirjattu lainsäädäntöön, vaikeuttavat sitä monet logistiset esteet, joiden merkitys tulee esiin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa, mutta korostuu rajat ylittävissä terveydenhuollossa.

Valinnanvapauteen yhdistyvien järjestelmien keskeneräisyys ei ole haitallista ainoastaan potilaille vaan myös palvelujen järjestäjille ja tuottajille. Potilaiden vastuulle jätetään asioita, joista huolehtimiseen heillä ei ole välttämättä riittäviä tiedollisia ja toiminnallisia resursseja. Esimerkkinä tällaisesta voidaan nostaa esiin vastuu riittävien potilastietojen siirtymisestä hoitopaikkojen välillä. Sähköisten potilastietojärjestelmien yhteensopivuudessa on edelleen kehittämistä, sillä tietojen saamisessa toisen rekisterinpitäjän organisaatiosta sähköisestä potilastietojärjestelmästä huolimatta esiintyy ongelmia. Potilastietojen luovuttamiskiellot muodostavat oman haasteensa tietojen sujuvaan siirtymiseen. Potilaiden vastuu riittävien tietojen siirtymisestä palvelujen tuottajien välillä korostuu rajat ylittävissä terveydenhuollossa.

Ehdotukset potilaan valinnanvapauden toteutumisen parantamiseksi

Potilaan valinnanvapaus on ilmiö, jolla on mahdollisuus muuttaa suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää niin toimijoiden kuin koko organisaatiorakenteen näkökulmasta. Muutoksia myös tarvitaan, sillä valinnanvapauden rajoittunut ja järjestelmälähtöinen toteutustapa mitätöi monin paikoin potilaan tosiasiallisen mahdollisuuden hoitopaikan valintaan.

Potilaan valinnanvapauden toteutumisedellytyksiä voidaan parantaa yksittäisillä toimenpiteillä, kuten lainsäädännön tarkentamisella. Nykyinen valinnanvapautta koskeva lainsäädäntö on nuorta, minkä vuoksi se etsii soveltamislinjauksiaan. Laeista tehdyt tulkinnat ja niistä johdetut käytännöt vaihtelevat. Lainsäädännössä tulisi määritellä terveystalouksien tuottajien ja potilaiden hoitopaikan vaihtamiseen liittyvät oikeudet ja velvollisuudet. Nykytilanteen ongelma on, että asiat ovat hajallaan eri laeissa, eikä yhtenäisiä toimintamalleja valinnanvapauden hyödyntämistilanteisiin ole. Potilaiden näkökulmasta olisi tärkeää määritellä toimintamahdollisuudet valinnanvapauteen yhdistyvissä ongelmatilanteissa. Nimenomaisten säännösten puuttuminen tai niiden epäselvyys on omiaan vähentämään potilaiden vaatimuksia.

Valinnanvapauden hyödyntämiseen liittyy logistisia ongelmia, kuten ongelmat potilastietojen siirtymisessä toimipaikkojen välillä. Myös valinnanvapauden edellytyksenä olevaan ajantasaiseen vertailutietoon kohdistuvien yhtenäisten kriteerien puuttuminen on merkittävä ongelma. Pitkällä aikavälillä tulisi terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta kustannustehokkaammaksi ja potilaiden näkökulmasta helpommaksi, kun julkaistavan tiedon sisältö ja tavat olisi määritelty. Toimiva valinnanvapausjärjestelmä edellyttää valinnanvapauslainsäädännön kehittämistä, mikä voidaan toteuttaa uuden lain säätämisen sijaan lisäämällä tarvittavat pykälät olemassa oleviin lakeihin (esim. terveydenhuoltolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä). Valinnanvapauslainsäädännön tarve nousee esiin myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksissa.¹⁰⁰

100 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.

Potilaan valinnanvapauden toteutumisedellytyksiä voidaan niin ikään parantaa palvelusetelijärjestelmän kehittämisellä, sillä nykyiseen palvelusetelijärjestelmään liittyy palvelujen käyttäjän näkökulmasta rajoitteita. Palvelusetelijärjestelmää kehitettäessä voitaisiin harkita käyttömahdollisuuksien laajentamista siten, että palvelusetelin saanut henkilö voisi hankkia tarvitsemiaan palveluja seutukunnallisesti tai valtakunnallisesti palvelusetelijärjestelmään hyväksytyiltä yksityisiltä tuottajilta sen sijaan, että käytettävissä ovat ainoastaan henkilön asuinkunnan hyväksymät palvelujen tuottajat. Järjestelmän laajentaminen tällä tavoin edellyttäisi palvelusetelin arvon määräytymiseen ja omavastuuosuuksien laskentaan yhteisiä kriteerejä kunnille, minkä lisäksi palvelusetelien hallinnointi siirtyisi uudelle taholle. Voidaan myös pohtia, voitaisiinko kuntien tehtävää palvelusetelijärjestelmään hyväksyttävien yksityisten palvelujen tuottajien hyväksyjänä keventää ja näin vähentää palvelujen tuotantoon kohdistuvaa byrokratiaa.

Potilaan valinnanvapauden toteutumisedellytyksiä voidaan parantaa ennen kaikkea terveystalouden tuotantojärjestelmään kohdistuvilla muutoksilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos lykkääntyy seuraavalle vaalikaudelle. Perustuslakivaliokunta ei puoltanut sosiaali- ja terveystalouden järjestämismallia, koska hallituksen esitykseen ehdotetut muutokset eivät ratkaisseet perustuslaillisia ongelmia. Perustuslakivaliokunnan näkemyksen mukaan uuden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiehdotuksen valmisteleminen tulee jättää seuraavan hallituksen ja mahdollisesti laajapohjaisen parlamentaarisen elimen tehtäväksi. Tässä yhteydessä on arvioitava perusteellisesti erilaiset hallinto- ja rahoitusmallit sekä perustuslain että vaikuttavuuden näkökulmasta.¹⁰¹

Kilpailu- ja kuluttajavirasto antoi lausunnon kariutuneesta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksesta.¹⁰² Lausunnon perusteella uudessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa tulee huomioida potilaskeskeinen lähestymistapa toisin kuin kariutuneessa esityksessä, jossa vaikutukset palvelujen käyttäjän asemaan eivät saaneet merkittävää painoarvoa. Jotta potilaat voivat hyödyntää valinnanvapauttaan perusterveydenhuollossa ja erikoissairanhoidossa, tulee palvelujen järjestämisen ja tuotannon puitteiden olla suotuisia tosiasiallisille valinnoille. Entisten toimijoiden valtasuhteiden uudelleen järjestämisen sijaan tuottajakuntaa voitaisiin laajentaa yksityisiin toimijoihin ja luoda kilpailuneutraalit olot julkisten ja yksityisten toimijoiden välille. Monituottajamalliin sisältyvän kilpailun mukanaan tuoma dynamiikka loisi kannusteita asiakaslähtöiseen palvelujen kehittämiseen. Palvelujen tuotannon rahoituksen tulisi perustua asiakasprefereenssiin ja palvelujen vaikuttavuuden palkitsemiseen. Raha seuraa asiakasta -periaate muodostaisi pohjan rahoitusmallille ja asiakkaiden konkreettiset tuottajavalinnat toimisivat kannusteina asiakaslähtöisten palvelujen tuottamiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisuutta purkava rahoitusuudistus kytkeytyy palvelurakennemuutukseen. Tuleva sosiaali- ja terveystalouden rahoitusratkaisu riippuu olennaisesti palvelurakenteesta. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamisen vaihtoehtoja selvittänyt työryhmä on valmistellut viisi päävaihtoehtoa rahoitusmalliksi. Mallien mahdollisten vaikutusmekanismien arvioinnissa pohditaan, minkälaisia edellytyksiä malli tarjoaa kannusteiden luomiselle tai valinnanvapauden laajentamiselle, mutta siinä ei käsitellä tarkemmin erilaisia kannusteita tai valinnanvapauden laajentamisen toteutusvaihtoehtoja. Rahoitusuudistuksen jatkovalmistelussa ja toteuttamisessa tulisi huomioida myös potilaan valinnanvapauden toteutumisedellytykset, jotta valinnanvapaudella tavoiteltavat hyödyt saavutettaisiin niin potilaiden kuin terveystalouden näkökulmasta.¹⁰³

101 Perustuslakivaliokunnan lausunto 75/2014 vp.

102 Kilpailu- ja kuluttajavirasto 2014.

103 Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.

LÄHTEET

Virallislähteet

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992.

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus 883/2004 sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta.

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus 987/2009 sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun asetuksen 883/2004 täytäntöönpanomenettelystä.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2001/83/EY ihmisille tarkoitettuja lääkkeitä koskevista yhteisön säännöistä.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2006/123/EY palveluista sisämarkkinoilla.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävissä terveydenhuollossa.

European Commission (2008a) Commission Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare, COM (2008) 414 final (July 2, 2008).

European Commission (2008b) Commission Staff Working Document, Accompanying document to the Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the Application of Patients' rights in Cross-Border Healthcare, Impact Assessment, COM(2008) 414 final (July 2, 2008).

Hallintolainkäyttölaki 586/1996.

Hallintolaki 434/2003.

Hallintovaliokunnan lausunto 23/2013 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

HE 32/2008 vp. Ehdotus hallituksen esitykseksi Eduskunnalle laiksi kuluttajansuojalain 2 luvun muuttamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

HE 90/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.

HE 103/2013 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

Kansanterveyslaki 66/1972.

Kilpailu- ja kuluttajavirasto (2014) Hallituksen esitys eduskunnalle koskien lakia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle 8.10.2014.

Kuluttajansuojalaki 38/1978.

Kuntalaki 365/1995.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977.

Laki kuluttajariitalautakunnasta 8/2007.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta 1201/2013.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999.

Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990.

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011.

Lääkeasetus 693/1987.

Lääkelaki 395/1987.

Mielenterveyslaki 1116/1990.

Perustuslakivaliokunnan lausunto 30/2013 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.

Perustuslakivaliokunnan lausunto 75/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.

Potilasvahinkolaki 585/1986.

Päihdehuoltolaki 41/1986.

Sairausvakuutuslaki 1224/2004.

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 23/2013 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.

Suomen perustuslaki 731/1999.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Tartuntatautilaki 583/1986.

Tuomioistuinratkaisut

Korkein hallinto-oikeus

KHO 1997:92

Eduskunnan oikeusasiamies

OA 16.12.2008 drno 3602/4/07

EU-tuomioistuin

Decker C-120/95

Elchinov C-173/09

Herrera C-466/04

Kohll C-158/98

Leichtle C-8/02

Watts C-372/04

Kirjalliset lähteet

Bertinato, Luigi & Busse, Reinhard & Fahy, Nick & Legido-Quigley, Helena & McKee, Martin & Palm, Willy & Passarani, Ilaria & Ronfini, Francesco (2005) Cross-Border Health Care in Europe. Policy Brief. WHO/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels.

Erhola, Marina & Jonsson, Pia Maria & Pekurinen, Markku & Teperi, Juha (2013) Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Helsinki.

EurActiv.com (2008) Confusion surrounds EU's health services directive.

Saatavilla osoitteessa: <http://www.euractiv.com/health/confusion-surrounds-eus-health-s-news-219395>. Viitattu 20.5.2015.

Footman, Katharine & Knai, Cécile & Baeten, Rita & Glonti, Ketevan & McKee, Martin (2014) Cross-border health care in Europe. Policy summary 14. WHO/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels.

Glinos, Irene A. & Baeten, Rita (2006) A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union. European Social Observatory. Brussels.

Hoffrén, Mia (2009) Julkisen hyvinvointipalvelun asiakkaan asema. Kuluttajaoikeudellinen selvitys. Oikeusministeriö. Julkaisu 2009:4. Helsinki.

HUS (2012) Edelläkävijä. Vaikuttavaa hoitoa potilaa parhaaksi. Strategia 2012–2016. Saatavilla osoitteessa: <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteke/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf>. Viitattu 20.5.2015.

- Häkkinen, Hannele & IsoMauno, Jean-Tibor & Koivuranta-Vaara, Päivi & Tyni, Tero (2014) Valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Yleiskirje 6/80/2014. Suomen Kuntaliitto.
- Jonsson, Pia Maria & Virtanen, Martti (2013a) Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 33/2013.
- Kaakkola, Jukka & Peltonen, Anja (2006) Sosiaali- ja terveystalouden asiakkaan oikeusasema. Vertailu yksityisten ja kunnan järjestämien palvelujen välillä. Kuluttajaviraston julkaisusarja 9/2006. Helsinki.
- Kaila, Heidi (2004) Potilaiden vapaa liikkuvuus Euroopan unionissa - kansalliset sosiaaliturvajärjestelmät sisämarkkinalogiikan puristuksessa. Defensor Legis 4/2004.
- Kela (2011) Kelan hoitama sosiaaliturva 2010–2060. Kelan aktuaarijulkaisuja 9. Helsinki.
- Kela (2014) Sairaanhoidon ulkomailta ja Suomessa. Etuusohje. 20.3.2014. Saatavilla osoitteessa: http://www.kela.fi/documents/10180/578283/sairaanhoidon_ulkomailta_ja_suomessa.pdf/d1d7b6d4-e6a7-4021-bcb7-0cc70858fe24. Viitattu 20.5.2015.
- Kela (2015) Hoitoon hakeutuminen ulkomaille. Helsinki.
- Kraft, Christine (2012) Power Puzzle – The European Court of Justice as Super-Agent in Healthcare Policy. Bachelor Thesis. School of Management and Governance Centre for European Studies. University of Twente. Enschede.
- Kuntaliitto (2014) Terveydenhuollon valinnanvapaus ja laatu. Liite Kuntaliiton yleiskirjeeseen 6/80/2014. 28.3.2014.
- Lehtonen, Lasse (2013) Terveysturismi – uhka vai mahdollisuus? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 129 (6), 567–569.
- Liljeström, Marita (2003) Terveystalouden järjestämistä koskevat kiistat hallintotuomioistuimissa. Defensor Legis 1/2003, 86–98.
- Matikainen, Tanja (2014) Rahoitusperiaate kunnallisen itsehallinnon turvaajana. Tutkimus rahoitusperiaatteen turvaamisesta. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Mattila, Yrjö (2012) Potilaan aseman ja oikeuksien kehitys Suomen terveydenhuollossa. Teoksessa Mikkola, Henni & Blomgren, Jenni & Hiilamo, Heikki (toim.) Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Kela. Helsinki. s. 10–23.
- Mikkola, Henni & Virta, Lauri (2012) Miten sairaanhoidon vakuutus tulevaisuudessa korvaa lääkärinpalkkioita? Teoksessa Mikkola, Henni & Blomgren, Jenni & Hiilamo, Heikki (toim.) Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Kela. Helsinki. s. 190–203.
- Nys, Herman & Goffin, Tom (2011) Mapping national practices and strategies relating to patients' rights. Teoksessa Wismar, Matthias & Palm, Willy & Figueras, Josep & Ernst, Kelly & van Ginneken, Ewout (eds.) Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analyzing practices and policies. European Observatory on Health Systems and Policies: pp. 159–216.
- OECD (2012) OECD Economic Surveys: Finland 2012. OECD Publishing.
- Oikeusministeriö (2011) Asiakkaansuojan kehittäminen julkisissa hyvinvointipalveluissa. Mietintöjä ja lausuntoja 13/2011. Helsinki.
- Palm, Willy & Wismar, Matthias & van Ginneken, Ewout & Busse, Reinhard & Ernst, Kelly & Figueras, Josep (2011) Towards a renewed Community framework for safe, high-quality and efficient cross-border health care within the European Union. Teoksessa Wismar, Matthias & Palm, Willy & Figueras, Josep & Ernst, Kelly & van Ginneken, Ewout (eds.) Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analyzing practices and policies. European Observatory on Health Systems and Policies: pp. 23–46.
- Pikkujämsä, Sirkku & Ylitalo-Katajisto, Kirsti & Paasovaara, Kirsi & Koski, Keijo & Salo, Sinikka (2014) Lääkärin ja hoitajan vastaanoton valinnanvapaus ja rahoitus. Havaintoja Oulun kaupungissa vuosina 2012–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:20. Helsinki.
- Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011.
- Saxell, Tanja (2014) Terveydenhoitopalvelujen kilpailu voi johtaa kilpavarusteluun. VATT Policy Brief 4/2014. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2013a) Arviomuistio rajat ylittävistä terveydenhuollosta. 14.2.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2013b) Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima. Rajat ylittävän terveydenhuollon ohjausryhmän palvelukori-alatyöryhmän ehdotuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:5. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2015) Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskeva selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:19. Helsinki.
- Suomen Lääkäriliitto (2014) Väestön mielipiteet hoitoon pääsystä ja potilaan valinnanvapaudesta. Saatavilla osoitteessa: http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1270/vaestokysely2014_3.pdf. Viitattu 20.5.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2015) Suomessa tarvitaan valinnanvapauslainsäädäntöä. Tiedote 3.3.2015.

Tuorila, Helena (2006) Onnistunut lääkäriissäkäynti. Potilaskuluttajan opas. Edita. Helsinki.

Tuovinen, Anna-Kaisa (2012) Euroopan unionin toisessa jäsenvaltiossa syntyneiden sairaanhoitokustannusten korvaaminen. Kelan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 122. Helsinki.

Työ- ja elinkeinoministeriö (2012) Kuluttajapolitiittinen ohjelma vuosille 2012–2015. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 41/2012. Helsinki.

Van de Gronden, Johan Willem (2009) Cross-border health care in the EU and the organization of the national health care systems of the member states: the dynamics resulting from the European court of justice's decisions on free movement and competition law. *Wisconsin International Law Journal* 26 (3): 705–760.

Haastattelut

Matti Pöyry, toiminnanjohtaja, Suomen Hammaslääkäriliitto 26.2.2015

Susanna Kallama, elinkeinoasioiden päällikkö, Suomen Yrittäjät 5.3.2015

Antti Neimala, varatoimitusjohtaja, Suomen Yrittäjät 5.3.2015

Hannele Häkkinen, erityisasiantuntija, Suomen Kuntaliitto 9.3.2015

Päivi Koivuranta-Vaara, hallintoylilääkäri, Suomen Kuntaliitto 9.3.2015

Tero Tyni, erityisasiantuntija, Suomen Kuntaliitto 9.3.2015

Kirsi Ruuhonen, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö 11.3.2015

Laura Hietapakka, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 17.3.2015

Pia Maria Jonsson, johtava asiantuntija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 17.3.2015

Maijaliisa Junnila, johtava asiantuntija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 17.3.2015

Elli Heino, lakimies, Kansaneläkelaitos 8.4.2015

Noora Heinonen, päällikkö, Kansaneläkelaitos 8.4.2015

Reetta Kyyrö, suunnittelija, Kansaneläkelaitos 8.4.2015

Hannu Halila, varatoiminnanjohtaja, Suomen Lääkäriliitto 13.4.2015

Heikki Pärnänen, johtaja, Suomen Lääkäriliitto 13.4.2015

