

*Ulkomailla asuvien sairaanhoidosta Suomessa*  
**aiheutuvien kustannusten korvaaminen**

---

**EU:n sosiaaliturvan koordinaatioasetusten  
mukaisten sairaanhoitokustannusten korvaamista  
selvittäneen työryhmän muistio**





## KUVAILULEHTI

<b>Julkaisija</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	<b>Julkaisun päivämäärä</b> 3.7.2006
<b>Tekijät</b> (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) EU:n sosiaaliturvan koordinaatioasetusten mukaisten sairaanhoitokustannusten korvaamista selvittänyt työryhmä Puh.joht. Carin Lindqvist-Virtanen, STM Sihteeri Terhi Valtonen, STM	<b>Julkaisun laji</b> Selvitys
	<b>Toimeksiantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö
	<b>HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä</b> STM069:00/2005 15.6.2005
<b>Julkaisun nimi</b> Ulkomailla asuvien sairaanhoidosta Suomessa aiheutuvien kustannusten korvaaminen. EU:n sosiaaliturvan koordinaatioasetusten mukaisten sairaanhoitokustannusten korvaamista selvittäneen työryhmän muistio.	
<b>Tiivistelmä</b> Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 15.6.2005 työryhmän valmistelemaan asetuksen (ETY) N:o 1408/71 mukaisten sairaanhoitokustannusten kiinteämääräisten kertamaksujen laskutusmenetelmää Suomen osalta sekä kartoittamaan uuden asetuksen (EY) N:o 883/2004 mukaiseen korvausmenettelyyn liittyviä kysymyksiä. Työryhmän toimikaudeksi asetettiin 15.6.2005 - 30.6.2006. Työryhmän tehtävänä oli 1) Laatia Suomelle kertamaksun laskentamenetelmä ja koota sitä varten tarvittava aineisto sekä arvioida miltä osin kertamaksulaskutusta tulisi toteuttaa ajalla 1994-2004; 2) Arvioida mitä menetelmää Suomen tulisi soveltaa uuden asetuksen aikana. 3) Arvioida uuden asetuksen vaikutukset Suomen korvausjärjestelmän hallintoon ja kustannuksiin. 4) Selvittää muiden asiaan liittyvien päätösten, suositusten ja valmisteilla olevien muutosten mahdolliset vaikutukset korvausjärjestelmään Suomen osalta sekä 5) Selvittää ulkomaalaisten sairaanhoitokustannusten vaikutuksia kuntien kannalta sekä näiden korvausjärjestelmän kehittämisen vaihtoehtoja. Työryhmä jakoi työnsä kolmeen osa-alueeseen. Ensimmäisenä työryhmä laati ehdotuksen laskentamenetelmäksi vuosittaisten sairaanhoidon kustannusten kiinteämääräisten maksujen määrittämiseen. Työryhmä ehdottaa että laskentamenetelmä perustuisi ikäluokkakohtaisiin kustannuksiin ja että sitä sovellettaisiin vuodesta 1998 lukien. Laskutettava määrä on kasvanut viime vuosina mutta edelleen henkilöitä, joiden osalta Suomi voisi laskuttaa on alle 100. Suomella on laskutuksesta luopumissopimus eräiden maiden, mm Pohjoismaiden. kanssa, mikä alentaa sekä Suomelta laskutettavaa että Suomen laskutettavia määriä. Tällä hetkellä Suomen kiinteämääräisten kertamaksujen vuosilaskutus olisi ehdotuksen toteutumisen jälkeen vuositasona noin 225 000 euroa. Alkuvuosina määrä oli merkittävästi alempi. Työryhmä ehdottaa että laskuttamisesta luovuttaisiin vuosien 1994-1997 osalta. Valtiolta näin saamatta jäävä osuus olisi arviolta enintään noin 130 000 euroa. Työryhmä katsoi, että se, mitä menetelmää olisi sovellettava uuden asetuksen aikana, voidaan ratkaista vasta kun asetuksen 883/2004 täytäntöönpanoasetus on laadittu ja Suomi on saanut kokemusta nyt ehdotetun menetelmän soveltamisesta. Toisena osa-alueena työryhmä selvitti ulkomailla vakinaisesti asuvien sairaanhoidosta Suomessa aiheutuneita kustannuksia ja tulisiko kustannusten korvausjärjestelmää muuttaa. Selvitys tehtiin Kuntaliiton toteuttaman tutkimuksen avulla ja sen perusteella kokonaiskustannusten määräksi (asiakasmaksujen jälkeen) arvioitiin noin 7 miljoona euroa. Kokonaisuutena hoidosta aiheutuvat kustannukset eivät ole kovin merkitseviä. Selvityksen perusteella voitiin kuitenkin todeta, että kustannukset jakautuivat epätasaisesti eri kuntien kesken ja että näin ollen valtionosuusjärjestelmän kautta tuleva korvaus kunnille ei kohdistu aiheutuneita kustannuksia vastaavasti. Työryhmä ehdottaa, että kustannusten korvausjärjestelmää muutettaisiin PARAS-hankkeen päätösten mukaisesti niin että valtio vastaisi vastaisuudessa näistä kustannuksista. Työryhmä ehdottaa, että palvelun tuottajalle korvataan ulkomaalaisten sairaanhoidosta aiheutuneet kustannukset täysimääräisesti toteutuneiden kustannusten mukaan Kelan kautta vuodesta 2008. Uudistus toteutetaan siirtymävaiheessa kustannusneutraalisti valtion ja kuntien rahoitusosuuksien osalta. Työryhmä kartoitti lisäksi muita ulkomaalaisten sairaanhoitoon liittyviä ongelmia. Tärkeimmät jatkoselvitystä vaativat ongelmat ovat: 1) Suomeen muuttavan henkilön oikeuksista säädetään useassa eri laissa, joiden yhteensovittaminen sairaanhoito-oikeuksien osalta on hankalaa; 2) Sairaanhoidon antamiseen ja laskutukseen liittyen on tarpeen selkeyttää ja kehittää säännöksiä hoitoonhakeutumistapauksissa, takaisinperinnään osalta sekä henkilön tunnistamiseen liittyen. Työryhmän esitys oli yksimielinen.	
<b>Asiasanat:</b> EU, kustannukset, lainsäädäntö, sairaanhoito, sosiaaliturva	

<b>Muut tiedot</b> www.stm.fi			
<b>Sarjan nimi ja numero</b> Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:44		<b>ISSN</b> 1236-2115	<b>ISBN</b> 952-00-2111-6 (nid.) 952-00-2112-4 (PDF)
<b>Kokonaissivumäärä</b> 111	<b>Kieli</b> Suomi	<b>Hinta</b> 17,28 €	<b>Luottamuksellisuus</b> Julkinen
<b>Jakaja</b> Yliopistopaino Kustannus, Helsinki University Press PL 4 (Vuorikatu 3 A) 00014 HELSINGIN YLIOPISTO Fax (09) 7010 2374, Puhelin (09) 7010 2363 books@yliopistopaino.fi, www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti		<b>Kustantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	

## PRESENTATIONSBLAD

<b>Utgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet	<b>Utgivningsdatum</b> 3.7.2006
<b>Författare</b> (Uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Arbetsgruppen för utredning av sjukvårdskostnader enligt EG samordningsförförordning Ordförande: Carin Lindqvist-Virtanen, SHM Sekreterare: Terhi Valtonen, SHM	<b>Typ av publikation</b> Rapport
	<b>Uppdragsgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet
	<b>Projektnummer och datum för tillsättandet av organet</b> STM069:00/2005 15.6.2005
<b>Publikationens titel</b> Sjukvårdskostnader och deras ersättning för vård given i Finland till utomlands bosatta personer. Rapport av arbetsgruppen för utredning av sjukvårdskostnader enligt EG samordningsförförordning	
<b>Referat</b> <p>Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 15.6.2005 en arbetsgrupp för perioden 15.6.2005-30.6.2006 med uppgift att förbereda en beräkningsmetod för ersättning av sjukvårdskostnader med schablonbelopp i enlighet med förordning (EEG) 1408/71 samt att kartlägga frågor rörande ersättningsmetoder gällande den nya förordningen (EG) 883/2004. Arbetsgruppen skulle 1) Ta fram en beräkningsmodell för schablonbelopp för Finland och sammanställa behövt material för detta samt bedöma huruvida schablonbeloppsdebitering skulle göras för tiden 1994-2004; 2) Avgöra vilken debiteringsmetod Finland borde tillämpa under den nya förordningen; 3) Bedöma vilka verkningar den nya förordningen torde ha på ersättningssystemets administration och kostnader; 4) Utreda vilka eventuella verkningar andra beslut, rekommendationer och planerade förändringar kunde ha på ersättningssystemet för Finlands del samt 5) göra en utredning av vilka verkningar kostnaderna för utlänningars sjukvård har på kommunerna samt presentera förslag till hur ersättningssystemet kunde utvecklas.</p> <p>Arbetsgruppen delade in sitt arbete i tre faser. Först beredde arbetsgruppen ett förslag till beräkningsmodell av schablonbelopp. Arbetsgruppen föreslår att beräkningsmodellen skall baseras på kostnader per åldersgrupp och att debitering skulle göras fr.o.m. 1998. Det debiterbara beloppet har ökat under de senaste åren men fortfarande finns i Finland mindre än 100 personer för vilka debitering skulle vara möjligt. Finland har i kraft varande avtal med vissa länder, bl.a. de nordiska länderna och Storbritannien, om ömsesidig icke-debitering. Detta minskar både Finlands skyldighet att betala men även rätten att debitera för dessa kostnader. I detta nu skulle den debiterbara summan vara ca. 225 000 € per år. Under de första åren var summan betydligt lägre. Arbetsgruppen föreslår att debitering inte skulle göras för åren 1994-1997. De inkomster staten därmed skulle gå miste om understiger 130 000 €. Arbetsgruppen anser att det inte i detta skede är möjligt att bedöma vilken debiteringsmetod som skulle vara ändamålsenlig under den nya förordningen. Detta kan avgöras först när den nya förordningens tillämpningsförförordning är klar och Finland samlat erfarenhet av schablonbeloppsdebitering.</p> <p>Som andra uppgift utredde arbetsgruppen vilka kostnader som uppkommer i Finland p.g.a. vård som ges till i landet icke bosatta personer samt om ersättningsförfarandet för dessa borde reformeras. Utredningen gjordes på basen av en undersökning som Finlands kommunförbund lät göra. På basen av denna kunde totalkostnaderna (efter patientavgifter) uppskattas till ca 7 miljoner euro. Som helhet är kostnaderna i förhållande till totalkostnaderna för hälsovård inte signifikanta. Utredningen gav dock vid handen att kostnaderna fördelas ojämnt mellan olika kommuner samt att därmed statsandelssystemets ersättning till kommunerna inte motsvarar kostnadsfördelningen. Arbetsgruppen föreslår, att ersättningssystemet för kostnader skulle reformeras i enlighet med PARAS-gruppens förslag så att staten framledes svarar för dessa kostnader. Reformen skulle genomföras kostnadsneutralt. Arbetsgruppen föreslår, att serviceproducenten skall ersättas fullt ut för kostnader som uppkommit av vård av utom Finlands bosatta personer via Folkpensionsanstalten fr.o.m. år 2008. Reformen genomförs kostnadsneutralt så att statens och kommunernas relativa finansieringsandelar inte förändras i övergångsskedet.</p> <p>Arbetsgruppen kartlade ytterligare övriga problem som hänför sig till sjukvård för utlänningar. De viktigaste problemen som kräver ytterligare utredning är : 1) Flere olika lagar har föreskrifter som gäller rättigheterna för en person som flyttar till Finland, vilket innebär svårigheter visavi samordningen gällande rätt till sjukvård; 2) Reglerna gällande sjukvård och debitering av kostnader bör göras klarare och de bör utvecklas i synnerhet gällande sökt vård, återkrav samt identifiering av person. Arbetsgruppens förslag är enhälligt.</p>	
<b>Nyckelord</b> EU, finansiering, kostnader, lagstiftning, sjukvård, socialskydd	

<b>Övriga uppgifter</b> www.stm.fi/svenska			
<b>Seriens namn och nummer</b> Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2006:44		<b>ISSN</b> 1236-2115	<b>ISBN</b> 952-00-2111-6 (inh.) 952-00-2112-4 (PDF)
<b>Sidoantal</b> 111	<b>Språk</b> Finska	<b>Pris</b> 17,28 €	<b>Sekretessgrad</b> Offentlig
<b>Försäljning</b> Helsingfors Universitetsförlaget, PB 4 (Berggatan 3 A) 00014 HELSINGFORS UNIVERSITET Tfn (09) 7010 2363, books@yliopistopaino.fi, www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti		<b>Förlag</b> Social- och hälsovårdsministeriet	

## DOCUMENTATION PAGE

<b>Publisher</b> Ministry of Social Affairs and Health, Finland	<b>Date</b> 3 July 2006
<b>Authors</b> Working Group examining the compensation of medical care costs in accordance with the EU Regulations on co-ordination of social security Chair: Carin Lindqvist-Virtanen Secretary: Terhi Valtonen	<b>Type of publication</b> Reports <b>Commissioned by</b> Ministry of Social Affairs and Health <b>Date of appointing the organ</b> STM069:00/2005 15 June 2005
<b>Title publication</b> Compensation of costs of medical care provided in Finland to persons resident abroad. Memorandum of the Working Group examining the compensation of medical care costs in accordance with the EU Regulations on co-ordination of social security	
<b>Summary</b> <p>The Ministry of Social Affairs and Health set up on 15 June 2005 a working group to prepare the methodology for calculation of fixed-amount lump-sum payments for medical care costs according to Regulation (EEC) No. 1408/71 in regard to Finland, as well as to chart issues related to the compensation procedure under the new Regulation (EC) No. 883/2004. As the Working Group's term of reference was defined 15 June 2005– 30 June 2006.</p> <p>The working group was assigned to 1) draw up a calculation method for lump-sum payments, compile the necessary information for that and assess in which respects the billing of lump-sum payments should be realised for the years 1994-2004; 2) give an opinion on which method Finland should apply under the new Regulation; 3) evaluate the impact of the new Regulation on the administration and expenditures of the Finnish compensation system; 4) explore possible effects of other related decisions, recommendations and amendments under preparation on the compensation system in regard to Finland; and 5) to explore the impact of foreign nationals' medical costs from the point of view local authorities as well as options for development of the compensation system for them</p> <p>The Working Group divided its work into three sub-areas. First, it drew up a proposal for a calculation method for determining the fixed-amount payments for annual medical care costs. The Working Group proposes that the calculation method should be based on age group specific expenditures and that it should be applied from 1998. The amount to be billed has increased in recent years but the number of persons in regard to whom Finland could invoice is still under 100. Finland has entered into waiver-of-cost agreements with some Member States, among others the Nordic states and the UK. This decreases the amounts to be paid but also those to be billed. Should the proposal be implemented, at the moment the annual billing of fixed-amount payments would be about EUR 225,000 per year. In the first years this amount would be considerably lower. The Working Group proposed that no billing should take place for 1994-1997. The amount that the State would thus lose is EUR 158,000 at most. The Working Group considers that Finland can decide which methodology will be applied during the new Regulation only after the Regulation on implementation of Regulation 883/2004 has been drafted and we have got some experience of the application of the methodology now proposed.</p> <p>The second sub-area that the Working Group examined is the costs of medical care provided in Finland for persons permanently resident abroad and if the compensation system should be altered. This was explored by means of a study carried out by the Association of Finnish Local and Regional Authorities, on the basis of which the amount of total expenditure (after client fees) was estimated at about EUR 7 million. As a whole, these care costs are not very significant. It can however be judged based on the study that the expenditure is divided unevenly between different municipalities and that the compensation the local authorities obtain through the central government transfer to local government system is not targeted in accordance with the costs incurred. The Working Group proposes that the compensation system should be adjusted in accordance with the decision of the PARAS project so that the State will be responsible for these costs in the future. The change should be implemented in a cost-neutral way. The Working Group proposes that the service provider should be refunded through the Social Insurance Institution the costs of medical care for foreign nationals to their full amount, according to the actual costs, as from 2008. During the transition period the reform would be implemented in a cost-neutral way in regard to the state and municipal funding shares.</p> <p>The Working Group also charted some other problems related to medical care provided to foreign nationals. The most important problems requiring further examination are: 1) There are provisions on the rights of persons moving to Finland in several laws, and it is difficult to co-ordinate them in regard to the eligibility for medical care; 2) It is necessary to clarify and develop provisions regarding the provision and billing of medical care in regard to cases of persons seeking care, recovery of costs and identification of the person. The Working Group's proposal was unanimous.</p>	

<b>Key words</b> Costs, EU, legislation, medical care, social security			
<b>Other data</b> Internet: <a href="http://www.stm.fi">www.stm.fi</a>			
<b>Title and number of series</b> Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2006:44		<b>ISSN</b> 1236-2115	<b>ISBN</b> 952-00-2111-6 (print) 952-00-2112-4 (PDF)
<b>Number of pages</b> 111	<b>Language</b> English	<b>Price</b> 17,28 €	<b>Publicity</b> Public
<b>Distributor/Orders</b> Helsinki University Press PO Box (Vuorikatu 3 A) 00014 UNIVERSITY OF HELSINKI Fax +358-9-7010 2374, tel. +358-9-7010 2363 books@yliopistopaino.fi		<b>Financier</b> Ministry of Social Affairs and Health	



Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 15.6.2005 työryhmän valmistelemaan asetuksen (ETY) N:o 1408/71 mukaisten sairaanhoitokustannusten kiinteämääräisten kertamaksujen laskutusmenetelmää Suomen osalta sekä kartoittamaan uuden asetuksen (EY) N:o 883/2004 mukaiseen korvausmenettelyyn liittyviä kysymyksiä. Työryhmän toimikaudeksi asetettiin 15.6.2005 - 30.6.2006.

Työryhmän tehtävänä oli

1. Laatia Suomelle kertamaksun laskentamenetelmä ja koota sitä varten tarvittava aineisto sekä arvioida miltä osin kertamaksulaskutusta tulisi toteuttaa ajalla 1994-2004.
2. Arvioida mitä menetelmää Suomen tulisi soveltaa uuden asetuksen aikana.
3. Arvioida uuden asetuksen vaikutukset Suomen korvausjärjestelmän hallintoon ja kustannuksiin.
4. Selvittää muiden asiaan liittyvien päätösten, suositusten ja valmisteilla olevien muutosten mahdolliset vaikutukset korvausjärjestelmään Suomen osalta.
5. Selvittää ulkomaalaisten sairaanhoitokustannusten vaikutuksia kuntien kannalta sekä näiden korvausjärjestelmän kehittämisen vaihtoehtoja.

Työryhmän puheenjohtajana toimi apulaisosastopäällikkö Carin Lindqvist-Virtanen ja varapuheenjohtajana hallitusneuvos Marja-Terttu Mäkiranta, sosiaali- ja terveysministeriön vakuutusosastolta. Työryhmän jäseninä toimivat finanssisihteeri Tuula Karhu sosiaali- ja terveysministeriön terveysosastolta, hallitusneuvos Lauri Pelkonen sosiaali- ja terveysministeriön perhe- ja sosiaaliosastolta, suunnittelija Sirpa Tuominen Kansaneläkelaitokselta, matemaatikko Jorma Jauhiainen Kansaneläkelaitokselta, yliaktuaari Timo Nikander Tilastokeskuksesta, ylijohtaja Mauno Konttinen Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES:sta ja erityisasiantuntija Sinikka Huhtala Suomen Kuntaliitosta.

Työryhmä on työnsä aikana kuullut asiantuntijoita:

Ryhmäpäällikkö Nina Knape ja tutkimusprofessori dosentti Pekka Ruotsalainen sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES:sta, yhteyspäällikkö Essi Rentola ja lakimies Antti Klemola Kansaneläkelaitoksesta, neuvotteleva virkamies Mervi Kattelus sosiaali- ja terveysministeriöstä, lainsäädäntöneuvos Jorma Kantola sisäasiainministeriöstä, hallintolakimies Jaana Vento Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymästä, sosiaali- ja terveysosaston osastopäällikkö Sirpa Maukola-Juuso Inarin terveyskeskuksesta, johtava lääkäri Mika Herala Tornion terveyskeskuksesta sekä talousjohtaja Kalevi Rahkonen Rauman kansanterveystyön kuntayhtymästä. Lisäksi työryhmä kuuli kirjallisesti talouspäällikkö Liisa Junnaa Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiristä.

Työryhmä kokoontui 16 kertaa 1.7.2005-3.7.2006 välisenä aikana.

Työryhmä päätti jakaa tehtävänsä kolmeen osa-alueeseen. Ensimmäisenä tehtävänä oli laatia laskentamenetelmä vuosittaisten sairaanhoidon kustannusten kertamaksujen määrittämiseen. Toisena tehtäväkokonaisuutena oli selvittää ulkomailla vakinaisesti asuvien sairaanhoidosta aiheutuneita kustannuksia Suomessa ja arvioida tulisiko kustannusten korvausjärjestelmää muuttaa. Kolmantena tehtävänä työryhmä kartoitti ulkomaalaisten sairaanhoitoon ja sairaanhoidon kustannuksiin liittyviä muita mahdollisia ongelmia ja arvioi tarvetta jatkoselvityksiin.

Työryhmä selvitti kahta eri menetelmää Suomen kiinteämääräisten kustannusten laskentamenetelmäksi: perhekohtainen menetelmä ja ikäluokkakohtainen menetelmä. Selvityksen perusteella työryhmä on päättänyt esittämään, että Suomen kiinteämääräisten kustannusten laskentamenetelmäksi valitaan ikäluokkiin perustuva menetelmä. Lisäksi työryhmä esittää, että Suomi alkaisi laskuttaa kiinteämääräisiä kustannuksia vuodesta 1998. Vuosien 1994-1997 laskutuksesta luovuttaisiin.

Työryhmä selvitti erillisellä Suomen kuntaliiton toteuttamalla kyselyllä muualla kuin Suomessa vakuutettujen henkilöiden terveystalveluiden käyttöä Suomessa ja palveluista aiheutuneita kustannuksia. Selvityksen mukaan voidaan arvioida, että kustannukset ovat noin 7,4 miljoonaa euroa, asiakasmaksut huomioon ottaen vajaa 7 miljoonaa euroa, mikä ei ole merkittävä kustannus Suomen terveydenhoidon kokonaiskustannuksista. Selvityksen perusteella voitiin kuitenkin todeta, että kustannukset jakautuvat epätasaisesti eri kuntien kesken. Tämän johdosta työryhmä on päättänyt esittämään muualla kuin Suomessa vakuutettujen henkilöiden Suomessa saaman sairaanhoidon kustannusten korvausjärjestelmän uudistamista siten, että palvelun tuottajalle korvataan ulkomaalaisten sairaanhoidosta aiheutuneet kustannukset täysimääräisesti vuodesta 2008. Uudistus toteutetaan siirtymävaiheessa kustannusneutraalisti valtion ja kuntien rahoitusosuuksien osalta.

Työryhmä kartoitti lisäksi muita ulkomaalaisten sairaanhoitoon liittyviä kysymyksiä ja ongelmia. Työryhmä katsoo, että tärkeimmät jatkoselvitystä vaativat asiat ovat että Suomeen muuttavan henkilön oikeuksista säädetään useassa eri laissa, joiden yhteensovittaminen sairaanhoito-oikeuksien osalta on hankalaa, sekä että sairaanhoidon antamiseen ja laskutukseen liittyen on tarpeen selkeyttää ja kehittää säännöksiä hoitoonhakeutumistapauksissa, takaisinperinnän osalta sekä henkilön tunnistamiseen liittyen.

Saatuana tehtävänsä päätökseen, työryhmä luovuttaa raporttinsa sosiaali- ja terveysministeriölle.

Työryhmän esitys on yksimielinen.

Helsingissä heinäkuun 3 päivänä 2006

Carin Lindqvist-Virtanen

Marja-Terttu Mäkiranta

Tuula Karhu

Lauri Pelkonen

Sirpa Tuominen

Jorma Jauhiainen

Timo Nikander

Mauno Konttinen

Sinikka Huhtala

Terhi Valtonen



## SISÄLLYSLUETTELO

<b>JOHDANTO</b> .....	<b>15</b>
<b>1 TOISESSA MAASSA VAKUUTETTUJEN SAIRAANHOITO</b> .....	<b>16</b>
1.1 Ulkomailla asuvien sairaanhoito Suomessa .....	16
1.2 Suomessa asuvien sairaanhoito ulkomailla .....	18
<b>2 EU:N SOSIAALITURVAN KOORDINAATIOLAINSÄÄDÄNNÖN MUKAISTEN SAIRAANHOIDON KUSTANNUSTEN KORVAAMINEN</b> .....	<b>19</b>
2.1 Sosiaaliturvan koordinaatiolainsäädännön periaatteet.....	19
2.2 Kustannusten korvaaminen täytäntöönpanoasetuksen (ETY) N:o 574/72 mukaisesti .....	20
2.2.1 Täytäntöönpanoasetuksen 93–96 artiklojen mukaiset korvaukset .....	20
2.2.2 Sairaanhoidosta artiklojen 94 ja 95 mukaisesti aiheutuneiden kustannusten laskuttaminen .....	25
2.2.3 Uuden asetuksen mukaiset korvaamissäännökset .....	28
2.3 Laskentamenetelmässä käytettävät henkilöryhmät.....	29
2.3.1 Perhekäsite.....	29
2.3.2 Työntekijän ja itsenäisen ammatinharjoittajan määritelmät .....	30
<b>3 TOISESSA MAASSA VAKUUTETTUJEN SAIRAANHOIDON KUSTANNUKSET</b> .....	<b>31</b>
<b>4 SUOMEN KIINTEÄMÄÄRÄISTEN KUSTANNUSTEN LASKENTAMENETELMÄ</b> .....	<b>34</b>
4.1 Kiinteämääraisten kustannusten laskennassa huomioon otettavat kustannukset .....	34
4.2 Laskentamenetelmät eräissä muissa jäsenvaltioissa .....	35
4.2.1 Ruotsi .....	36
4.2.2 Yhdistynyt kuningaskunta.....	36
4.2.3 Alankomaat .....	37
4.3 Suomessa selvitetty laskentamenetelmät.....	38
4.3.1 Täytäntöönpanoasetuksen kertamaksuartiklojen mukainen perhekohtaisiin kustannuksiin perustuva laskentamenetelmä.....	38
4.3.1.1 Terveydenhuoltomenot.....	38
4.3.1.2 Väestöryhmät.....	40
4.3.1.3 Laskentamenetelmä .....	42
4.3.1.4 Laskentamenetelmän arviointi.....	43
4.3.2 Ikäluokkiin perustuva laskentamenetelmä .....	44
4.3.2.1 Terveydenhuoltomenot.....	45
4.3.2.2 Laskentamenetelmä .....	45
4.3.2.3 Laskentamenetelmän arviointi.....	46
4.3.3 Laskutettavat kiinteämääräiset kertamaksukustannukset.....	47
<b>5 SAIRAANHOIDON KUSTANNUSTEN KORVAAMISJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMINEN: RAHOITUSVAIHTOEHDOT</b> .....	<b>48</b>
5.1 Aikaisempi käytäntö, nykytilanne ja selvitykset .....	48
5.2 Korvausjärjestelmän rahoittamisen muutosvaihtoehdot .....	49
5.2.1 Kunnille aiheutuneet kustannukset muualla kuin Suomessa vakuutettujen potilaiden hoidosta.....	51
5.2.2 Suomalaisille ulkomailla annetun sairaanhoidon kustannukset .....	53
5.2.3 Kunnille suoritettavan korvausjärjestelmän rahoitusvaihtoehdot: ohjaus, hallinto ja tilastointi .....	55
5.2.4 Valtion ja kuntien välisen rahoitusvastuun muutokset .....	57
<b>6 MUUALLA KUIN SUOMESSA VAKUUTETTUJEN SAIRAANHOITON LIITTYVIÄ ERITYISIÄ KYSYMYKSIÄ</b> .....	<b>60</b>
6.1 EU-koordinaatioasetuksen mukainen hoitoon hakeutuminen, kansallinen lainsäädäntö ja kustannusten laskutus.....	60
6.2 Takaisinperintämahdollisuudet kansallisen lainsäädännön mukaan.....	62
6.3 Tietosuoja julkisessa terveydenhuollossa .....	63
6.4 Eläkkeensaajien sairaanhoidon kustannuksiin liittyviä erityiskysymyksiä .....	64
6.5 Oleskeluluvat, kotikuntalaki ja vakainainen maassa asuminen.....	64
<b>7 TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET</b> .....	<b>65</b>

**LIITTEET**

- LIITE 1 Asiakasmaksujen osuus terveydenhuollon kustannuksista**
- LIITE 2 Vuoden 2002 ikäluokkakohtaiset terveydenhuoltomenot**
- LIITE 3 Kiinteämääräisten kustannusten laskelma vuosille 1998-2003**
- LIITE 4 Euroopan Yhteisöjen siirtotyöläisten sosiaaliturvan hallintotoimikunnan päätös N:o 175**
- LIITE 5 Kysely ulkomailla kotipaikan omaavien sairaanhoidosta Suomessa vuonna 2004**
- LIITE 6 Kysely ulkomailla kotipaikan omaavien sairaanhoidosta Suomessa vuonna 2004: terveystakeskus/terveystakeskuskuntayhtymä**
- LIITE 7 Kysely ulkomailla kotipaikan omaavien sairaanhoidosta Suomessa vuonna 2004: sairaanhoitopiiri**
- LIITE 8 Kysely ulkomailla kotipaikan omaavien terveydenhuollosta Suomessa vuonna 2004**
- LIITE 9 Kiinteämääräisten kustannusten laskentamenetelmä**
- LIITE 10 Kuvaus Suomen terveydenhuollon järjestelmästä ja rahoituksesta**

## JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 15.6.2005 työryhmän valmistelemaan asetuksen (ETY) N:o 1408/71 mukaisten sairaanhoitokustannusten kiinteämääräisten kertamaksujen laskutusmenetelmää Suomen osalta sekä kartoittamaan uuden asetuksen (EY) N:o 883/2004 mukaiseen korvausmenettelyyn liittyviä kysymyksiä. Työryhmän toimikaudeksi asetettiin 15.6.2005 - 30.6.2006.

Työryhmän tehtävänä oli

1. Laatia Suomelle kertamaksun laskentamenetelmä ja koota sitä varten tarvittava aineisto sekä arvioida miltä osin kertamaksulaskutusta tulisi toteuttaa ajalla 1994-2004.
2. Arvioida mitä menetelmää Suomen tulisi soveltaa uuden asetuksen aikana.
3. Arvioida uuden asetuksen vaikutukset Suomen korvausjärjestelmän hallintoon ja kustannuksiin.
4. Selvittää muiden asiaan liittyvien päätösten, suositusten ja valmisteilla olevien muutosten mahdolliset vaikutukset korvausjärjestelmään Suomen osalta.
5. Selvittää muualla kuin Suomessa vakuutettujen sairaanhoitokustannusten vaikutuksia kuntien kannalta sekä näiden korvausjärjestelmän kehittämisen vaihtoehtoja.

Sosiaaliturvan koordinaatiota koskevan EY-asetuksen N:o 1408/71 (jäljempänä asetus 1408/71) mukaan jokainen jäsenvaltio on velvollinen antamaan sairaanhoitoa alueellaan tilapäisesti oleskeleville tai siellä asuville, jotka kuuluvat toisen jäsenmaan sairaanhoitojärjestelmän piiriin. Toinen jäsenmaa, jonka sairaanhoitojärjestelmään henkilö kuuluu, on ns. toimivaltainen valtio, jolta annetun hoidon kustannukset saa laskuttaa. Tilapäisen oleskelun aikana annetun hoidon kustannukset laskutetaan pääsääntöisesti todellisten kustannusten mukaan. Toisessa jäsenmaassa vakinaisesti asuvien eläkkeensaajien ja heidän perheenjäsentensä, sekä niiden työntekijöiden perheenjäsenten, jotka asuvat eri maassa kuin itse työntekijä, kustannukset tulee asetuksen 1408/71 mukaan periä ns. kertamaksuperiaatteella, joka perustuu keskimääräisiin kustannuksiin. Kertamaksun laskennasta säännellään täytäntöönpanoasetuksessa 574/72. Asetuksen 1408/71 korvaavan uuden asetuksen (EY) N:o 883/2004 (jäljempänä asetus 883/2004) mukaan jäsenvaltio voi vastaisuudessa valita näiden henkilöryhmien osalta noudattaako se edelleen kertamaksuperiaatetta vai siirtykö tässäkin tapauksessa todellisten kustannusten laskutukseen.

Suomi ei ole toistaiseksi määrittänyt kiinteämääräisiä kustannuksiaan eikä siihen pohjautuvaa kertamaksua eikä siten laskuttanut muiden kuin tilapäisesti oleskelleiden henkilöiden sairaanhoidosta aiheutuneita kustannuksia. Syynä laskuttamatta jättämiseen on ollut ensinnäkin se, että Suomen kannalta kyseessä on EU-jäsenyyden alkuvuosina ollut erittäin pieni henkilöryhmä. Toiseksi kertamaksun määrittäminen asetuksen mukaisesti Suomen järjestelmässä on osoittautunut erittäin hankalaksi toteuttaa. Laskentamenetelmä on edellyttänyt erillisselvitystä, koska asetuksen laskentamenetelmän edellyttämiä tietoja perheestä ei tilastoida Suomessa.

Uuden sosiaaliturvan koordinaatioasetuksen (asetus 883/2004) tultua hyväksytyksi, eurooppalaisen sairaanhoitokortin käyttöönoton jälkeen sekä EU:n laajennuttua on tilanne kuitenkin ratkaisevasti muuttunut. On odotettavissa, että vakinaisesti maassa asuvien toisen jäsenvaltion sairaanhoitojärjestelmään kuuluvien henkilöiden määrä kasvaa Suomessa. Uuden asetuksen voimaantulo on myös viivästynyt alkuperäisestä arvioidusta aikataulusta, joten kertamaksumenetelmällä joka tapauksessa laskutettavien vuosien määrä lisääntyy. Lisäksi uuteenkin asetukseen jäi vaihtoehtona mahdollisuus jatkaa laskuttamista myös kertamaksulla. Tämän johdosta on tarpeen selvittää kertamaksun laskentamenetelmä myös Suomen osalta. Samalla tulee arvioida miltä osin laskutusta tehdään takautuvilta vuosilta.

Toinen pitkäaikainen ongelma liittyy muualla kuin Suomessa vakituisesti asuvien ja sairaanhoidon osalta vakuutettujen Suomessa saamaan hoitoon. Tästä hoidosta vastaavat kunnat ja hoito jää kuntien kustannettavaksi samoin periaattein kuin muu sairaanhoito. Tästä aiheutuvat kustannukset ja niiden kohdentuminen varsinkin eräisiin kuntiin on nähty ongelmana. Varsinaista tilastotietoa muualla kuin Suomessa vakuutettujen sairaanhoidon aiheuttamista kustannuksista ja niiden jakautumisesta kuntien kesken ei kuitenkaan ole ollut.

Työryhmä päätti jakaa tehtävänsä kolmeen osa-alueeseen. Ensimmäisenä tehtävänä oli laatia laskentamenetelmä vuosittaisten sairaanhoidon kustannusten kertamaksujen määrittämiseen. Toisena tehtäväkokonaisuutena oli selvittää ulkomailla vakinaisesti asuvien sairaanhoidosta aiheutuneita kustannuksia Suomessa ja arvioida tulisiko kustannusten korvausjärjestelmää muuttaa. Kolmantena tehtävänä työryhmän tuli kartoittaa muualla kuin Suomessa vakuutettujen sairaanhoitoon ja sairaanhoidon kustannuksiin liittyviä yleisiä ongelmia.

## **1 TOISESSA MAASSA VAKUUTETTUJEN<sup>1</sup> SAIRAANHOITO**

### **1.1 Ulkomailla asuvien sairaanhoito Suomessa**

Suomessa jokaiselle on turvattava riittävät sosiaali- ja terveystalvet. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevassa kansallisessa lainsäädännössä säädetään tarkemmin siitä, missä laajuudessa perustuslain tasolla turvattua oikeutta sosiaali- ja terveystalveluihin annetaan. Kansanterveystalvin (66/1972) ja erikoissairaanhoitolain (1062/1989) mukaan kunnalliset terveystal- ja sairaanhoitotalvet on tarkoitettu kunnan asukkaille eli niille, joilla on kotikunta kyseisessä kunnassa. Ulkomailla vakinaisesti asuvien henkilöiden hoitoa koskevat säännökset määräytyvät sen mukaan mistä maasta henkilö tulee tai minkä valtion sosiaaliturvalainsäädännön piiriin hän kuuluu.

Sairausvakuutuslaissa (1224/2004) säädetään vakuutetun oikeudesta korvauksiin tarpeellisista sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista, lyhytaikaisen työkyvyttömyyden sekä raskauden ja lapsen hoidon aiheuttamasta ansionmenetyksestä. Sairausvakuutuslaissa säädetään myös työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuvien kustannusten korvaamisesta. Sairausvakuutuksen korvauksiin on oikeutettu asumiseen perustuvan sosiaaliturvalainsäädännön soveltamisesta annetun lain (soveltamisalalaki 1573/1993) mukaisesti Suomessa asuva henkilö. Vuoden 2005 alusta lähtien sairausvakuutettu on

<sup>1</sup> Raportissa käsitellään henkilöitä, jotka saavat sairaanhoitoa muussa kuin siinä valtiossa, jonka sosiaaliturvajärjestelmän piiriin he kuuluvat, ts. jossa he ovat vakuutettuina.



myös toisesta maasta Suomeen tuleva henkilö, joka työskentelee Suomessa vähintään neljä kuukautta tai harjoittaa yrittäjätoimintaa Suomessa vähintään neljän kuukauden ajan.

EU-jäsenvaltiossa tai EY-lainsäädäntöä soveltavassa valtiossa (jäljempänä EU/EY-valtio<sup>2</sup>) vakuutettuun henkilöön sovelletaan asetusta 1408/71. Suomi on velvollinen antamaan sairaanhoitoa alueellaan oleskeleville EU/EY-valtiossa vakuutetuille henkilöille asetuksen säännösten mukaisesti. Asetuksen mukaan palkatulla työntekijällä tai itsenäisellä ammatinharjoittajalla, joka on vakuutettu jonkin jäsenvaltion lainsäädännön mukaisesti ja jonka tila edellyttää Suomessa tilapäisen oleskelun aikana lääketieteellisiä syistä välttämättömiksi tulevia luontoisuuksia ottaen huomioon etuuskien luonne ja oleskelun ennakoitu kesto, on oikeus näihin välttämättömiin luontoisuuksiin Suomessa ikään kuin hänet olisi vakuutettu Suomen lainsäädännön mukaan.

Asetuksen luontoisuuksia koskevien säännösten piiriin kuuluvat kaikki Suomen järjestelmän mukaiset julkiset terveystalot. Asetuksen tarkoittamiksi sairaanhoitoetuksiin luettaviksi luontoisuuksiksi katsotaan myös sairausvakuutuslain mukaiset korvaukset yksityisen lääkärin tekemästä tutkimuksesta ja annetusta hoidosta, sekä lääkkeitä ja matkakuluista. Asetuksen mukaisesti näistä aiheutuvat kustannukset pääsääntöisesti korvataan maiden välillä.

Asetusta sovelletaan EU/EY-valtiossa asuvien palkattujen työntekijöiden ja itsenäisten ammatinharjoittajien lisäksi heidän perheenjäseniinsä. Näihin rinnastetaan aikaisemmin työntekijöinä tai ammatinharjoittajina toimineet eläkeläiset ja työttömät. Asetusta sovelletaan myös pakolaiseen sekä valtiottomaan (kansalaisuudettomaan) henkilöön. Henkilöltä peritään hoidosta samat asiakasmaksut kuin Suomessa asuvalta, jos hän osoittaa kuuluvansa toisen EU/EY-valtion sosiaaliturvajärjestelmän piiriin.

Jos potilas tulee sellaisesta valtiosta, jonka kanssa Suomella on sosiaaliturvasopimus tai sairaanhoitosopimus, häneen sovelletaan kyseisen sopimuksen sairaanhoitoa koskevia sääntöjä. Näiden säännösten perusteella ulkomailla asuva henkilö, joka on selvittänyt vaadittavalla tavalla oikeutensa, voi saada sairaanhoitoa Suomessa, vaikka hänellä ei ole kotikuntaa täällä. Potilaalta peritään sama asiakasmaksu kuin Suomessa asuvalta.

Edellä mainittujen tapausten lisäksi kyseeseen voi tulla sopimukseton tilanne, eli henkilö asuu EU/EY-valtion ulkopuolella sellaisessa valtiossa, jonka kanssa Suomella ei ole sosiaaliturvasopimusta tai sairaanhoitosopimusta. Tällöin sovelletaan Suomen kansallista lainsäädäntöä. Potilaalle järjestetään kiireellinen hoito ja asiakasmaksuna häneltä voidaan periä enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen maksu (laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992) 13 § ja asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (912/1992) 24 §).

Sopimuksetonta tilannetta vastaava tilanne kustannusten suhteen syntyy myös silloin, jos sopimusmaasta tai EU/EY-valtiosta tulevalle henkilölle annetaan hoitoa, vaikka hän ei ole todistanut oikeuttaan hoitoon. Jos potilaalla ei ole myöskään voimassa olevaa yksityisvakuutusta, jäävät kustannukset usein palvelun antaneen terveyskeskuksen tai

---

<sup>2</sup> EU/EY-valtioita ovat siten EU-jäsenvaltiot (Alankomaat, Belgia, Espanja, Irlanti, Italia, Itävalta, Kreikka, Kypros, Latvia, Liettua, Luxemburg, Malta, Portugali, Puola, Ranska, Ruotsi, Saksa, Slovakia, Slovenia, Suomi, Tanska, Tšekki, Unkari, Viro ja Yhdistynyt kuningaskunta), ETA-maat (Islanti, Liechtenstein ja Norja) sekä Sveitsi.

sairaalan kustannettavaksi siitä syystä, että kustannuksia ei ole saatu perittyä hoitoa saaneelta henkilöltä.

Suomi on sopinut Pohjoismaiden, Yhdistyneen kuningaskunnan, Alankomaiden ja Belgian kanssa, että kustannusten korvaamisesta maiden kesken luovutaan lukuun ottamatta ns. hoitoon hakeutumistapauksia. Luxemburgin kanssa on luovuttu kaikkien kustannusten korvaamisesta. Itävallan kanssa Suomella on sopimus osittaisesta kustannuksista luopumisesta. Tätä sopimusta on muutettu vuoden 2006 alusta lukien siten, että korvausmenettelyä yksinkertaistettiin.

Suomen ja Viron sekä Suomen ja Latvian väliset sosiaaliturvasopimukset ovat tulleet suurelta osin tarpeettomiksi maiden liityttyä EU:n jäseniksi. Sairaanhoidon osalta Suomen ja Latvian sekä Suomen ja Viron välillä liikkuviin henkilöihin sovelletaan asetuksen 1408/71 säännöksiä. Viron ja Latvian EU-jäsenyyden myötä on siirrytty asetuksen 1408/71 mukaiseen kustannusten korvausmenettelyyn eikä enää sovelleta kahdenvälisiin sopimuksiin perustuvia laskennallisia korvausmenettelyjä.

Suomen ja Australian välisen sairaanhoitosopimuksen sekä Suomen ja Quebecin välisen sosiaaliturvasopimuksen mukaan sairaanhoidosta aiheutuneita kustannuksia ei korvata valtioiden välillä.

## **1.2 Suomessa asuvien sairaanhoito ulkomailla**

Suomessa asuvilla on oikeus sairaanhoitoon muissa EU/EY-valtioissa samoin edellytyksin kuin muilla EU/EY-kansalaisilla on Suomessa. Kunnan asukkaiden ulkomailla saadun sairaanhoidon kustannukset eivät tule kunnan maksettavaksi. Kustannukset kuuluvat valtion tulo- ja menoarvion sairausvakuutusmomentin menoerään. Kansaneläkelaitos suorittaa EU/EY-valtioiden yhteyselimelle<sup>3</sup> ne kustannukset, jotka aiheutuvat suomalaisten hoidosta muissa EU/EY-valtioissa.

Kansaneläkelaitos ylläpitää tilastoja Suomen ja muiden EU/EY-valtioiden välisestä sairaanhoitoetuuksien laskutuksesta. Tilastot eivät sisällä niitä maita, joiden osalta on luovuttu kustannusten korvaamisesta. Suomella oli vuoden 2005 lopussa saatavia muilta valtioilta yhteensä noin 3,3 miljoonaa euroa. Suomalaisten ulkomailla aiheuttamat sairaanhoitokustannukset olivat vuonna 2004 noin 7,6 miljoonaa euroa ja vuonna 2005 Kansaneläkelaitos vastaanotti suomalaisten EU/EY-valtioissa aiheuttamien sairaanhoidon kustannusten laskuja yli yhdeksän miljoonan euron edestä. Kustannusten määrän odotetaan kasvavan huomattavasti edelleen.

---

<sup>3</sup> Yhteyselin on jäsenvaltion toimivaltaisen viranomaisen nimeämä elin (esim. laitos), joka vastaa laitosten ja edunsaajien välisestä tiedonvaihdesta. Yhteyselimet voivat olla suoraan yhteydessä toistensa kanssa.

## 2 EU:N SOSIAALITURVAN KOORDINAATIOLAINSÄÄDÄNNÖN MUKAISTEN SAIRAANHOIDON KUSTANNUSTEN KORVAAMINEN

### 2.1 Sosiaaliturvan koordinaatiolainsäädännön periaatteet

Sosiaaliturvan koordinaatiota EU:ssa sääntelee asetus 1408/71 ja sen täytäntöönpanoasetus 574/72. Asetuksen 1408/71 korvaava uusi asetus 883/2004 on annettu mutta sitä sovelletaan vasta kun sen täytäntöönpanoasetus on hyväksytty. Uuden täytäntöönpanoasetuksen käsittely on aloitettu neuvostossa alkuvuodesta 2006. Tällä hetkellä arvioidaan, että se voisi tulla voimaan vuonna 2009.

Yhteisön lainsäädäntö yhteensovittaa eli koordinoi EU/EY-valtioiden välillä liikkuvien henkilöiden sosiaaliturvaoikeuksia. Yhteensovittamisessa yhteisön oikeudella on etusija kansalliseen lainsäädäntöön nähden. Sosiaaliturvaoikeuksia yhteensovitettaessa pääperiaatteena on henkilöiden yhdenvertainen kohtelu ja kansalaisuuteen perustuvan syrjinnän kieltö. Muita asetuksen periaatteita ovat yhden valtion lainsäädännön soveltamisen periaate ja työskentelyvaltion lainsäädännön periaate (*lex loci laboris*).

Asetuksen 1408/71 säännösten mukaan kaikilla vakuutetuilla henkilöillä on oikeus saada välttämätöntä sairaanhoitoa toisessa maassa tilapäisen oleskelun aikana samoin ehdoin kuin maassa vakinaisesti asuvilla. Kustannukset voidaan laskuttaa toimivaltaiselta valtiolta, joka on se valtio, joka vastaa asianomaisen henkilön sosiaaliturvasta. Toimivaltainen valtio on yleensä se valtio, jossa henkilö työskentelee. Asetus määrää kuitenkin tästä pääsäännöstä poikkeuksia, jotka koskevat mm. lähetettyjä työntekijöitä, merimiehiä, virkamiehiä sekä useassa eri valtiossa työskenteleviä henkilöitä. Eläkkeensaajien kohdalla toimivaltainen valtio on yleensä eläkettä maksava valtio. Työntekijän eri maassa asuvien perheenjäsenten kohdalla toimivaltainen valtio on työntekijän (huoltajan) työskentelyvaltio.

Asetuksen 1408/71 säännökset koskevat kaikkia jäsenvaltion alueella asuvia jonkin jäsenvaltion kansalaisia, joihin sovelletaan tai on sovellettu yhden tai useamman jäsenvaltion sosiaaliturvalainsäädäntöä. Myös näiden perheenjäsenet kuuluvat asetuksen soveltamisalan piiriin. Yhteensovittamissäännökset koskevat näin ollen palkansaajien lisäksi itsenäisiä ammatinharjoittajia, virkamiehiä, opiskelijoita ja eläkkeensaajia.

EY-asetus N:o 859/2003 laajensi asetuksen 1408/71 säännösten soveltamisen koskemaan unionin jäsenvaltioissa asuvia kolmansien valtioiden, eli EU:n ulkopuolisten valtioiden kansalaisia, joihin ei aiemmin sovellettu asetuksen määräyksiä yksinomaan heidän kansalaisuudestaan johtuen. Kolmansien valtioiden kansalaiset ovat siten olleet sosiaaliturvan koordinaatiolainsäädännön piirissä 1.6.2003 alkaen. Asetus 883/2004 laajensi henkilöpiirin työelämän ulkopuolella oleviin ns. ei-aktiiveihin henkilöihin, mutta säännös tulee voimaan vasta kun täytäntöönpanoasetus on hyväksytty.

Asetuksen 1408/71 sairausetuuksia koskevia säännöksiä uudistettiin ja yhtenäistettiin eurooppalaisen sairaanhoitokortin käyttöönoton yhteydessä kesäkuusta 2004 lukien. Uudistuksen myötä kaikki vakuutetut ovat oikeutettuja välttämättömään hoitoon toisessa jäsenvaltiossa oleskelunsa aikana. Hoidon laajuus ei enää ole riippuvainen henkilön asemasta esimerkiksi työntekijänä tai eläkkeensaajana. Sairaanhoidon tarvetta arvioidaan lääketieteellisin perustein ottaen huomioon etuuden luonne ja oleskelun ennakoitu kesto.<sup>4</sup>

## **2.2 Kustannusten korvaaminen täytäntöönpanoasetuksen (ETY) N:o 574/72 mukaisesti**

### **2.2.1 Täytäntöönpanoasetuksen 93–96 artiklojen mukaiset korvaukset**

Asetus 1408/71 36 artiklassa säädetään toisen jäsenvaltion laitoksen puolesta annettujen sairaanhoitoetuuksien korvaamisesta. Asetuksen (ETY) N:o 574/72 (jäljempänä täytäntöönpanoasetus) 93-96 artikloissa määritellään täsmällisemmin korvausperiaatteet ja menettelytapa.

Neuvoston asetus (EY) N:o 1408/71, annettu 14 päivänä kesäkuuta 1971, sosiaaliturvajärjestelmän soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheenjäseniinsä

36 artikla

1. Jäsenvaltion laitoksen tämän luvun säännösten nojalla toisen jäsenvaltion laitoksen puolesta antamat luontoisetuudet korvataan täysimääräisesti.

2. Edellä 1 kohdassa tarkoitettujen korvaukset määrätään ja suoritetaan 98 artiklassa tarkoitettussa täytäntöönpanoasetuksessa säädetyn menettelyn mukaisesti, joko osoittamalla todelliset kustannukset tai kertosuorituksiin pohjautuen.

Viimeksi mainitussa tapauksessa kertosuoritusten on oltava sellaisia, että kustannusten korvaus on niin lähellä todellisia kustannuksia kuin mahdollista.

3. Kaksi jäsenvaltiota tai useampi jäsenvaltio tai näiden valtioiden toimivaltaiset viranomaiset voivat sopia muista tavoista kustannusten korvaamiseksi tai voivat luopua kaikesta korvaamisesta niiden toimivaltaan kuuluvien laitosten välillä.

Täytäntöönpanoasetuksen 93 artiklan mukaan toimivaltaisen valtion on korvattava tilapäisen oleskelun aikana aiheutuneet sairaanhoidon kustannukset. Artiklan säännösten piiriin kuuluvat siis erityisesti matkailijat, jotka tarvitsevat sairaanhoitoa toisessa EU/EY-valtiossa. Suomi on laskuttanut toisilta EU-jäsenmailta toistaiseksi vain 93 artiklan mukaisia kustannuksia.

<sup>4</sup> Euroopan komission verkkosivuille on koottu tietoa eurooppalaisen sairaanhoitokortin käytöstä: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/healthcard/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/healthcard/index_en.htm).

Neuvoston asetus (ETY) N:o 574/72, annettu 21 päivänä maaliskuuta 1972, sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheenjäseniinsä annetun asetuksen (ETY) N:o 1408/71 täytäntöönpanomenettelystä

### 93 artikla

Muiden sairaus- ja äitiysvakuutusetuksien korvaaminen kuin niiden, joista säädetään täytäntöönpanoasetuksen 94 ja 95 artiklassa

1. Toimivaltainen laitos korvaa luontoisetuudet, jotka on asetuksen 19 artiklan 1 ja 2 kohdan mukaisesti myönnetty palkatuille työntekijöille ja itsenäisille ammatinharjoittajille sekä heidän perheenjäsenilleen, jotka asuvat saman jäsenvaltion alueella, sekä luontoisetuudet, jotka on myönnetty asetuksen 21 artiklan 2 kohdan, 22 ja 22 a artiklan, 25 artiklan 1, 3 ja 4 kohdan, 26 artiklan, 31 tai 34 a artiklan mukaisesti, laitokselle, joka on myöntänyt kyseiset etuudet, viimeksi mainitun laitoksen kirjanpidon perusteella.

2. Asetuksen 21 artiklan 2 kohdan toisessa alakohdassa, 22 artiklan 3 kohdan toisessa alakohdassa ja 31 artiklassa tarkoitetuissa tapauksissa ja sovellettaessa 1 kohdan säännöksiä pidetään perheenjäsenen tai eläkeläisen asuinpaikan laitosta tarvittaessa toimivaltaisena laitoksena.

3. Jos 1 kohdassa tarkoitettujen etuuksien todellinen määrä ei käy ilmi sen laitoksen tileistä, joka ne on antanut, eikä sopimusta ole tehty 6 kohdan mukaan, korvattava määrä määritetään kertasuoritusperusteisesti laskemalla se kaikesta asianmukaisesta tiedosta, jota on saatu käytettävissä olevista lähteistä. Hallintotoimikunta määrää perusteet, joita käytetään kertasuoritusten laskemisessa, ja vahvistaa niiden määrät.

4. Korvauksessa ei voida ottaa huomioon korkeampia taksoja kuin ne, joita sovelletaan sellaisille palkatuille työntekijöille ja itsenäisille ammatinharjoittajille annettuihin luontoisetuksiin, jotka ovat 1 kohdassa tarkoitettut etuudet antaneen laitoksen soveltaman lainsäädännön alaisia.

5. Edellä 1 ja 2 kohdan säännöksiä sovelletaan vastaavasti korvattaessa rahaetuuksia, jotka on maksettu täytäntöönpanoasetuksen 18 artiklan 8 kohdan toisen virkkeen säännösten mukaisesti.

6. Kaksi jäsenvaltiota tai useampi jäsenvaltio tai näiden jäsenvaltioiden toimivaltaiset viranomaiset voivat hallintotoimikunnan lausunnon saatuaan sopia muista tavoista määrätä korvattavat määrät, erityisesti kertasuoritusten perusteella.

Täytäntöönpanoasetuksen 94 artikla koskee työntekijän tai itsenäisen ammatinharjoittajan perheenjäseniä. Asetuksen 94 artiklan mukaan korvataan sairaus- ja äitiysetuuksista aiheutuneet kustannukset, jotka on annettu palkatun työntekijän tai itsenäisen ammatinharjoittajan eri jäsenvaltion alueella asuvalle perheenjäsenelle. Asetuksen mukainen kertasuoritus määrätään kertomalla keskimääräinen vuosikustannus perhettä kohden keskimääräisellä vuosittaisella huomioon otettavien perheiden lukumäärällä. Saadusta luvusta vähennetään 20 prosenttia, jolloin saadaan varsinainen laskutettava kustannus.

Neuvoston asetus (ETY) N:o 574/72

94 artikla

Sellaisten luontoisetuuksien korvaaminen, jotka on annettu sairaus- ja äitiysvakuutuksesta palkatun työntekijän tai itsenäisen ammatinharjoittajan perheenjäsenille, jotka eivät asu saman jäsenvaltion alueella

1. Asetuksen 19 artiklan 2 kohdan mukaan palkatun työntekijän tai itsenäisen ammatinharjoittajan perheenjäsenille, jotka eivät asu sen, jonka etua asia koskee, kanssa saman jäsenvaltion alueella, annettujen luontoisetuuksien määrä korvataan toimivaltaisista laitoksista kertasuoritusperusteisesti laitoksille, jotka antoivat sanotut etuudet, jokaisen kalenterivuoden osalta mahdollisimman tarkoin syntyneitä todellisia kustannuksia vastaavasti.

2. Kertasuoritus määrätään kertomalla keskimääräinen vuosikustannus perhettä kohden keskimääräisellä vuosittaisella huomioon otettavien perheiden lukumäärällä ja vähentämällä tulokseksi saatua määrää 20 prosentilla.

3. Välttämättömät tekijät sanotun kertasuorituksen laskemiseksi määrätään seuraavasti:

a) keskimääräinen vuosittainen kustannus perhettä kohden saadaan jokaista jäsenvaltiota varten, kun kaikille sellaisen palkatun työntekijän tai itsenäisen ammatinharjoittajan perheenjäsenille, joihin sovelletaan sanotun jäsenvaltion lainsäädäntöä, kaikkien tämän valtion laitosten huomioon otettavien sosiaaliturvajärjestelmien mukaan antamien luontoisetuuksien vuosittainen kustannus jaetaan sellaisten palkattujen työntekijöiden tai itsenäisten ammatinharjoittajien, joilla on perheenjäseniä, keskimääräisellä vuosittaisella lukumäärällä; sosiaaliturvajärjestelmät, jotka otetaan huomioon tätä tarkoitusta varten, eritellään täytäntöönpanoasetuksen liitteessä 9;

b) kahden jäsenvaltion laitosten välillä on keskimääräisen vuosittaisen huomioon otettavien perheiden määrän oltava sama kuin keskimääräinen vuosittainen sellaisten palkattujen työntekijöiden tai itsenäisten ammatinharjoittajien lukumäärä, jotka ovat jommankumman jäsenvaltion lainsäädännön alaisia ja joiden perheenjäsenillä on oikeus toisen jäsenvaltion laitoksen antamiin luontoisetuuksiin.

4. Edellä 3 kohdan b alakohdan säännösten mukaisesti huomioon otettavien perheiden määrä määrätään luettelon avulla, jota pidetään tätä tarkoitusta varten asuinpaikan laitoksessa ja joka perustuu toimivaltaisen laitoksen antamiin asiakirjoihin, joilla osoitetaan niiden, joiden etua asia koskee, oikeudet. Jos erimielisyyttä ilmenee, asiaan liittyvien laitosten huomautukset toimitetaan tilintarkastuslautakunnalle, josta säädetään täytäntöönpanoasetuksen 101 artiklan 3 kohdassa.

5. Hallintotoimikunta vahvistaa tavat ja menettelyt, joilla määrätään 3 ja 4 kohdissa tarkoitetut laskennassa huomioon otettavat tekijät.

6. Kaksi jäsenvaltiota tai useampi jäsenvaltio tai näiden jäsenvaltioiden toimivaltaiset viranomaiset voivat, saatuaan hallintotoimikunnan lausunnon, sopia muista tavoista määrätä korvattavat määrät.

Eläkkeensaajien ja näiden perheenjäsenten sairaanhoidosta aiheutuvien kustannusten korvaaminen määräytyy 95 artiklan mukaisesti. Täytäntöönpanoasetuksen 95 artiklan

mukaan korvataan luontoisetuudet, jotka on annettu sellaiselle eläkkeensaajalle ja tämän perheenjäsenelle, jotka eivät asu siinä jäsenvaltiossa, jonka lainsäädännön mukaan eläkettä maksetaan. Kertasuoritus määrätään kertomalla keskimääräinen vuosikustannus eläkeläistä kohden keskimääräisellä vuosittaisella huomioon otettavien eläkeläisten lukumäärällä, ja vähentämällä saadusta luvusta 20 prosenttia.

Neuvoston asetus (ETY) N:o 574/72

95 artikla<sup>5</sup>

Sairaus- ja äitiysvakuutuksesta myönnettyjen luontoisettuuksien korvaaminen sellaisille eläkeläisille ja heidän perheenjäsenilleen, jotka eivät asu siinä jäsenvaltiossa, jonka lainsäädännön mukaisesti he saavat eläkettä tai ovat oikeutettuja etuuksiin

1. Asetuksen 28 artiklan 1 kohdan ja 28 a artiklan mukaisesti annettujen luontoisettuuksien määrä korvataan toimivaltaisesta laitoksesta mainitut etuudet antaneille laitoksille kertasuoritusperusteisesti, ja sen määrä on niin lähellä kuin mahdollista todellisia syntyneitä kustannuksia.

2. Kertasuoritus määrätään kertomalla keskimääräinen vuosittainen kustannus eläkeläistä kohden keskimääräisellä vuosittaisella huomioon otettavien eläkeläisten ja heidän perheenjäsentensä lukumäärällä ja vähentämällä tulokseksi saatua määrää 20 prosentilla.

3. Välttämättömät tekijät sanotun kertasuorituksen laskemiseksi määrätään seuraavien sääntöjen mukaisesti:

a) keskimääräinen vuosittainen kustannus eläkeläistä kohden saadaan jokaista jäsenvaltiota varten, kun kaikille eläkeläisille, joiden eläkkeet maksetaan tämän jäsenvaltion lainsäädännön mukaan, ja heidän perheenjäsenilleen kaikkien tämän valtion laitosten huomioon otettavien sosiaaliturvajärjestelmien mukaan antamien luontoisettuuksien vuosittainen kustannus jaetaan eläkeläisten keskimääräisellä vuosittaisella lukumäärällä; sosiaaliturvajärjestelmät, jotka otetaan huomioon tätä tarkoitusta varten, eritellään täytäntöönpanoasetuksen liitteessä 9;

b) kahden jäsenvaltion laitosten välillä on keskimääräisen vuosittaisen eläkeläisten ja huomioon otettavien perheenjäsentensä määrän oltava sama kuin asetuksen 28 artiklan 2 kohdassa tarkoitettu keskimääräinen vuosittainen eläkeläisten ja heidän perheenjäsentensä lukumäärä, joilla asuessaan jäsenvaltion alueella on oikeus luontoisettuuksiin toisen jäsenvaltion laitoksen kustannuksella.

<sup>5</sup> Neuvoston asetuksella (EY) N:o 3095/95, tehty 22 päivänä joulukuuta 1995, muutettiin asetuksen N:o 574/72 95 artiklaa, jotta korvattava kertamäärä vastaisi paremmin jäsenvaltioiden laitosten suorittamia todellisia kustannuksia. Muutoksella korvattiin perhekohtainen kertakorvaus henkilökohtaisella kertakorvauksella. Tätä artiklaa on sovellettu 1.1.1998 alkaen lukuun ottamatta Ranskaa, johon sovellettiin siirtymäaika 31.12.2001 saakka.

4. Edellä 3 kohdan b alakohdan säännösten mukaisesti huomioon otettavien eläkeläisten ja heidän perheenjäseniensä lukumäärä määrätään luettelon avulla, jota pidetään tätä tarkoitusta varten asuinpaikan laitoksessa ja joka perustuu toimivaltaisen laitoksen antamiin asiakirjoihin, joilla osoitetaan asianomaisten oikeudet. Jos erimielisyyttä ilmenee, asiaan liittyvien laitosten huomautukset toimitetaan tilintarkastuslautakunnalle, josta säädetään täytäntöönpanoasetuksen 101 artiklan 3 kohdassa.

5. Hallintotoimikunta vahvistaa tavat ja menettelyt, jolla määrätään 3 ja 4 kohdissa tarkoitettujen laskennassa huomioon otettavien tekijät.

6. Kaksi jäsenvaltiota tai useampi jäsenvaltio tai näiden jäsenvaltioiden toimivaltaiset viranomaiset voivat, saatuaan hallintotoimikunnan lausunnon, sopia muista tavoista määrätä korvattavat määrät.

Asetuksen 96 artikla koskee työtapaturman ja ammattitaudin johdosta korvattavia etuuksia. Työtapaturman ja ammattitaudin johdosta maksettavat etuudet eivät siten kuulu laskelmissa käsiteltäviin kustannuksiin.

96 artikla

Sellaisten luontoisetuuksien korvaaminen, jotka on annettu työtapaturma- ja ammattitautivakuutusjärjestelmästä yhden jäsenvaltion laitoksesta toisen jäsenvaltion laitoksen puolesta.

Sovellettaessa asetuksen 63 artiklan 2 kohdan säännöksiä täytäntöönpanoasetuksen 93 artiklan säännöksiä sovelletaan vastaavasti.

Oikeus hoitoetuuksiin todistetaan joko eurooppalaisella sairaanhoitokortilla tai tietyissä tapauksissa erillisellä E-lomakkeella. Kansaneläkelaitos myöntää Suomessa eurooppalaisen sairaanhoitokortin ja se vastaa myös sairaanhoitoa koskevien lomakkeiden käsittelystä ja rekisteröinnistä. Kansaneläkelaitos selvittää lomakkeiden vaihdolla ulkomaisien laitosten kanssa, missä asemassa Suomessa oleva henkilö on näiden määräysten perusteella. Kansaneläkelaitoksen selvitys ei kuitenkaan muodollisesti sido terveydenhuoltoa, vaan terveydenhuollon yksiköt soveltavat itsenäisesti ja vastuullaan asetuksen ja sopimusten määräyksiä.

Kansaneläkelaitoksen tehtävä rajoittuu henkilön aseman selvittämiseen ja maiden välisen kustannusten korvausjärjestelmän hoitamiseen. Terveydenhuollon yksikön tehtävänä on päättää, mikä on hoidon sisältö. Kun Kansaneläkelaitos on selvittänyt, että henkilö voi saada asetuksen tai sopimuksen perusteella hoitoa sen säännösten puitteissa, terveydenhuollon yksikkö ratkaisee, kuinka laajasti potilaalle annetaan palveluja terveydenhoidollisten periaatteiden nojalla ja mitä asiakasmaksuja potilaalta tulee perittäväksi. Kansaneläkelaitos ratkaisee hoidon laajuuden vain sairausvakuutuskorvauksen osalta.



Raportissa käsiteltävien asioiden osalta keskeisiä ovat seuraavat E-lomakkeet:

- E 106 - Todistus muussa kuin toimivaltaisessa maassa asuvan henkilön oikeudesta sairaus- ja äitiysvakuutuksen luontoisuuksiin
- E 109 - Todistus palkatun työntekijän tai itsenäisen ammatinharjoittajan perheenjäsenten rekisteröimiseksi ja luetteloiden ajan tasalla pitämiseksi: Oikeuttaa sairaanhoitoetuuksiin perheenjäsenenä.
- E 111 - Todistus oikeudesta hoitoetuuksiin siinä jäsenvaltiossa jossa oleskelee: Oikeuttaa välittömään sairaanhoitoon (ns. turistilomake).
- E 112 - Todistus sairaus- ja äitiysetuuksien säilyttämiseksi: Sairaanhoitopiiri voi valtuuttaa henkilön hakeutumaan tällä lomakkeella toiseen EU/EY-valtioon hoitoon.
- E 121 - Todistus eläkkeensaajan tai hänen perheenjäsentensä rekisteröinnistä ja luetteloiden ajan tasalla pitämisestä: Oikeuttaa sairaanhoitoetuuksiin eläkkeensaajana tai tämän perheenjäsenenä.
- E 128 - Todistus oikeudesta lähetetyn työntekijän ja opiskelijan tarpeellisiin hoitoetuuksiin jäsenvaltiossa oleskelun aikana: Oikeuttaa välitöntä laajempiin hoitoetuuksiin.

Eurooppalainen sairaanhoitokortti

Eurooppalaisen sairaanhoitokortin väliaikaisesti korvaava todistus

Suomi siirtyi käyttämään eurooppalaista sairaanhoitokorttia 1.6.2004 alkaen. Vuoden 2006 alusta lähtien kaikki EU/EY-valtiot olivat siirtyneet käyttämään eurooppalaista sairaanhoitokorttia, jolla oikeus sairaanhoitoon tilapäisen oleskelun aikana todistetaan, elleivät maat ole muusta keskenään sopineet. Tästä johtuen lomakkeet E 110, E 111, E 119 ja E 128 on poistettu käytöstä.

Uuden asetuksen tavoitteena on vähitellen korvata nykyiset lomakkeet sähköisellä asiointilla. Valmisteilla olevassa täytäntöönpanoasetuksessa tulee olemaan tästä tarkemmat säännökset. Siirtyminen sähköiseen asiointiin tulee helpottamaan terveydenhoidon yksiköiden osalta potilaiden tunnistamista. Tähän siirtyminen kestää kuitenkin vielä useita vuosia.

### ***2.2.2 Sairaanhoidosta aiheutuneiden kustannusten laskuttaminen 94 ja 95 artiklojen mukaisesti***

Seuraaviin taulukoihin 1.-2. on koottu tietoja Suomessa asuvien eläkkeensaajien tai näiden perheenjäsenten sekä palkatun työntekijän tai itsenäisen ammatinharjoittajan Suomessa asuvien perheenjäsenten lukumääristä, joilla olisi asetuksen 1408/71 mukaan oikeus saada Suomessa terveydenhoitopalveluita ja joista Suomi voisi laskuttaa. Taulukoihin kerättyjen henkilöiden kustannuksista on vastuussa joku muu maa kuin Suomi. Tiedot esitetään muodossa ”laskutettavat kuukaudet”, koska täytäntöönpanoasetuksen mukaisessa laskentamenetelmässä kiinteämääräiset kustannukset laskutetaan kuukausien mukaan.

**Taulukko 1. Suomessa asuvat eläkkeensaajat/eläkkeensaajan perheenjäsenet, joiden kustannuksista vastuussa joku muu EU/EY-valtio kuin Suomi; asumiskuukaudet**

Maat, joiden kanssa laskuttamisesta luovuttu tältä osin, merkitty *kursivoidulla*

Uudet jäsenmaat \*

<b>Kustannuksista vastuussa</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>kuukausia yhteensä</b>
<i>Alankomaat</i>	12	12	12	19	84	106	113	120	140	158	192	968
<i>Belgia</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	47	60	107
<i>Espanja</i>	0	0	9	5	0	0	0	0	0	13	28	55
<i>Irlanti</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	12	23
<i>Islanti</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Italia</i>	0	0	33	48	48	53	41	43	41	48	48	403
<i>Itävalta</i>	12	12	12	13	12	12	12	14	24	30	78	231
<i>Kreikka</i>	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6
<i>Kypros*</i>										0	0	0
<i>Latvia*</i>										0	0	0
<i>Liechtenstein</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Liettua*</i>											0	0
<i>Luxemburg</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Malta*</i>											0	0
<i>Norja</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Portugali</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Puola*</i>											0	0
<i>Ranska</i>	0	5	12	13	24	35	36	36	51	89	109	410
<i>Ruotsi</i>	4	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	124
<i>Saksa</i>	67	124	168	216	265	303	377	451	501	586	662	3720
<i>Slovakia*</i>											0	0
<i>Slovenia*</i>											0	0
<i>Sveitsi</i>									20	27	35	82
<i>Tanska</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Tsekki*</i>											0	0
<i>Unkari*</i>											5	5
<i>Viro*</i>											19	19
<i>Yhdistynyt kuningaskunta</i>	0	13	27	36	34	24	43	49	91	124	152	593
<b>Yhteensä</b>	<b>67</b>	<b>178</b>	<b>291</b>	<b>362</b>	<b>479</b>	<b>545</b>	<b>634</b>	<b>725</b>	<b>880</b>	<b>1145</b>	<b>1412</b>	<b>6651</b>
<b>Laskutettavat kuukaudet yhteensä</b>	<b>67</b>	<b>129</b>	<b>228</b>	<b>282</b>	<b>337</b>	<b>391</b>	<b>454</b>	<b>530</b>	<b>613</b>	<b>774</b>	<b>918</b>	<b>4723</b>

*Lähde: Kansaneläkelaitos*

**Taulukko 2. Palkatun työntekijän/itsenäisesti ammattiaan harjoittavan vakuutetun Suomessa asuva perheenjäsen, jonka kustannuksista vastuussa joku muu EU/EY-valtio kuin Suomi; asumiskuukaudet**

Maat, joiden kanssa laskuttamisesta luovuttu tältä osin, merkitty *kursivoidulla*  
Uudet jäsenmaat \*

<b>Kustannuksista vastuussa</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>kuukausia yhteensä</b>
<i>Alankomaat</i>	0	0	0	0	0	0	2	12	12	3	0	29
<i>Belgia</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espanja	0	7	17	7	17	15	20	9	0	0	0	92
Irlanti	0	0	0	0	5	10	10	0	0	0	0	25
<i>Islanti</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Italia	0	7	12	12	12	12	12	16	14	12	12	121
<i>Itävalta</i>	0	4	12	12	12	24	24	24	24	24	24	184
Kreikka	10	12	0	0	0	0	0	0	9	10	18	59
<i>Kypros*</i>											0	0
<i>Latvia*</i>											0	0
Liechtenstein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Liettua*</i>											0	0
<i>Luxemburg</i>	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
<i>Malta*</i>											0	0
<i>Norja</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Portugali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Puola*</i>											0	0
Ranska	11	22	20	17	11	4	8	0	0	0	0	93
<i>Ruotsi</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saksa	4	33	105	151	147	121	99	109	92	95	112	1068
<i>Slovakia*</i>											0	0
<i>Slovenia*</i>											0	0
Sveitsi									0	0	0	0
<i>Tanska</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	10	12	12	34
<i>Tseki*</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Unkari*</i>											0	0
<i>Viro*</i>											0	0
<i>Yhdistynyt kuningaskunta</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Yhteensä</b>	<b>25</b>	<b>85</b>	<b>166</b>	<b>199</b>	<b>204</b>	<b>186</b>	<b>178</b>	<b>170</b>	<b>161</b>	<b>156</b>	<b>178</b>	<b>1708</b>
<b>Laskutettavat kuukaudet yhteensä</b>	<b>25</b>	<b>81</b>	<b>154</b>	<b>187</b>	<b>192</b>	<b>162</b>	<b>149</b>	<b>134</b>	<b>115</b>	<b>117</b>	<b>142</b>	<b>1458</b>

*Lähde: Kansaneläkelaitos*

Valtiot, joiden kanssa on luovuttu kustannusten korvaamisesta, on merkitty taulukkoihin *kursiivilla*. Kaikkia näitä valtioita koskevia tietoja ei ole tilastoitu, joten taulukossa esittävät luvut eivät siten ole täysin lopullisia.

Eläkeläisten määrä on kasvanut tasaisesti vuosi vuodelta. Suurimman ryhmän EU-jäsenvaltiosta tulevien henkilöiden sairaanhoidon kustannuksista Suomessa aiheuttavat saksalaiset eläkkeensaajat ja näiden kanssa asuvat perheenjäsenet. Toiseksi suurin eläk-

keensaajien ja näiden perheenjäsenten ryhmä Suomessa ovat italialaiset. Suurin työntekijöiden ja itsenäisten ammatinharjoittajien perheenjäsenten ryhmä tulee myös Saksasta. On syytä todeta, että Pohjoismaista Suomeen muuttavat eläkkeensaajat ovat yleensä paluumuuttajia ja oikeutettuja eläkkeeseen myös Suomesta, jolloin Suomi asetuksen sääntöjen mukaisesti vastaa heidän sairaanhoitonsa kustannuksista kokonaan. He eivät siis kuulu edellä esitettyyn ryhmään.

Kuten taulukoista ilmenee, laskutettavia kuukausia oli alkuvuosina erittäin vähän. Selvä muutos on tapahtunut 1990-luvun loppupuolella ja tällä hetkellä laskutettavia kuukausia olisi vuositasolla noin 1000, mikä vastaa 83 henkilöä vuodessa. Määrä ei siis edelleenkään ole kovin merkittävä. Kaikkien henkilöryhmien osalta laskutettavien määrä on kuitenkin noussut ja tulee todennäköisesti nousemaan tulevaisuudessa selvästi.

### 2.2.3 Uuden asetuksen mukaiset korvaamissäännökset

Uutta asetusta 883/2004 sovelletaan EU/EY-valtion alueella asuviin henkilöihin, jotka kuuluvat tai ovat kuuluneet yhden tai useamman jäsenvaltion lainsäädännön piiriin. Laitosten välisiä korvaamissääntöjä muutettiin osittain asetuksen 1408/71 kertasuorituksia koskevista säännöksistä. Uuden asetuksen säännösten perusteella korvaukset voidaan maksaa joko todellisiin kustannuksiin perustuen kuten aiemmin, tai kiinteämääräisten summien perusteella.

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 883/2004, annettu 29 päivänä huhtikuuta 2004, sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta

*1 luku: Sairausetuudet sekä äitiys- ja vastaavat isyysetuudet*

35 artikla

#### **Laitosten väliset korvaukset**

1. Jäsenvaltion laitoksen tämän luvun nojalla toisen jäsenvaltion laitoksen puolesta suorittamat luontoisetuudet korvataan täysimääräisesti.
2. Edellä 1 kohdassa tarkoitetut korvaukset määritetään ja suoritetaan täytäntöönpanoasetuksessa säädettyjen järjestelyjen mukaisesti joko todellisista kustannuksista esitetyn näytön perusteella tai, jos asianomaisen jäsenvaltion oikeudellisten tai hallinnollisten rakenteiden vuoksi todellisiin kustannuksiin perustuvien korvausten maksaminen ei ole tarkoituksenmukaista, kiinteämääräisten summien perusteella.
3. Kaksi jäsenvaltiota tai useampi jäsenvaltio ja niiden toimivaltaiset viranomaiset voivat sopia muista korvaustavoista tai luopua korvauksista jäsenvaltioiden laitosten välillä.

Asetuksen 883/2004 35 artiklan säännökset laitosten välisistä korvauksista tulevat sovellettavaksi vasta kun täytäntöönpanoasetus on hyväksytty. Täytäntöönpanoasetuksessa määritellään tarkemmin etuuskien korvaamisen periaatteista ja kiinteämääräisen summan laskentamenetelmästä. Kiinteämääräisen summan tulee olla mahdollisimman lähellä todellisia kustannuksia.

*Työryhmä totesi, että asetuksen 883/2004 täytäntöönpanoasetuksen vaikutuksia Suomen korvausjärjestelmän hallintoon ja kustannuksiin ei voida vielä tässä vaiheessa arvioida. Ehdotus täytäntöönpanoasetukseksi annettiin alkuvuodesta 2006 ja sen käsittely on vielä kesken. Etuuksien korvaamista koskevien artiklojen käsittely neuvostossa alkaa vasta aikaisintaan vuonna 2007. Se, mitä menetelmää olisi sovellettava uuden asetuksen aikana, voidaan ratkaista vasta kun asetuksen 883/2004 täytäntöönpanoasetus on laadittu ja Suomi on saanut kokemusta nyt ehdotetun menetelmän soveltamisesta.*

### **2.3 Laskentamenetelmässä käytettävät henkilöryhmät**

Laskentamenetelmää varten työryhmän tuli määritellä laskelmassa tarvittavat henkilöryhmät. Kustannukset tuli määritellä työntekijöiden, itsenäisten ammatinharjoittajien sekä eläkkeensaajien osalta. Perhekohtaisten kustannusten määrittämiseksi myös huollettavien perheenjäsenten lukumäärä täytyi selvittää.

#### **2.3.1 Perhekäsite**

Jokainen jäsenvaltio määrittelee omassa lainsäädännössään, ketkä ovat sellaisia perheenjäseniä, jotka voivat saada sairaanhoitoa päävakuutetun kautta. Jos jäsenvaltion lainsäädännössä ei ole asiasta määritelmää, perheenjäsenellä tarkoitetaan asetuksen 1408/71 mukaan henkilöä, joka määritellään tai tunnustetaan perheenjäseneksi tai osoitetaan talouteen kuuluvaksi jäseneksi lainsäädännössä, jonka perusteella etuudet annetaan, tai tapauksissa, jotka koskevat palkatun työntekijän tai itsenäisen ammatinharjoittajan oikeutta välttämättömiin etuuksiin toisen jäsenvaltion alueella oleskelun aikana, tai eläkeläisen tai perheenjäsenen oleskelua muussa kuin siinä valtiossa, jossa he asuvat.

Jos sanotussa lainsäädännössä perheenjäseneksi tai talouteen kuuluvaksi henkilöksi katsotaan vain henkilö, joka asuu samassa taloudessa kuin palkattu työntekijä tai itsenäinen ammatinharjoittaja tai opiskelija, tämä edellytys katsotaan täytetyksi, jos se, jonka etua asia koskee, on pääasiallisesti riippuvainen tästä henkilöstä. Jos jäsenvaltion lainsäädännön perusteella perheenjäseniä ei voida erottaa muista sellaisista henkilöistä, joihin lainsäädäntöä sovelletaan, käsite ”perheenjäsen” ymmärretään siinä merkityksessä, miten se on kirjoitettu asetuksen 1408/71 liitteeseen. Asetuksen Suomea koskevan liitemääräyksen mukaan määrittäessä oikeudesta luontoisetuuksiin perheenjäsenellä tarkoitetaan puolisoa tai lasta siten, kuin sairausvakuutuslaissa on määritelty.

Tällä hetkellä perheenjäseneksi sairausvakuutuslain mukaan määritellään aviopuolison ja avopuolison lisäksi alle 18-vuotiaat lapset. Rekisteröidystä parisuhteesta annetun lain (950/2001) mukaan myös rekisteröidyn parisuhteen toinen osapuoli kuuluu Suomessa perheenjäsenen määritelmän piiriin.

Suomessa perhekäsitteen määritelmä on muuttunut Suomen EU-jäsenyyden aikana ja näin ollen Suomen kertamaksulaskutuksen soveltamisaikana. Perhekäsitteen määritelmän muuttuminen aiheutti ongelmia täytäntöönpanoasetuksen mukaisessa laskentamenetelmässä tarvittavaan väestöryhmien määrittelyyn. Laskelmassa vaadittavat väestöryhmät olisi pitänyt määritellä uudelleen lainsäädännön muutosten jälkeen. Tämä olisi aiheuttanut huomattavasti lisätyötä. Perheenjäsenen määritelmä ei olisi kuitenkaan ollut kovin luotettava, koska sen määrittelemiseksi olisi täytynyt käyttää paljon arvioita.

### 2.3.2 Työntekijän ja itsenäisen ammatinharjoittajan määritelmät

Asetuksen 1408/71 mukaan palkatulla työntekijällä ja itsenäisellä ammatinharjoittajalla tarkoitetaan henkilöä, joka on pakollisesti vakuutettu yhden tai useamman asetuksessa tarkoitettun sosiaaliturvan alan kattaman vakuutustapahtuman varalta sosiaaliturvajärjestelmässä, joka koskee kaikkia asukkaita tai koko työssä olevaa väestöä, jos tällainen henkilö

- a) voidaan määrittää palkatuksi työntekijäksi tai itsenäiseksi ammatinharjoittajaksi sen perusteella, kuinka tällainen järjestelmä on hallinnollisesti järjestetty tai rahoitettu, tai jollei tällaista perustetta ole,
- b) on vakuutettu joidenkin muiden asetuksen liitteessä eriteltyjen vakuutustapahtumien varalta palkattujen työntekijöiden tai itsenäisten ammatinharjoittajien järjestelmässä, tai maatalousyrittäjien sosiaaliturvajärjestelmässä joko pakollisen tai valinnaisen jatkuvan vakuutuksen perusteella, tai jollei kyseisessä jäsenvaltiossa ole sellaista järjestelmää, vastaa asetuksen liitteessä olevaa määritelmää.

Asetuksen Suomea koskevassa liitemääräyksessä palkattuna työntekijänä tai itsenäisenä ammatinharjoittajana pidetään Suomessa henkilöä, joka on työeläkejärjestelmää koskevassa lainsäädännössä tarkoitettu palkattu työntekijä tai itsenäinen ammatinharjoittaja. Näihin rinnastetaan myös työttömänä oleva henkilö, jos hän saa työttömyysetuutta. Asetuksen 1408/71 liitteen työntekijämääritelmää sovelletaan Suomeen toisesta EU/EY-valtiosta tulevan työntekijään tai itsenäiseen ammatinharjoittajaan, kun päätetään tämän oikeuksista etuuksiin, jotka eivät kuulu soveltamisalalain piiriin, mutta jotka kuuluvat asetuksen 1408/71 piiriin.

Suomeen tuleva työntekijä on oikeutettu julkisen terveydenhuollon palveluihin tullessaan työeläkevakuutetuksi käytännössä heti työskentelyn aloitettuaan. Vuoden 2005 alusta tuli voimaan sairausvakuutuslain (1224/2004) uudistus, jonka mukaan sairausvakuutettuja ovat Suomessa vakinaisesti asuvien henkilöiden lisäksi myös Suomessa työskentelevät henkilöt, vaikka he eivät Suomessa asuisikaan. Työskentelyperusteisen sairausvakuuttamisen kriteerit ovat samat sekä EU/EY-valtioista että muista maista tuleville.

Työskentelyn perusteella sairausvakuutettuja ovat Suomessa työ-, virka- tai muussa palvelussuhteessa olevat henkilöt, joiden työsuhde on tarkoitettu jatkumaan yhdenjaksaisesti vähintään neljä kuukautta ja joiden työaika ja -ansiot täyttävät työttömyysturvain (1290/2002) viikkotyöaika ja palkan määrää koskevat edellytykset. Henkilön työajan tulee olla yhdessä tai useammassa työssä yhteensä vähintään 18 tuntia kalenterivii-kossa. Palkkaa koskevat edellytykset täyttyvät, kun palkka on työehtosopimuksen mukainen. Jos alalla ei ole työehtosopimusta, kokoaikatyön palkan on vastattava vähintään työttömyysturvan peruspäivärahan 40-kertaista määrää kuukaudessa (940 €/kk vuonna 2006).

Suomessa yrittäjäksi määritellään henkilö, joka on velvollinen ottamaan yrittäjien eläkelaisissa (468/1969) tai maatalousyrittäjien eläkelaisissa (467/1969) tarkoitettun vakuutuksen.

### **3 TOISESSA MAASSA VAKUUTETTUJEN SAIRAANHOIDON KUSTANNUKSET**

Toisessa valtiossa vakuutettujen Suomessa aiheuttamat sairaanhoidon kustannukset eivät ole suoraan tilastoista selvitettävissä. Tämän johdosta Suomen Kuntaliitto toteutti työryhmän työn tueksi vuotta 2004 koskevan kuntakyselyn (jäljempänä kysely), jolla selvitettiin muualla kuin Suomessa vakuutettujen osalta terveyspalveluiden käyttöä Suomessa. Kyselyssä eriteltiin erikoissairaanhoito, terveyskeskuksissa annettu hoito ja suun terveydenhuolto. Kyselyllä pyydettiin sairaaloilta ja terveyskeskuksilta tietoja siitä, kuinka paljon on ollut potilaina asetuksen 1408/71 soveltamisalan piiriin kuuluvia henkilöitä ja kuinka paljon näiden hoidosta on aiheutunut kustannuksia.

Kyselyn tarkoituksena oli ensisijaisesti selvittää näiden henkilöiden välttämättömän ja oleskelun aikaisen sairaanhoidon kustannuksia. Samalla selvitettiin Suomeen hoitoon hakeutuvien lukumäärää ja kustannuksia sekä mahdollisia ostopalveluja. Kyselyn tuloksena pyrittiin saamaan tietoa myös siitä, mistä maista hoitoa saavat henkilöt tulevat.

Terveyskeskuksille ja sairaaloille lähetetyissä kyselylomakkeissa ei käytetty virallista EU-sanastoa. Tämä johtui siitä, että tietojen saamiseksi käytettiin vastaajien laajalti tuntemaa sanastoa. Kuntakysely ja lähetekirje ovat raportin liitteinä 4.-7.

Kyselyssä eriteltiin kiireellistä ja ei-kiireellistä hoitoa saavien henkilöiden määrää ja kustannuksia. Kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa ei ole erikseen määritelty kiireellisyys-termiä. Käytännön sairaanhoidossa kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan välittömästi tarvittavaa hoitoa ja niitä tapauksia, joiden sairauden ja vamman laatu hoitamattomana olennaisesti pahenee tai aiheuttaa palautumattomia muutoksia ennen kuin potilas poistuu Suomesta.

Kuntakyselyllä selvitettiin eurooppalaisen sairaanhoitokortin käyttöä siltä osin onko kiireelliseen hoitoon hakeutuva henkilö esittänyt sairaanhoitokortin todistuksena oikeudestaan hoitoon. Kyselyssä tiedusteltiin lisäksi sitä, kuinka paljon hoitoa annetaan E 112 –todistuksen perusteella eli kuinka paljon Suomeen on hakeuduttu hoitoon toisen EU/EY-valtion antaman luvan perusteella.

**Taulukko 3. Kiireellisen ja oleskelun aikaisen erikoissairaanhoidon kustannukset vuonna 2004** \* Vertailuluku: koko maan keskimääräinen kustannus = 100

	Asukaslu- ku 31.12. 2004	Kust./ avohoito	Kust./ päiväki- rurgia	Kust./ hoito sairaansijalla	Kust. yhteensä	Kust./ asukas	Vertailulu- ku* (kust/asukas)
Helsingin ja Uu- denmaan shp	1 435 372	472 000	18 000	1 850 000	2 340 000	1,630239	150
Varsinais- Suomen sairaanhoidopiiri	453 745	63 000		567 000	630 000	1,388445	127
Satakunnan shp Kanta-Hämeen sairaanhoidopiiri	230 694	75 438	1 605	145 950	222 993	0,966618	89
Pirkanmaan sairaanhoidopiiri	167 630	27 623		59 533	87 156	0,519931	48
Päijät-Hämeen sairaanhoidopiiri	464 984	84 232	1 222	255 544	340 998	0,733354	67
Päijät-Hämeen sairaanhoidopiiri	210 049	14 910		127 721	142 631	0,679037	62
Kymenlaakson sairaanhoidopiiri	178 205	86 278	3 279	175 965	265 522	1,489981	137
Etelä-Karjalan sairaanhoidopiiri	128 691	18 500		44 900	63 400	0,492653	45
Etelä-Savon sairaanhoidopiiri	107 335	36 860	660	71 235	108 755	1,013225	93
Itä-Savon sairaanhoidopiiri	58 346	21 881		28 694	50 575	0,866812	80
Pohjois-Karjalan sairaanhoidopiiri	173 018	46 285		98 983	145 268	0,839612	77
Pohjois-Savon sairaanhoidopiiri	249 501	45 000	576	135 000	180 576	0,723749	66
Keski-Suomen sairaanhoidopiiri	267 182	72 000	2 000	270 000	344 000	1,287512	118
Etelä- Pohjanmaan sairaanhoidopiiri	185 230	20 600		100 500	121 100	0,653782	60
Vaasan sairaan- hoidopiiri	175 470	13 000		23 500	36 500	0,208013	19
Keski- Pohjanmaan sairaanhoidopiiri	77 293	84 401	1 500	23 361	109 262	1,413608	130
Pohjois- Pohjanmaan shp	376 651	60 500		300 000	360 500	0,957119	88
Kainuun sai- raanhoidopiiri	82 214						
Länsi-Pohjan sairaanhoidopiiri	68 642	47 000		82 000	129 000	1,879316	172
Lapin sairaan- hoidopiiri	119 829						
<b>Sairaanhoidopiiri- rit yht.</b>	<b>5 210 081</b>	<b>1 289 508</b>	<b>28 842</b>	<b>4 359 886</b>	<b>5 678 236</b>	<b>1,089856</b>	<b>100</b>
% kokonaiskustannuksista		22,71 %	0,51 %	76,78 %			

Lähde: Suomen Kuntaliitto



**Taulukko 4. Kiireellisen ja oleskelun aikaisen sairaanhoidon kustannukset terveyskeskuksissa vuonna 2004** \* Vertailulukku: koko maan keskimääräinen kustannus = 100

	Asukasluku 31.12. 2004	Kust./ avohoito	Kust./ sairaala tai vuode- osasto	Kust./ yhteen- sä	Kust. / asu- kas	Vertailulukku* (kust./asukas)
Helsingin ja Uudenmaan shp	1 435 372	108 060	16 310	124 369	0,086646	38
Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri	453 745	27 296	5 033	32 329	0,071249	31
Satakunnan shp	230 694	34 869	0	34 869	0,151148	67
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri	167 630	36 790	0	36 790	0,219469	97
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	464 984	21 438	3 395	24 833	0,053407	24
Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri	210 049	10 366	0	10 366	0,049352	22
Kymenlaakson sairaanhoitopiiri	178 205	18 331	0	18 331	0,102863	45
Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri	128 691	32 063	0	32 063	0,249147	110
Etelä-Savon sairaanhoitopiiri	107 335	18 278	3 298	21 576	0,201016	89
Itä-Savon sairaanhoitopiiri	58 346	21 124	0	21 124	0,362041	160
Pohjois- Karjalan sairaanhoitopiiri	173 018	39 979	33 218	73 197	0,42306	187
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	249 501	92 678	2 660	95 338	0,382115	169
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri	267 182	143 937	20 511	164 448	0,615491	271
Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	185 230	26 001	5 141	31 141	0,168123	74
Vaasan sairaan- hoitopiiri	175 470	101 088	0	101 088	0,576098	254
Keski- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	77 293	10 395	0	10 395	0,134486	59
Pohjois- Pohjanmaan shp	376 651	61 869	12 342	74 211	0,197028	87
Kainuun sai- raanhoitopiiri	82 214	24 803	2 060	26 863	0,326746	144
Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri	68 642	89 793	1 000	90 793	1,322709	583
Lapin sairaan- hoitopiiri	119 829	142 257	14 754	157 010	1,310286	578
<b>Sairaanhoitopiiri- yht.</b>	<b>5 210 081</b>	<b>1 061 414</b>	<b>119 721</b>	<b>1 181 134</b>	<b>0,226702</b>	<b>100</b>
% kokonaiskustannuksista		89,86 %	10,14 %			

Lähde: Suomen Kuntaliitto

Taulukoissa 3. ja 4. on listattu kiireellisen ja oleskelun aikaisen sairaanhoidon kustannukset sairaanhoitopiireittäin vuonna 2004 selvityksen mukaisina. Selvityksen mukaan sairaanhoitopiireissä kiireellisestä ja oleskelun aikaisesta hoidosta syntyi kustannuksia yhteensä 5,68 miljoonaa euroa eli keskimäärin 1,09 euroa asukasta kohden. Suurimmat kustannukset tulivat maksettavaksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille, jossa asukasta kohden kustannuksia syntyy 1,63 euroa vuodessa ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirille, jossa kustannuksia syntyi 1,88 euroa asukasta kohden. Pienimmät kustannukset olivat Vaasan sairaanhoitopiirissä, jossa kustannukset olivat vain 0,21 euroa asukasta kohden.

Terveyskeskuksissa kiireellisestä ja oleskelun aikaisesta hoidosta syntyi selvityksen mukaan kustannuksia 1,18 miljoonaa euroa eli keskimäärin 0,23 euroa asukasta kohden vuodessa. Suurimmat kustannukset terveyskeskuksille aiheutuvat Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiireissä (1,3 euroa asukasta kohden) ja pienimmät Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä (0,05 euroa asukasta kohden).

Kaikista terveyskeskuksista ei saatu kyselyyn vastausta. Näin ollen kaikista terveyskeskuksista ei ole varmaa tietoa siitä, kuinka paljon ulkomaalaisia näillä on ollut hoidettavana. Kuntaliiton arvion mukaan puuttuvia kustannuksia olisi 0,5 miljoonan euron verran. Tällöin kokonaiskustannukset olisivat yhteensä noin 7,4 miljoonaa euroa.

## **4 SUOMEN KIINTEÄMÄÄRÄISTEN KUSTANNUSTEN LASKENTAMENETELMÄ**

### **4.1 Kiinteämääräisten kustannusten laskennassa huomioon otettavat kustannukset**

Jokainen EU/EY-valtio on velvollinen antamaan sairaanhoitoa alueellaan tilapäisesti oleskeleville tai siellä asuville, jotka kuuluvat toisen jäsenmaan sosiaaliturvajärjestelmän piiriin. Sairaanhoitoa antanut valtio voi periä hoidon kustannukset siltä jäsenvaltiolta, jonka sairaanhoitojärjestelmään henkilö kuuluu. Hoidon kustannukset laskutetaan todellisten kustannusten mukaan. Toisessa jäsenmaassa pysyvästi asuvien eläkkeensaajien ja heidän perheenjäsentensä, sekä niiden työntekijöiden perheenjäsenten, jotka asuvat eri maassa kuin itse työntekijä, kustannukset tulee velkoa kertamaksuperiaatteella täytäntöönpanoasetuksen 574/72 mukaisesti. Täytäntöönpanoasetuksen kertamaksuartikloissa määriteltyä kiinteämääräisten kustannusten laskentamenetelmää on täsmennetty siirtotyöläisten sosiaaliturvan hallintotoimikunnan päätöksillä.

Päätöksellä N:o 175 ohjeistetaan tarkemmin sitä, mitä kustannuksia laskentaan tulee sisällyttää ja mitä siihen ei tule sisällyttää. Päätöksen määritelmällä tarkennetaan ne kustannukset, jotka voidaan periä varsinaisesta annetusta hoidosta. Korvattaviin kustannuksiin ei sisällytetä hallintokustannuksia, hallinnollisista tarkastuksista ja lääkärintarkastuksista aiheutuneita kustannuksia eikä asiakkaiden omavastuuosuuksia. Korvauksien joukkoon ei voida myöskään sisällyttää kustannuksia, jotka aiheutuvat lääketieteellisestä tutkimustyöstä tai ennaltaehkäisevän terveydenhuollon toimenpiteistä. Päätöksen mukaan yleistä terveyttä edistävän toiminnan kustannuksia, kuten elintarviketurvallisuudesta, veden fluorisoinnista ja kampanjoista aiheutuvia kustannuksia, ei saa sisällyttää kertamaksun pohjana oleviin kustannuksiin. Päätöksen kohdan 6 mukaan kiinteämääräisten kustannusten laskennassa ei voida ottaa huomioon korvauksia, jotka on

suoritettu toisille jäsenvaltioille asetuksen mukaisesti tai kahden- tai monenvälisten sopimusten perusteella. Päätös N:o 175 on raportin liitteenä 3.

Jokaisen jäsenvaltion on toimitettava tiettyä vuotta koskevat kiinteämääräiset vuosikustannukset henkilöä kohti EU:n hallintotoimikunnan alaiselle tilintarkastuslautakunnalle. Sen jälkeen kun kustannukset on hyväksytty, voidaan korvaukset suorittaa laitosten välillä. Kiinteämääräiset vuosikustannukset julkaistaan Euroopan unionin virallisessa lehdessä.

Suomi ei ole toistaiseksi laskuttanut täytäntöönpanoasetuksen 94 ja 95 artiklojen perusteella muita jäsenmaita. Tilintarkastuslautakunnan kokouksessa marraskuussa 2004 myönnettiin Suomelle lupa soveltaa poikkeusta 94 ja 95 artiklaan perustuvien saatavien osalta tilivuoden 1999 ja sitä edeltävien tilivuosien saatavista. Suomelle on näin ollen myönnetty varaus ns. vanhojen saatavien osalta jo hyväksytyjen viimeisten saatavien ilmoittamispäivämääristä huolimatta, kunnes laskutusmenetelmä on vahvistettu.

#### **4.2 Laskentamenetelmät eräissä muissa jäsenvaltioissa**

Vuosittaisten kertamaksujensa määrittämiseen jokaisen jäsenvaltion tulee laatia laskentamenetelmä, jota se käyttää hallintotoimikunnan alaisen tilintarkastuslautakunnan suosituksen perusteella ja hallintotoimikunnan hyväksymänä. Laskentamenetelmä on kuitenkin osoittautunut hankalaksi toteuttaa suoraan asetuksen säännösten perusteella, mistä johtuen useimmat jäsenmaat ovat antaneet erillisen ehdotuksen laskentamenetelmäkseen. Kertamaksun laskentamenetelmien osalta on viime aikoina hyväksytty asetuksen säännöistä poikkeavat menetelmät, jos säännösten soveltaminen on osoittautunut jäsenmaalle lähes mahdottomaksi toteuttaa.

EU-jäsenvaltioista Luxemburg on ainoa valtio, joka noudattaa suoraan täytäntöönpanoasetuksen kertamaksuartiklojen mukaista laskentamenetelmää. Kaikki muut jäsenvaltiot ovat muuttaneet laskentamenetelmäänsä omaan järjestelmäänsä sopivaksi. Moni valtio on valinnut kiinteämääräisten kustannusten laskentaa varten menetelmän, joka perustuu tiedossa oleviin, henkeä kohti sekä iän ja joskus sukupuolen mukaan määritettyihin kiinteämääräisiin kustannuksiin. Tämän jälkeen otetaan huomioon perhekooko, etuudensaajat ja huollettavat sekä työssä olevat ja eläkkeensaajat. Tässä vaiheessa valtiot joutuvat käyttämään paljon olettamia ja arvioita. Kyseisellä menetelmällä täytetään kertamaksuartiklojen vaatimukset.

Työryhmä selvitti Suomen kertamaksujen laskentamenetelmän muodostamiseksi muiden maiden laskentamenetelmiä. Ruotsin, Yhdistyneen kuningaskunnan ja Alankomaiden laskentamenetelmät on otettu esimerkeiksi menetelmistä, jotka olisivat mahdollisia toteuttaa myös Suomen kannalta. Ruotsin sairaanhoitojärjestelmän yhtäläisyyksien vuoksi Ruotsin laskentamenetelmä toimii hyvänä esimerkkinä. Myös Yhdistyneessä kuningaskunnassa sairaanhoito on järjestetty osittain samalla tavalla kuin Suomessa. Alankomaiden menetelmä toimii esimerkkinä laskentamenetelmästä, jossa väestö jaetaan ikäluokittain kahteen ryhmään ja kustannukset jaotellaan täytäntöönpanoasetuksen kertamaksuartiklojen säännöksistä poiketen ikäryhmien mukaisesti.

#### **4.2.1 Ruotsi**

Ruotsin vuodelle 1995 hyväksytyyn laskentamenetelmän tiedot perustuvat otantatutkimukseen. Kustannukset lasketaan toiminta-alueittain siten, että kustannukset jaetaan maassa tilapäisesti oleskelevien (turistien) saamaan hoitoon, eläkeläisten saamaan hoitoon sekä sopimusvaltiosta tulevan henkilön saamaan hoitoon. Työikäiset henkilöt jaetaan kolmeen ikäluokkaan ja kaikki yli 65-vuotiaat lasketaan eläkkeensaajiksi. Yhteensä ikäryhmiä on kuusi, eli kolme alle 65-vuotiaiden ja kolme yli 65-vuotiaiden ryhmää. Lisäksi otetaan huomioon yksi ryhmä, johon luetaan henkilöt, joiden ikä ei ole tiedossa. Sairaanhoidon kustannukset jaetaan ikäryhmittäin sairaalahoidon, avohoidon, hoidosta aiheutuneiden matkojen ja lääkkeiden kustannuksiin. Sairaanhoidon kustannuksiin ei sisällytetä vanhusten hoivapalvelusta eikä aikuisten hammashoidosta syntyneitä kustannuksia, koska ikäjakaumasta ei ole yksityiskohtaista tietoa.

Sairaanhoidokustannuksista vähennetään työperäisistä sairauksista ja työtapaturmista johtuneet hoitokustannukset, joista molemmat perustuvat arvioituihin lukuihin. Työperäisistä sairauksista ja työtapaturmista johtuneiden työeläkkeensaajan hoitokustannusten oletetaan tässä vastaavan 15-64 -vuotiaiden ikäryhmään kuuluvan henkilön hoidon kokonaiskustannuksia. Määrä yliarvioidaan, mutta toisaalta jätetään huomiotta muiden kuin eläkkeensaajien työperäisten sairauksien ja vammojen aiheuttamat kustannukset, jotka maksetaan normaalin sairausvakuutuksen perusteella.

Laskennassa työkyvyttömiksi katsottiin henkilöt, jotka vuoden 1995 lopussa saivat työkyvyttömyyseläkettä. Perhe-eläkkeitä ei otettu tässä huomioon.

Varhaiseläkeläisten aiheuttamat kustannukset lasketaan siten, että alle 65-vuotiaiden varhaiseläkeläisten sairaanhoidokustannusten oletetaan olevan samat kuin muiden 15-64 -vuotiaiden henkilöiden. Tämän ikäryhmän kustannuksiin lisätään kustannusosuus aikuisten hammashoidosta.

Muiden henkilöryhmien kustannukset lasketaan siten, että vanhuus- ja varhaiseläkeläisten osuus vähennetään ja jäljelle jäävät hoitokustannukset jaetaan sen mukaisesti, mikä kunkin ryhmän suhteellinen osuus on väestöstä. Määrä jaetaan eri henkilöryhmien välillä sen mukaan, mikä niiden suhteellinen osuus on jäljelle jäävästä väestöstä (työntekijöiden ja itsenäisten ammatinharjoittajien sekä näiden perheenjäsenten ja eläkeläisten perheenjäsenten yhteenlaskettu lukumäärä). Näin saadaan muodostettua arvio perhekohtaisista kustannuksista.

#### **4.2.2 Yhdistynyt kuningaskunta**

Yhdistyneen kuningaskunnan menetelmässä väestö jaetaan palkattuihin työntekijöihin, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja eläkkeensaajiin sekä heidän huollettaviinsa. Eläkkeensaajat jaetaan vanhuuseläkkeen saajiin, työkyvyttömyyseläkkeen saajiin sekä leskeneläkkeen saajiin. Väestö jaetaan vielä iän mukaan viiteen ikäluokkaan ja lisäksi sukupuolen mukaan.

Laskentamenetelmä sisältää kolme vaihetta. Ensiksi hankitaan yleiset taloudelliset tiedot Yhdistyneestä kuningaskunnasta. Tähän tarkoitukseen käytetään hallituksen lähteitä Englannista, Skotlannista, Walesista ja Pohjois-Irlannista. Sen jälkeen nämä kootut tiedot jaotellaan laskennassa käytettyjen palvelujen mukaan. Terveystieteiden kustan-

nuksiin lasketaan mukaan yleiset lääkäripalvelut, yleiset hammaslääkäripalvelut, lääkkeet, näkökykyyn liittyvät palvelut, sairaalapalvelut, äitiyshuoltopalvelut, sairaankuljetus ja muut palvelut sekä lähipalvelut. Laskelman kustannuksista poistetaan työtapatu-  
mat.

Toiseksi jaotellaan menot hallituksen tilastojen pohjalta, jotta voidaan osoittaa eri väestöryhmiin kohdistuvat menot. Lopuksi kootaan työntekijöiden ja eläkkeensaajien ja heidän huollettaviensa lukumäärää koskevat julkaistut tilastotiedot, jotta saadaan selville terveyspalveluryhmittäin eriteltyt menot ikäryhmien ja sukupuolen mukaan jaoteltuina ja vastaavasti kiinteämääräiset kustannukset sukupuolen ja ikäryhmän mukaan esitettynä. Näiden perusteella lasketaan perhekohtaiset kustannukset.

#### 4.2.3 Alankomaat

Alankomaiden laskentamenetelmässä väestö jaetaan ikäluokittain alle 65-vuotiaisiin ja yli 65-vuotiaisiin, jolloin laskenta perustuu näiden kahden ikäluokan mukaisiin lukuihin. Vakuutettujen määrä perustuu Alankomaiden laskelmassa tilastojen keskimääräiseen vakuutettujen lukumäärään. Erityisiä sairaanhoitokustannuksia koskevassa yleisessä laissa (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ) on kyse yleisestä vakuutuksesta, joka koskee koko Alankomaissa asuvaa väestöä. Vakuutettujen ja heidän perheenjäsentensä välille ei tehdä eroa.

Sairausvakuutuskassoista annetun lain (Ziekenfondswet) ja erityissairaanhoitokuluja koskevan lain (AWBZ) perusteella myönnettyjen etuuksien kiinteämääräiset kustannukset on jaettu kahteen ryhmään vakuutettujen iän mukaan: vähintään 65-vuotiaat ja alle 65-vuotiaat. Tätä jaottelua käytetään määrittäessä Alankomaiden kiinteämääräisiä kustannuksia täytäntöönpanoasetuksen kertamaksuartiklojen mukaisesti. Kustannukset lasketaan pakollisen sairausvakuutuksen kustannuksista sekä AWBZ-lakiin perustuvista kustannuksista.

- a) Alle 65-vuotiaiden henkilöiden kiinteämääräiset kustannukset:
  - palkattujen työntekijöiden perheenjäsenet (94 artikla)
  - alle 65-vuotiaat eläkkeensaajat (95 artikla)
  - eläkkeensaajien alle 65-vuotiaat perheenjäsenet (95 artikla)
- b) Vähintään 65-vuotiaiden henkilöiden kiinteämääräiset kustannukset:
  - vähintään 65-vuotiaat eläkkeensaajat (95 artikla)
  - eläkkeensaajien vähintään 65-vuotiaat perheenjäsenet (1.7.1994 lähtien)

Alankomaat käyttää siten puhtaasti ikäluokkiin perustuvaa laskentamenetelmää eikä laadi perhekohtaisia laskelmia.

### 4.3 Suomessa selvitetty laskentamenetelmät

#### 4.3.1 Täytäntöönpanoasetuksen kertamaksuartiklojen mukainen perhekohtaisiin kustannuksiin perustuva laskentamenetelmä

##### 4.3.1.1 Terveydenhuoltomenot

Laskentamenetelmää varten selvitettiin ensin laskentaan mukaan otettavat terveydenhoitomenot ottaen huomioon asetuksen ja hallintotoimikunnan päätöksen no. 175 määräykset. Hyväksyttävät terveydenhoitomenot ovat ne menot joista julkinen terveydenhoito Suomesta vastaa. Mallilaskennan perusvuodeksi valittiin vuosi 2002, koska tälle vuodelle oli käytettävissä STAKES:n erillinen selvitys terveydenhoitomenojen jakautumisesta ikä- ja sukupuoliluokittain.

Lähtökohtana terveydenhuoltomenoja määriteltäessä oli Stakesin vuositilasto *Terveydenhuollon menot Suomessa*. Tilastossa esitetyt kustannukset ovat käyttökustannuksia eikä niihin sisälly investointimenoja. Kokonaismenoista vähennettiin vuodeosastohoidon kustannuksista yksityisten sairaaloiden osuus, avohoitopalveluista yksityishoidon osuus sekä työterveyshuollon ja ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön kustannukset. Suun terveydenhuollosta eriteltiin kunnallisen terveydenhuollon hammashuollon kustannukset. Näin saaduista julkisesti tuotetun terveydenhuollon kustannuksista vähennettiin asiakkaan maksuilla kustannettava osuus vuodeosastohoidosta, avohoidosta ja suun terveydenhuollosta. Asiakasmaksujen vuosittainen kustannusosuus perustuu Tilastokeskuksen *Kuntien taloustilastoon*, jonka perusteella asiakasmaksujen osuus kustannuksista poistettiin laskelmasta. Asiakasmaksuprosentit sektoreittain on esitetty liitteessä 1.

Sairausvakuutuksen korvauskustannukset yksityissektorin ja avohoidon kustannuksiin lisättiin kokonaismenoihin. Sairausvakuutuksen maksama korvaus työterveyshuollon ja opiskelijoiden terveydenhuollon järjestämisen kustannuksista lisättiin terveydenhuollon kokonaismenoihin. Tiedot perustuvat Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutustilastoon.

Julkinen terveydenhuolto on vastannut myös tapaturmavakuutuksen potilaiden hoidosta. Tapaturmavakuutuksen perusteella on maksettu vain asiakasmaksujen korvaus. Näitä kustannuksia ei ole peritty vakuutusyhtiöiltä eikä niitä ole kirjattu erikseen. Työperäisistä sairauksista ja tapaturmista johtuneet hoitokustannukset oli siten arvioitava. Tapaturmavakuutusyhtiöiltä perittiin vuosina 1993-2005 erillinen vuotuinen kertakorvaus, mikä on arvioitu vastaavan hoitokustannuksia. Tätä vuotuista kertasuoritusta vastaava erä on vähennetty terveydenhuollon kustannuksista. Vähennys on ikäluokkakohtaisessa tarkastelussa kohdennettu ikäryhmään 18-64 -vuotiaat. Vakuutuslaitosten valtiolle vuosittain maksamasta väliaikaisesta täyskustannusmaksusta luovuttiin vuoden 2005 alusta lähtien.

**Taulukko 5. Asetuksen 574/72 mukaiset terveydenhuollon kustannukset vuonna 2002**

<b>Terveydenhuoltokustannukset, milj. euroa</b>	<b>vuonna 2002</b>
Vuodeosastohoito	3 506,90
Avohoito	2 151,50
Suun terveydenhuolto	235,00
Lääkekorvaukset	859,40
Matkakorvaukset	134,30
<b>Kaikki yhteensä</b>	<b>6 887,10</b>
- poistetaan tapaturmavakuutuksen osuus	29,90
<b>Asetuksen 574/72 mukaiset kustannukset</b>	<b>6 857,20</b>

STAKES:n erilliselvityksen *Terveydenhuollon menot ikä- ja sukupuoliryhmittäin vuonna 2002* mukaan voitiin terveydenhuollon kustannukset jakaa kustannusryhmittäin ikäluokkakohtaisiin kustannuksiin. Tulokset on esitetty taulukossa 6.

**Taulukko 6. Terveysthuollon kustannukset vuonna 2002 ikäryhmittäin (euroa)**

Kustannukset	milj. €	milj. €		%	
	yhteensä	0-64	65+	0-64	65+
<b>Vuodeosastohoito</b>	<b>3506,9</b>	<b>1728,9</b>	<b>1778,0</b>	<b>49,3</b>	<b>50,7</b>
<b>Avohoito:</b>					
<b>Kunnallinen terveydenhuolto</b>	<b>1816,9</b>	<b>1304,5</b>	<b>512,4</b>	<b>71,8</b>	<b>28,2</b>
Sairausvakuutuskorvaukset					
- työterveydenhuolto	155,5	154,4	1,1	99,3	0,7
- yksityinen terveydenhuolto	119,8	91,2	28,6	76,1	23,9
- kuntoutus	59,3	56,6	2,7	95,4	4,6
<b>Sairausvakuutuksen kustannukset yhteensä</b>	<b>334,6</b>	<b>302,2</b>	<b>32,4</b>		
<b>Suun terveydenhuolto</b>					
- kunnallinen hoito	170,1	161,6	8,5	95,0	5,0
- sairausvakuutuskorvaukset	64,9	60,6	4,3	93,4	6,6
<b>Lääkkeet</b>	<b>859,4</b>	<b>515,6</b>	<b>343,8</b>	<b>60,0</b>	<b>40,0</b>
<b>Matkakustannusten korvaukset</b>	<b>134,3</b>	<b>68,9</b>	<b>65,4</b>	<b>51,3</b>	<b>48,7</b>
Kaikki	6887,1	4142,3	2744,8		
Poistetaan tapaturmavakuutuksen osuus	-29,9	-29,9	0		
<b>Asetuksen 574/72 mukaiset kustannukset</b>	<b>6857,2</b>	<b>4112,4</b>	<b>2744,8</b>		
<b>Väestö</b>	<b>5 181 115</b>	<b>4 403 917</b>	<b>777 198</b>	<b>85,0</b>	<b>15,0</b>
<b>euroa per henkilö</b>	<b>1323,50</b>	<b>933,81</b>	<b>3531,62</b>		
<b>% kustannuksista</b>		<b>60,0</b>	<b>40,0</b>		

## 4.3.1.2 Väestöryhmät

Laskelmissa tarvittavat väestöryhmät perustuvat Tilastokeskuksen väestötilastoon vuodelta 2000 (perhetiedot) ja väestö- ja tasa-arvotilastosta. Väestötilasto tuotetaan vuosittain. Terveysthuoltomenot perustuvat Stakesin julkaisuun *Terveysthuollon menot ikä- ja sukupuoliryhmittäin vuonna 2002*.

Työryhmän oli tehtävä useita oletuksia ja arvioita perhekäsitteestä sekä työntekijän ja eläkkeensaajan määrittämisestä. Pohjatietona 94 artiklan henkilöryhmää määriteltäessä käytettiin väestötilaston osoittamaa 18-64-vuotiaiden osuutta väestöstä. Tästä ryhmästä arvioitiin aktiiviväestön ja huoltajien suhteellisten osuuksien pysyvän samana kuin vuoden 2000 väestölaskennassa. Huollettavien lukumäärä saatiin olettamalla, että huoltajaa kohden huollettavien osuus säilyi myös samana. Laskentamenetelmässä otetaan huomioon vain puoliset, jotka eivät ole töissä. Työssä käyviä puolisoita ei lueta huollettaviin.



Työntekijä on ensisijainen henkilö, jonka mukaan huollettavat lasketaan. Näin ollen, jos toinen puoliso on työntekijä ja toinen on eläkkeensaaja, perheen huollettavat lapset luetetaan työntekijän mukaan laskutettaviksi.

Asetuksen 95 artiklan mukaisten eläkkeensaajien lukumäärä arvioitiin Tilastokeskuksen *Suomen eläkkeensaajat* –tilaston luvuista. Suomessa asuvien Suomesta eläkettä saavien henkilöiden määrä sekä ikäjakauman tiedot perustuvat samaan tilastoon. Tämä luku sisältää henkilöitä, jotka eivät väestölaskennan mukaan kuulu vakuutettujen eläkkeensaajien henkilöryhmään. Tällaisia henkilöitä ovat muun muassa palkkatyön ohella eläkettä saavat. Eläkkeensaaja tilastoidaan työntekijäksi silloin, jos työnantaja on maksanut hänestä työeläkemaksua. Muutos tapahtuu heti työeläkkeen maksamisen aloittamisesta, vaikka työnteko olisi vähäistä. Oletuksena oli, että vakuutettujen eläkkeensaajien suhteellinen osuus kaikista eläkettä saavista on sama kuin vuonna 2000. Kun tästä kokonaisluvusta vähennettiin vähintään 65-vuotiaat eläkkeensaajat, saatiin Suomessa sairausvakuutetut alle 65-vuotiaat eläkkeensaajat.

Asetuksen mukaan eläkeläiset oli huomioitava laskelmassa vuoteen 1998 saakka perhekohtaisesti. Vuodesta 1998 kaikki jäsenmaat Ranskaa lukuun ottamatta ovat laskeneet eläkeläisten henkilökohtaiset kustannukset. Tästä poiketen Ranskalla oli siirtymäaika vuoteen 2001 saakka laskuttaa eläkeläiset perhekohtaisesti.

Suomessa väestö ikääntyy nopeasti ja yli 65-vuotiaiden suhteellinen osuus väestöstä kasvaa. Eläkkeensaajien huollettavista ilmeisesti suurin osa on työkyvyttömyyseläkettä saavilla. Väestötilaston mukaan eläkkeensaajien huollettavista 52 prosenttia on lapsia. Huollettavien aikuisten voidaan olettaa olevan alle 65-vuotiaita, joten on perusteltua suhteuttaa arviossa huollettavien määrä tähän henkilöryhmään.

Eläkkeensaajien huollettavien osuus suhteutettuna alle 65-vuotiaisiin eläkkeensaajiin oli 0,043 eläkkeensaajaa kohti. Alhainen luku selittyy sillä, että puoliso on varsin harvoin huollettava henkilö ja koska työkyvyttömyyseläkkeensaajistakin pääosa on yli 50-vuotiaita, on myös alaikäisten lasten määrä vähäinen.

Työryhmä päätyi lisäksi johtopäätökseen, että täysorpoa ei tilastoida eläkeläiseksi, vaikka tämä saisi perhe-eläkettä. Täysorpo tilastoidaan työntekijäksi, jos hän on työsuhteessa. Jos täysorpo on alle 18-vuotias perhe-eläkkeensaaja, hänet tilastoidaan lapseksi.

Seuraava taulukko väestön ikäjakaumasta perustuu Tilastokeskuksen väestötilastoon.

**Taulukko 7. Suomen väestön ikäjakauma vuosina 1998-2003**

Vuosi	Miehet			Naiset			Väestö yhteensä
	0-64	65+	Yhteensä	0-64	65+	Yhteensä	
1998	2 228 438	287 637	2 516 075	2 172 388	471 183	2 643 571	5 159 646
1999	2 230 245	292 781	2 523 026	2 173 889	474 387	2 648 276	5 171 302
2000	2 230 171	299 170	2 529 341	2 173 746	478 028	2 651 774	5 181 115
2001	2 232 161	305 436	2 537 597	2 174 829	481 935	2 656 764	5 194 361
2002	2 232 558	312 358	2 544 916	2 175 173	486 206	2 661 379	5 206 295
2003	2 231 694	321 199	2 552 893	2 174 843	491 996	2 666 839	5 219 732

## 4.3.1.3 Laskentamenetelmä

Ensimmäisessä laskentamenetelmässä käytettiin pohjatietona Stakesin tilastoa terveydenhuoltomenojen ikäluokittaisista kustannuksista. Terveystenhuoltomenot määriteltiin henkilöryhmittäin käyttäen laskentavuoden 2000 ikäluokkakohtaista jakaumaa, henkilöryhmien kokoa sekä väestölaskennan selvityksen perusteella määriteltyjä henkilöryhmien kokojen keskinäisiä suhteita. Työryhmä tuotti seuraavan taulukon laskentamenetelmässä sovellettavista henkilöryhmistä. Taulukossa esiintyvät lukumäärät perustuvat Tilastokeskuksen tilastoihin *Väestölaskenta 2000, perhe- ja työssäkäyntitilasto* sekä *Suomen eläkkeensaajat 2000*.

**Taulukko 8. Sovellettavat henkilöryhmät vuonna 2000**

Henkilöryhmä	lukumäärä v.2000	Arvioitu lukumäärä v. 2002
1 Työntekijät ja yrittäjät	2 521 624	2 533 879
2 Ryhmästä 1 ne joilla huollettavia	615 528	618 519
3 Huollettavien lukumäärä	aikuisia 121 538 lapsia 1 070 978 yhteensä 1 192 516	aikuisia 122 129 lapsia 1 076 183 yhteensä 1 198 312
4 Eläkkeensaajat	1 118 713	1 124 150
5 Eläkkeensaajien huollettavat	aikuiset 7 112 lapset 7 850 yhteensä 14 962	aikuiset 7 147 lapset 7 888 yhteensä 15 035
6. Muut	333 300	334 920
Suomen väestö	5 181 115	5 206 295

Vuoden 2002 arvio laskettu suhteuttamalla väestömäärän lisäykseen

Tilastossa ryhmällä ”muut” tarkoitetaan työvoiman ulkopuolella olevia henkilöitä, jotka eivät ole 0-14 –vuotiaita, opiskelijoita, varusmiehiä eivätkä eläkkeensaajia.

Terveystenhuoltomenojen ikäluokkakohtaiset menot (Liite 2) laskettiin STAKES:n selvityksen perusteella. Ne olivat

0-17 vuotiaat	694,77	€/capita/vuosi
18-64 vuotiaat	1004,60	
65+	3480,21	

Eläkkeensaajien hoitokustannukset laskettiin seuraavasti.

Vanhuuseläkkeensaajien hoitokustannukset perustuvat Stakesin tilastoon *Terveystenhuoltomenojen ikäluokittaiset kustannukset* vuodelta 2002 käyttäen yli 65-vuotiaiden ikäluokan kustannuksia. Koska kaikilla yli 65-vuotiailla on oikeus eläkkeeseen, voitiin tämän ikäluokan kustannukset (2704,8 miljoonaa euroa) kohdistaa kokonaan eläkkeensaajiin.

Työkyvyttömyyseläkeläisten kustannukset saatiin käyttäen työkyvyttömyyseläkeläisten lukumäärää kerrottuna ikäluokan 18-64 kustannuksilla. Tämä menetelmä mahdollisesti aliarvioi jonkin verran näitä kustannuksia. Vuonna 2002 työkyvyttömyyseläkeläisiä oli yhteensä 395 622, jolloin kustannuksiksi saatiin  $395\,622 \times 1004,60 = 397,4$  miljoonaa euroa.

Muiden ryhmien hoitokustannukset laskettiin seuraavalla tavalla.

Huollettavat jaettiin aikuisiin ja lapsiin. Aikuisten huollettavien oletettiin kaikkien olevan ikäluokasta 18-64 -vuotiaat. Näiden lukumäärä perustuu vuoden 2000 väestölaskennan osuuksiin vastaavasta ikäluokasta. Kustannuksina käytettiin vastaavan ikäluokan kustannuksia. Vastaavasti huollettavien lasten kustannukset jaettiin vuoden 2000 väestölaskennan osoittamassa suhteessa työkäisten ja eläkkeensaajien huollettaviin lapsiin.

Huollettavat aikuiset

artikla 94 **122 129 \* 1004,60 €/capita = 122,7 miljoonaa euroa**

artikla 95 **7147 \* 1004,60 €/capita = 7,2 miljoonaa euroa**

Huollettavat lapset

artikla 94 **1 076183 \* 694,77 = 747,7 miljoonaa euroa**

artikla 95 **7 888 \* 694,77 = 5,5 miljoonaa euroa**

Kiinteämääräiset kustannukset laskettiin siten seuraavasti:

94 artikla:	Kustannukset vuonna 2002	870,4 milj. €
	Huoltajien lukumäärä	618 519
	Vuotuinen keskimääräinen kustannus	1407,23 €
	80 % / 12	93,82 €/kuukausi
95 artikla:	Kustannukset vuonna 2002	3114,9 milj. €
	Eläkkeensaajien lukumäärä	1 124 150
	Vuotuinen keskimääräinen kustannus	2770,89 €
	80% / 12	184,73 €/kuukausi

Tämän laskentamenetelmän perusteella 94 artiklan mukaiset kustannukset olivat **93,82** euroa kuukaudessa ja 95 artiklan mukaiset kustannukset **184,73** euroa kuukaudessa.

#### 4.3.1.4 Laskentamenetelmän arviointi

Ensimmäinen laskentamenetelmä perustui ikäluokkakohtaiseen jakoon, joka sisällytettiin väestötilastoista muodostetun perhekäsitteen piiriin. Suomen väestötilastoissa ei ole täytäntöönpanoasetuksen mukaiseen laskentamenetelmään suoraan soveltuvaa perhekäsitettä, vaan se täytyi muodostaa erikseen laskemalla olemassa olevista tilastoista perheeseen todennäköisesti kuuluvat henkilöt.

Joitain arvioita työntekijän perheen koosta voitiin kuitenkin tehdä. Keskimääräinen perhe Suomessa koostuu kahdesta (työssä käyvästä) aikuisesta ja 1,8 lapsesta. Väestölaskennan perusteella karsien arvio vain työntekijöihin, joilla on huollettavia, 94 artiklan mukainen perhe koostuisi 1,94 henkilöstä. Tilastopohjien päällekkäisyyden takia perhemäärittelyyn ylläpitäminen olisi kuitenkin varsin työlästä ja perustuisi lopuksi arvioihin.

Ensimmäisen laskentamenetelmän yhteydessä tarkasteltiin mahdollisuutta, jos yhden vuoden tarkan laskelman perusteella voitaisiin arvioida muiden vuosien kustannuksia indeksien avulla. Kansaneläkelaitoksesta saatujen vuosien 1998-2003 ansiotasoa-, elin-

kustannus- ja terveydenhuoltomenojen indeksien muutoksia verrattiin terveydenhuoltomenojen kehitykseen samoina vuosina. Indeksejä tarkasteltaessa todettiin, että yhden vuoden laskelman perusteella ei voida luotettavasti arvioida muiden vuosien kustannuksia indeksien avulla.

Ensimmäinen ehdotus laskentamenetelmästä esiteltiin tilintarkastuslautakunnan esittelijälle, joka ehdotti osittaisia muutoksia laskentamenetelmään. Vaihtoehtona esittelijä ehdotti Alankomaiden tapaista laskentamenetelmää, jossa väestö jaettaisiin kahteen ikäluokkaan ja näin vältettäisiin henkilöryhmien määrittelystä aiheutuneet ongelmat.

Kertamaksuartiklojen mukainen laskentamenetelmä todettiin hankalaksi toteuttaa ja vaikeaksi ylläpitää. Ikäluokkakohtainen laskentamenetelmä olisi yksinkertaisempi ja luotettavampi tapa määrittellä kustannukset ja se poistaisi samalla henkilöryhmien määrittelystä syntyneen ongelman. Tämän johdosta päätettiin toteuttaa Suomen kertamaksukorvauksen laskentamenetelmä jakamalla väestö ikäluokkakohtaisesti alle 65-vuotiaisiin ja yli 65-vuotiaisiin ja esitellä tämän periaatteen mukainen laskentamenetelmä hallintotoimikunnan alaiselle tilintarkastuslautakunnalle hyväksyttäväksi.

### **4.3.2 Ikäluokkiin perustuva laskentamenetelmä**

Uusi laskentamenetelmä päätettiin tehdä ikäluokkakohtaiseen jakoon perustuen jakamalla väestö alle 65-vuotiaisiin ja yli 65-vuotiaisiin. Kuten edellä todettiin, perhekäsitteeseen perustuva jaottelu ei sovellu sellaisenaan Suomen asumisperusteiseen järjestelmään, jossa perinteisestä perheen huoltajan työskentelyyn ja vakuutukseen perustuvasta keski- ja eteläeurooppalaisesta mallista poiketen henkilöillä on yksilöllinen oikeus saada terveydenhuoltoa. Vaikka vuoden 2000 väestölaskennan tilastoista oli mahdollista saada laskentaan sopivampia tietoja kuin aikaisemmista tilastoista, nämäkään tiedot eivät olleet riittävän tarkkoja ollakseen luotettava perusta asetuksen 574/72 mukaiselle laskelmalle.

Uudessa laskentamenetelmäkuvauksessa päätettiin käyttää vuoden 2002 tilastotietoja, koska kyseiseltä vuodelta oli saatavilla laaja tutkimus terveydenhuollon menoista. Laskentamenetelmän pohjana käytettävien vuoden 2002 tietojen perusteella voidaan arvioida vuotta 2002 aikaisempien vuosien ja sen jälkeisten vuosien ikäryhmäkohtainen kustannusten jako. Vuoden 2002 tietojen perusteella voidaan näin ollen määrittää vuotta 2002 edeltävien ja sen jälkeisten vuosien kiinteämääräiset kustannukset kokonaiskuluista prosenttiosuuksilla.

Stakesin tutkimusta *Terveydenhuollon menot ikä- ja sukupuoliryhmittäin vuonna 2002* vastaava tutkimus oli tehty vuonna 1990. Vuoden 2002 tutkimuksen tietoja voidaan käyttää pohjana muiden vuosien laskennassa siitä syystä, että vuosien 2002 ja 1990 tutkimuksia vertailtaessa voitiin todeta, että ikäluokkakohtaisten kustannusten suhteissa ei ole tapahtunut huomattavia muutoksia. Väestön ikärakenteen kehittyminen vaikuttaa yleensä etuudensaajaa kohti lasketun kiinteämääräisen kustannuksen muutosta ilmaisevaan lukuun. Vuoden 1990 jälkeen tapahtuneella demografisella muutoksella ei kuitenkaan ole ollut suurta vaikutusta kustannusten jakautumiseen, joten voidaan arvioida, että muutosten vaikutus muutaman vuoden aikavälillä ei ole merkittävä.

Toisena syynä vuoden 2002 tietojen käyttämisessä muiden vuosien laskennan pohjana oli terveydenhuoltokustannusten tilastointimenetelmän muuttuminen kunnissa. Kuntien

kirjanpitojärjestelmiä uudistettiin merkittävästi 1990-luvun alussa, mistä johtuen vuoden 2002 tilastotiedot antavat todenmukaisemman tiedon todellisista kustannuksista ja ovat sopivampia laskentamenetelmän tarkoitusta varten kuin vuoden 1999 perusteella tuotetut tiedot myös vuotta 2002 edeltäville vuosille.

#### 4.3.2.1 Terveydenhuoltomenot

Laskelman terveydenhuoltomenoihin sisällytettävät kustannukset on kuvattu ensimmäisen laskentamenetelmän yhteydessä raportin luvussa 4.3.1.1. Myös ikäluokkakohtaisessa laskentamenetelmässä terveydenhuoltomenojen tiedot perustuvat edellä mainittuihin Tilastokeskuksen, Stakesin ja Kansaneläkelaitoksen ylläpitämiin tilastoihin. Terveydenhuollon kokonaiskustannuksista poistettiin julkisesti tuettu osuus sekä investointimenot ja hallintomenot. Myös asiakasmaksujen osuus kustannuksista poistettiin. Laskelmassa otetaan huomioon työterveysvakuutuksen kustannukset, jotka eriteltiin kokonaiskustannuksista.

Koska työtapaturmavakuutuksen terveydenhoitomenoja ei tule sisällyttää laskelmiin, on tapaturmavakuutusyhtiöiltä perittyä kertakorvausta vastaava erä vähennetty terveydenhuollon kustannuksista. Vähennys on ikäluokkakohtaisessa tarkastelussa kohdennettu ikäryhmään alle 65-vuotiaat. Vuonna 2002 vähennys oli 29 900 000 euroa.

Asetuksen 1408/71 mukaiset ulkomailla saadut terveydenhuollon kustannukset, samoin kuin kahdenvälisen sosiaaliturvasopimusten nojalla korvatut kustannukset, korvataan ja maksetaan valtion menoista, eikä niitä ole sisällytetty kokonaiskustannuksiin.

Lääketieteellisestä koulutuksesta ja tutkimustyöstä aiheutuneita kustannuksia, kuten ei myöskään yleisten terveystampanjoiden kustannuksia ei ole sisällytetty terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin.

Laskelmassa huomioon otettavat terveydenhuollon kustannukset vuonna 2002 on esitetty taulukossa 5. Terveydenhuollon kustannusten jako prosenttiosuuksiin ikäryhmittäin on esitetty taulukossa 6. Jakoperuste pysynee suhteellisen vakaana 5-8 vuoden tilastoinnin välillä, joten vuosien 1998-2003 vuosittaiset terveydenhuollon kustannukset voidaan laskea samoilla prosenttiosuuksilla kuin vuonna 2002. Stakes toimittaa vastaavan tutkimuksen terveydenhuollon menoista säännöllisesti. Seuraava tutkimus on suunniteltu toteutettavaksi koskien vuotta 2007.

#### 4.3.2.2 Laskentamenetelmä

Kiinteämääräisten kustannusten ikäluokkiin perustuva esimerkkilaskelma toteutettiin seuraavasti.

Julkisen terveydenhuollon rahoittamat terveydenhuollon kustannukset koostuvat kunnallisista terveydenhuollon menoista sekä sairausvakuutuksen ja kuntoutuksen kustannuksista. Nämä kustannukset jaettiin kahteen ikäluokkakohtaiseen sairausvakuutettujen ryhmään; alle 65-vuotiaisiin ja yli 65-vuotiaisiin.

Alle 65-vuotiaiden kiinteämääräiset kustannukset sisältävät 94 artiklan mukaiset palkattujen työntekijöiden perheenjäsenet sekä 95 artiklan mukaiset alle 65-vuotiaat eläkkeensaajat ja alle 65-vuotiaat eläkkeensaajien perheenjäsenet.

65-vuotiaiden ja sitä vanhempien kiinteämääräiset kustannukset sisältävät 95 artiklan mukaiset 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat eläkkeensaajat sekä 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat eläkkeensaajien perheenjäsenet.

### Laskutettava kiinteämääräinen kertamaksu €/kuukausi

#### **94 artikla**

##### Alle 65-vuotiaat

Kustannukset (Taulukko 6)	4112,4	milj. €
Vakuutettu väestö	4 403 917	
Henkilön keskimääräiset kustannukset	933,81	€ vuodessa
<i>Kuukausittaiset nettokustannukset (80%)</i>	<i>62,25</i>	<i>€</i>

#### **95 artikla**

##### Alle 65-vuotiaat

Kustannukset (Taulukko 6)	4112,4	milj. €
Vakuutettu väestö	4 403 917	
Henkilön keskimääräiset kustannukset	933,81	€ vuodessa
<i>Kuukausittaiset nettokustannukset (80%)</i>	<i>62,25</i>	<i>€</i>

##### 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat

Kustannukset (Taulukko 6)	2744,8	milj. €
Vakuutettu väestö	777 198	
Henkilön keskimääräiset kustannukset	3531,66	€ vuodessa
<i>Kuukausittaiset nettokustannukset (80%)</i>	<i>235,44</i>	<i>€</i>

Liitteessä 3. esitetään tarkka kiinteämääräisten kustannusten laskelma vuosille 1998 – 2003.

#### 4.3.2.3 Laskentamenetelmän arviointi

Ikäluokkakohtainen laskentamenetelmä soveltuu Suomen tilastotietoihin paremmin kuin perhekohtainen menetelmä. Sen perusteella lasketut kiinteämääräiset kustannukset ovat luotettavampia kuin asetuksen perhekohtaisten kustannusten laskentamenetelmällä saadut. Se voidaan myös riittävän luotettavana toistaa kaikille nyt tarvittaville laskentavuosille sekä tuleville vuosille. Menetelmän keskeinen perusta on Stakesin tuottama selvitys terveydenhoidon kustannusten ikä- (ja sukupuoli-)kohtaisesta jakautumisesta. Tämä selvitys tulisi toistaa säännöllisesti, esimerkiksi viiden vuoden välein, jotta arvion luotettavuus säilyy.

Suomen ikäluokkakohtainen laskentamenetelmä on sellaisenaan sovellettavissa, mikäli uudessa täytäntöönpanoasetuksessa siirrytään annetun ehdotuksen mukaisesti perhekohtaisesta laskentamenetelmästä ikäluokkakohtaiseen menetelmään. Menetelmä voidaan helposti muuntaa eri ikäluokkia koskevaksi ja myös sukupuolittain huomioon otettavaksi.

*Työryhmä ehdottaa, että*

*Suomen kiinteämääräisten kustannusten laskentamenetelmäksi valitaan ikäluokkiin perustuva menetelmä.*

*Laskentamenetelmän luotettavuuden säilyminen edellyttää, että erillinen selvitys terveydenhoidon kustannusten ikä- ja sukupuolikohtaisesta jakautumisesta toistetaan määräjain.*

Ehdotus Suomen kiinteämääräisten kustannusten laskentamenetelmäksi esiteltiin EU:n hallintotoimikunnan alaisen tilintarkastuslautakunnan kokouksessa toukokuussa 2006, jossa ehdotus Suomen laskentamenetelmäksi hyväksyttiin yksimielisesti. Laskentamenetelmän ohessa tilintarkastuslautakunnalle esiteltiin peruskuvauksen Suomen terveydenhuollon järjestelmästä ja rahoituksesta. Esitetty laskentamenetelmän kuvaus ja kuvaus terveydenhuollon järjestelmästä ja rahoituksesta ovat raportin liitteinä 8. ja 9.

#### **4.3.3 Laskutettavat kiinteämääräiset kertamaksukustannukset**

Työryhmä on valitsemansa laskentamenetelmän mukaisesti laatinut laskelmat kiinteämääräisistä kustannuksista vuosille 1994-2003. Laskutettavina olevat kertamaksut ovat seuraavan taulukon mukaisia.

**Taulukko 9. Kiinteämääräiset kertamaksukustannukset vuosina 1998-2003**

	ikä	1998	1999	2000	2001	2002	2003
94 artikla	0-64	49,00	50,34	56,09	57,46	62,20	66,47
95 artikla	0-64	49,00	50,34	56,09	57,46	62,20	66,47
95 artikla	65-	191,58	194,62	207,69	238,94	238,94	238,94

Raportin 2.2.2. luvussa on esitetty Suomessa asuvien eläkkeensaajien tai näiden perheenjäsenten sekä palkattujen työntekijöiden tai itsenäisten ammatinharjoittajien Suomessa asuvien perheenjäsenten Suomessa annettujen sairaanhoitoetuuksien kustannukset, joiden kustannuksista on vastuussa joku muu EU/EY-valtio kuin Suomi. Taulukoista 1. ja 2. käy ilmi, että Suomella on ollut EU-jäsenyyden alkuvuosina 1994-1997 melko vähän muilta jäsenvaltioilta laskutettavia kuukausia. Vuosina 1994-1997 E 109 – todistuksen perusteella palkatun työntekijän tai itsenäisen ammatinharjoittajan perheenjäsenen sairaanhoidosta laskutettavia kuukausia oli 475. Samoina vuosina E 121 – todistuksen perusteella eläkkeensaajan tai eläkkeensaajan perheenjäsenen laskutettavia kuukausia oli 755.

Näiden perusteella yhteenlasketut sairaanhoidon kustannukset Suomessa niiden henkilöiden osalta, joiden kustannuksista on vastuussa joku muu EU/EY-valtio kuin Suomi, olisivat olleet vuosina 1994-1997 noin 158 000 euroa. Laskennassa käytettiin raportin 4.3.2. luvussa esitettyä ikäluokkiin perustuvaa laskentamenetelmää. Luku perustuu vuoden 1998 terveydenhuollon kustannusten mukaiseen tasoon, jossa alle 64-vuotiaiden kiinteämääräiset kuukausittaiset nettokustannukset olivat 49,00 euroa ja yli 65-vuotiaiden 191,58 euroa.

Koska terveydenhuollon kustannukset ovat nousseet vuosittain, voidaan arvioida, että todelliset kiinteämääräiset kustannukset ovat vuosina 1994-1997 olleet tätä alhaisemmat.

Laskutettavia menoja on siis vuosille 1994-1997 suhteellisen vähän. Vanhojen tapaus-ten selvittely voi lisäksi olla varsin työlästä ja vaatia paljon hallintotyötä. Hallintotoimi-kunta onkin aiemmin päättänyt, ettei vuotta 1999 edeltäviä laskuja tule enää esittää. Suomelle on kuitenkin myönnetty päätöksestä erivapaus kunnes Suomi on esittänyt las-kentamenetelmänsä. Suomella olisi siis oikeus laskuttaa myös vuosien 1994-1997 kus-tannuksia.

Ensimmäisten vuosien osalta keskimääräisten kustannusten määrittäminen ei kuitenkaan olisi luotettavuusasteeltaan täysin tyydyttävä johtuen ensinnäkin siitä, että esitetty me-netelmä pohjautuu vuoden 2002 ikäluokkakohtaiseen kustannusten jakoon. Vaikka voi-daan olettaa, että kustannusosuuksien muutos on hidasta, olisivat käytettävät %-osuudet kuitenkin 5-8 vuotta 'liian uusia'. 1990-luvun näille vuosille osui myös hammashuollon laajennus uusiin ikäluokkiin. Toinen arviota heikentävä seikka on se, että kuntien kir-janpitojärjestelmiä ja siten terveydenhuoltomenojen tilastointia uusittiin tuohon aikaan.

Työryhmä katsoo siten, että olisi perusteltua olla esittämättä laskuja vuosille 1994-1997. Siten kiinteämääräisten kertamaksujen laskutukseen tulisi siirtyä vasta vuodesta 1998 alkaen.

*Työryhmä ehdottaa, että*

*Suomi ei laskuta kiinteämääräisiä kustannuksia vuosilta 1994-1997, vaan siirtyy kiin-teämääräisten kustannusten laskutukseen alkaen vuodesta 1998. Tästä aiheutuva tappio Suomen valtiolle on noin 130 000 euroa, mutta vastaavasti säästyvät Kansaneläkelai-tokselta laskutuksen ja selvittelyn aiheuttamat hallintokulut.*

## **5 SAIRAANHOIDON KUSTANNUSTEN KORVAAMISJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMINEN: RAHOITUSVAIHTOEHDOT**

### **5.1 Aikaisempi käytäntö, nykytilanne ja selvitykset**

Vuoteen 1984 saakka kunnat laskuttivat ulkomailla asuvien sairaanhoidon kustannukset lääninhallituksilta. Tällöin myös tilastoitiin ulkomaalaisten käynnit ja hoitopäivät terve-yskeskuksissa. Vuonna 1984 lainsäädäntöä muutettiin siten, että ulkomailla asuvien sairaanhoidon kustannuksia ei enää korvattu erikseen kunnille. Valtionosuudet porras-tettiin kuntien kantokykyluokan mukaan, jolloin kunnat saivat myös osan ulkomailla asuvien Suomessa aiheuttamista sairaanhoidon kustannuksista korvatuksi.

Kunnille maksettavien valtionosuuksien määräytymisperusteita muutettiin vuoden 1993 alusta, jonka jälkeen valtionosuudet on määritelty laskennallisesti asukasluvun perus-teella. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden perusteena olevat määräy-tymisperusteet kuvaavat kunnan palvelutarvetta tai sellaisia olosuhdetekijöitä, jotka vaikuttavat palvelujen tuotantokustannuksiin. Määräytymisperusteista suurin painoarvo on kunnan asukasluvulla ja ikärakenteella.



EY-lainsäädännön perusteella valtio on velvollinen vastaamaan ulkomailta tulevien henkilöiden terveyspalveluista Suomessa. Asetuksen 1408/71 mukaisten sairaanhoidon kustannusten laskutus hoidetaan jäsenvaltioissa yhteyselimien kautta. Muilta jäsenvaltioilta perittyjä korvauksia ei tällä hetkellä ohjata hoitoon hakeutumistapauksia lukuun ottamatta palvelun tuottajalle, vaan korvaukset jäävät valtiolle. Toisaalta kunnat eivät joudu maksamaan asukkaidensa ulkomailla saamaa hoitoa, vaan laskutus tapahtuu valtioiden välillä eikä kustannuksia peritä kunnilta.

Jos ulkomailla asuva potilas tai hänen vakuutuksensa ei korvaa hoidon aiheuttamia kustannuksia, ne jäävät kuntien maksettavaksi. Tällä hetkellä Suomessa tilapäisen oleskelun aikana annetun sairaanhoidon kustannukset kohdistuvat siihen kuntaan, missä sairaus todetaan tai missä tapaturma tapahtuu. Hoidon kustannukset eivät siten jää maksettavaksi välttämättä sille kunnalle tai palvelun tuottajalle, jossa potilas hoidetaan. Koska kuntien valtionosuudet määritellään laskennallisesti, nykyinen järjestelmä ei kohdena korvauksia sen mukaan mihin kuntaan kustannukset kohdistuvat. Muualla kuin Suomessa vakuutettujen sairaanhoidon kustannukset voivat koetella kunnan taloutta erityisesti sellaisessa kunnassa, jossa käy paljon matkailijoita suhteessa kunnan vakituiseen asukasmäärään tai jossa on paljon rajatyöntekijöitä.

Kunnille aiheutuvia kustannuksia selvitettiin terveyskeskuksille ja sairaaloille tehdyllä kyselyllä ulkomailla kotipaikan omaavien henkilöiden aiheuttamista sairaanhoidon kustannuksista. Lisäksi työryhmä kuuli terveyskeskusten, sairaanhoitopiirien ja kuntayhtymien asiantuntijoita kyseisten kustannusten vaikutuksista kuntien ja kuntayhtymien talouteen.

Inarin kunta on hyvä esimerkki kunnasta, jossa on vähän vakinaisia asukkaita suhteessa kunnan alueella oleskeleviin matkailijoihin. Lisäksi välimatkat terveydenhoitoon ovat pitkät, mistä johtuen matkoista aiheutuvat kustannukset voivat olla hyvinkin suuret. Inarissa käy paljon matkailijoita eikä kunnassa ole saatavilla juurikaan yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja. Inarista saadun selvityksen mukaan kustannus on laskettu keskimääräisen vieraspaikkakuntalaisen potilaan hoidon kustannuslaskelman mukaan, jolloin siinä ei ole huomioitu ulkomaalaisen potilaan hoitamiseen tarvittavaa lisätyötä. Tämän huomioon ottaen terveyskeskuksen arvion mukaan kustannukset lisääntyisivät kaksinkertaisesti tai kolminkertaisesti. Lisäksi pitkistä välimatkoista aiheutuvia kustannuksia ei korvata, koska sairaalasiirtoja ei voida laskuttaa potilaalta.

Tornion kunta toimii hyvänä esimerkkinä rajakunnasta, jossa on paljon rajatyöntekijöitä. Torniossa perusterveydenhuollossa hoidettavista muualla kuin Suomessa vakuutetuista potilaista noin 95 prosenttia on rajatyöntekijöitä, joiden osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista on huomattava.

## **5.2 Korvausjärjestelmän rahoittamisen muutosvaihtoehdot**

Valtion ja kuntien välistä sairaanhoidon kustannusten jakoa selvitettiin kunta- ja palvelurakenneuudistushankkeen yhteydessä. Yhtenä kunnilta valtiolle siirrettäväksi ehdotetuista tehtävistä sosiaali- ja terveydenhuollossa oli ulkomaalaisten sosiaaliturvaan liittyvät asiat, joiden osalta tarkasteltiin tehtävien jaon muutostarvetta. Peruspalveluohjelmaa valmisteleva ministeriryhmä päätti, että valtion tulisi vastata ulkomailla vakinaisesti asuvien sairaanhoidon kustannuksista. Ministeriryhmän tammikuussa 2006 tekemän päätöksen mukaan mahdolliset tehtäväsiirrot toteutetaan valtion ja kuntien kustannus-

tenjaon kannalta kustannusneutraalisti. Näin ollen tehtäväsiirrot vaikuttaisivat kuntien valtionosuuteen.

Kunta- ja palvelurakennemuutostusta valmisteleva rakenneryhmä sai kesäkuun 2006 lopussa valmiiksi esityksensä puitelaiksi. Puitelailta sovitaan lainvalmistelun ja hyväksymisen myötä tulevan lain sisällöstä. Puitelaisissa säädetään kunnilta valtiolle järjestettävistä ja rahoitettavaksi siirrettävistä tehtävistä. Yhtenä tehtävänä on esityksen mukaan valtion rahoitettavaksi siirrettävät kustannukset, jotka aiheutuvat lain nojalla ulkomailla asuvien terveydenhuollon järjestämisestä.

Nykyisessä valtionosuusjärjestelmässä nämä kustannukset sisältyvät terveydenhoidon kokonaiskustannuksiin ja otetaan siten huomioon valtionosuutta määrättäessä. Työryhmän selvitysten mukaan muualla kuin Suomessa vakuutettujen Suomessa saaman terveydenhoidon kustannukset eivät sinällään ole Suomen terveydenhoidon kokonaiskustannuksissa merkittäviä. Korvausten suorittaminen suoraan palvelun tuottajalle kohdentaisi korvaukset nykyistä oikeudenmukaisemmin kunnille, joille aiheutuu muualla kuin Suomessa vakuutettujen hoidosta kustannuksia. Sen sijaan tosiasia, että korvaukset kohdistuvat epätasaisesti kuntakenttään ja palvelun tuottajille on epäkohta. Tämä keventäisi erityisesti raja- ja matkailukuntien kustannustaakkaa. Kun palvelun tuottaja saisi suoraan korvauksen antamastaan hoidosta, tehostuisi myös kuntien palveluntuottajien motivoituminen ilmoittaa hoitokustannuksista Kansaneläkelaitokselle, jonka johdosta kustannusten perintä ulkomailta tehostuisi.

Rahoitusvastuun siirron käytännön toteuttamista varten työryhmässä selvitettiin seuraavia asioita:

- 1) Kunnille muualla kuin Suomessa vakuutettujen hoidosta aiheutuvat kustannukset
- 2) Suomalaisten sairaanhoidosta ulkomailla aiheutuneet kustannukset
- 3) Kunnille suoritettavien korvausten järjestäminen: ohjaus, hallinto ja tilastointi
- 4) Valtion ja kuntien välisen rahoitusvastuun muutokset

Muualla kuin Suomessa vakuutettujen hoidosta aiheutuvia kustannuksia sekä suomalaisten sairaanhoidosta ulkomailla aiheutuneita kustannuksia on selvitetty edellä raportin 1. luvussa.

Käytännön järjestelyistä työryhmä kuuli terveydenhuollon asiantuntijoita. Enemmistö katsoi, että kunnille suoritettava korvaus tulisi suorittaa palvelun tuottaneelle terveyskeskukselle tai sairaalalle toteutuneiden kustannusten mukaan. Tällainen korvausmenetelmä vastaa täyskustannusperiaatteen mukaan suoritettavia korvauksia. Palveluntuottajat katsovat pääosin, että kustannukset olisi yksinkertaisinta laskuttaa juoksevasti eli tapauskohtaisesti. Vaihtoehtoisesti voidaan harkita sitä, että laskuja lähetettäisiin määräväleihin, esimerkiksi kuukausittain tai puolivuositain.

Kansaneläkelaitos on määrätty asetusta 1408/71 sovellettaessa yhteyslaitokseksi luontoisuusasioissa. Kansaneläkelaitos käsittelee tämän mukaisesti muiden jäsenvaltioiden Suomen puolesta antamien etuuksien laskut ja korvaa ne laskut lähettäneelle toimivaltaiselle laitokselle. Kansaneläkelaitos laskuttaa myös muiden jäsenvaltioiden puolesta Suomessa annetut etuudet henkilön toimivaltaisen maan yhteyslaitokselta. Kansaneläkelaitoksen tehtävien laajentaminen käsittämään myös Suomen sisäistä kustannusten kor-

vaamista olisi siten luontevaa. Kunnille korvaamista varten on kuitenkin rakennettava uusi oma tietojärjestelmänsä.

Kansaneläkelaitos puolestaan voisi suorittaa korvaukset kunnille määräajoin. Valtio suorittaisi Kansaneläkelaitokselle tarvittavat varat Kansaneläkelaitoksen hakemuksen perusteella ja sen ilmoituksen mukaisesti samoin periaattein kuin ulkomaille suoritettavien kustannusten osalta. Valtion korvaus maksettaisiin sairausvakuutusmomentilta.

### ***5.2.1 Kunnille aiheutuneet kustannukset muualla kuin Suomessa vakuutettujen potilaiden hoidosta***

#### *Kokonaiskustannukset*

Ulkomailla vakinaisesti asuvien henkilöiden Suomessa saadun hoidon kustannuksia selvitetiin työryhmälle Suomen Kuntaliiton joulukuussa 2005 kunnille lähettämällä kuntakyselyllä. Kuntakyselyn pohjalta laadittiin kokonaiskustannusarvio siitä, kuinka paljon ja minkälaisia kustannuksia muualla kuin Suomessa vakuutettujen hoidosta kunnille aiheutuu. Samalla selvitettiin kustannusten jakautumista sairaanhoitopiireittäin sekä sitä miten kustannukset jakautuvat maittain. Erityisesti pyrittiin kartoittamaan sitä, miten paljon henkilöitä tulee muista Pohjoismaista, EU/EY-valtioista sekä kolmansista maista. Koska tarkkaa tietoa kunkin yksittäisen hoidon kustannuksista ei ollut saatavilla, arvioitiin kustannukset käyttäen asianomaisen hoidon keskikustannuksia (taulukot 3 ja 4).

Ulkomailla vakinaisesti asuvien kiireellisen ja oleskelun aikaisen hoidon kustannukset kunnille olivat selvityksen mukaan vuonna 2004 kokonaisuudessaan 6 95 miljoonaa euroa. Tästä kaksi kolmannesta eli 4,45 miljoonaa euroa johtuu EU-jäsenyyden velvoitteista.

Kustannuksista ylivoimaisesti suurin oli erikoissairaanhoidon osuus, 82 % eli 5 68 miljoonaa euroa. Terveyskeskuksissa annetun hoidon kustannukset olivat puolestaan 17 % eli 1 18 miljoonaa euroa ja suun terveydenhuollon osuus oli runsaat 1 % eli 0,09 miljoonaa euroa. Luvut eivät sisällä asiakasmaksuilla kustannettua osuutta. Potilaan koti-maaryhmän mukaan kustannukset jakoutuivat seuraavassa taulukossa 9. esitetyllä tavalla.

Selvitys ei kattanut aivan kaikkia terveyskeskuksia<sup>6</sup> Kuntaliiton arvion mukaan kokonaan kokonaiskustannukset ovat noin 7,40 miljoonaa euroa.

---

<sup>6</sup> Kaikista ei saatu määräajassa vastauksia.

**Taulukko 10. Kustannusten jakautuminen potilaan kotimaan mukaisesti, 1000 euroa**

Selvityksen mukaan	Pohjoismaat	EU/ETA	muut valtiot	KUSTANNUKSET
<b>Erikoissairaanhoito</b>	1 722	1 736	2 220	<b>5 678</b>
<b>Terveyskeskuspalvelut</b>	523	402	256	<b>1 181</b>
<b>Suun terveydenhuolto</b>	34	31	27	<b>92</b>
Yhteensä	2 279	2 169	2 503	<b>6 951</b>
<b>Tarkistettuna koko maan tasolle</b>	2 426	2 309	2 665	<b>7 400 000</b>

Aiempien selvitysten nojalla voidaan arvioida, että pääosa kuntien kustannuksista aiheutuu sellaisten henkilöiden hoidosta, joiden kotimaa on Ruotsi, muu Pohjoismaa tai Saksa. On muistettava, että kun kyseessä on muu valtio kuin EU/EY-valtio tai valtio, jonka kanssa Suomella on sosiaaliturvasopimus, niin potilaan tulee itse vastata terveydenhoidon kustannuksistaan. Henkilöllä tulisi olla tätä varten sairausvakuutus. Tässä selvityksessä ei ole voitu selvittää sitä, miltä osin nämä kustannukset jäävät kuntien kustannettaviksi sen johdosta, ettei maksua saada perittyä joko henkilöltä tai vakuutusyhtiöltä.

#### *Suomen muilta mailta laskuttama hoito*

Kansaneläkelaitos ylläpitää tilastoja Suomen ja muiden EU/EY-valtio välisestä sairaanhoitoetuksien toteutuneesta laskutuksesta. Suomi on EU:n koordinaatiosäännösten puitteissa toistaiseksi laskuttanut vain todellisen sairaanhoidon kustannuksia, eli täytäntöönpanoasetuksen 93 artiklan mukaiset kustannukset. Näihin lukeutuvat enimmäkseen matkailijoiden sairaanhoidon kustannukset, joiden lisäksi myös muussa kuin toimivaltaisessa valtiossa perheineen asuvien työntekijöiden kustannukset kuuluvat säännöksen piiriin. Sellaisten Suomessa pysyvästi asuvien työntekijöiden perheenjäsenten sekä eläkkeensaajien ja näiden perheenjäsenten kertakorvauksia, joiden kustannuksista Suomi ei ole vastuussa, ei ole toistaiseksi laskutettu (94 ja 95 artiklan mukaiset kustannukset).

Työryhmän laatiman laskentamallin mukaisen laskelman ja Kansaneläkelaitoksen tilastojen nojalla Suomessa asuvien eläkkeensaajien tai näiden perheenjäsenten sekä palkattujen työntekijöiden tai itsenäisten ammatinharjoittajien Suomessa asuvien perheenjäsenten kertakorvauksia olisi laskutettavissa noin 480 000 euroa vuosilta 1998-2003.

Suomen laskuttama täytäntöönpanoasetuksen 93 artiklan mukainen hoito ja laskutuksen kehitys ilmenee taulukosta 11.

Vuositasolla artiklan 93 mukaisia kustannuksia tulee laskutettavaksi noin 1,5 milj. euroa. Kiinteämääräisiä artiklan 94 ja 95 mukaisia kustannuksia olisi vuositasolla laskutettavissa non 225 000 euroa.

**Taulukko 11. Suomen ja muiden EU/ETA-maiden sekä Sveitsin välinen sairaanhoitoetuuksien laskutus (artikla 93)**

<b>Suomi luotottajana</b>		
1995	Kela lähetti 155 laskua, määrä	79 000 €
1996	Kela lähetti 1 083 laskua, määrä	405 000 €
	Kelalle korvattiin	102 000 €
	Saamiset vuoden lopussa	383 000 €
1997	Kela lähetti 1 250 laskua, määrä	612 000 €
	Kelalle korvattiin	134 000 €
	Saamiset vuoden lopussa	860 000 €
1998	Kela lähetti 2 247 kpl; määrä	736 000 €
	Kelalle korvattiin	863 000 €
	Saamiset vuoden lopussa	733 000 €
1999	Kela lähetti 2 445 laskua; määrä	1 087 000 €
	Kelalle korvattiin	113 000 €
	Saamiset vuoden lopussa	1 705 000 €
2000	Kela lähetti 2 200 laskua; määrä	877 000 €
	Kelalle korvattiin	596 000 €
	Saamiset vuoden lopussa	1 957 000 €
2001	Kela lähetti 2 409 laskua; määrä	951 000 €
	Kelalle korvattiin	1 258 000 €
	Saamiset vuoden lopussa	1 641 000 €
2002	Kela lähetti 1 642 laskua; määrä	815 000 €
	Kelalle korvattiin	221 000 €
	Saamiset vuoden lopussa	2 230 000 €
2003	Kela lähetti 2 457 laskua; määrä	1 376 000 €
	Kelalle korvattiin	384 000 €
	Saamiset vuoden lopussa	3 222 000 €
<b>2004</b>	<b>Kela lähetti 2 289 laskua; määrä</b>	<b>1 965 500 €</b>
	Kelalle korvattiin	1 978 000 €
	Saamiset 31.12.2004	3 173 000 €

*Lähde: Kansaneläkelaitos*

### **5.2.2 Suomalaisille ulkomailla annetun sairaanhoidon kustannukset**

Suomalaiset ovat oikeutettuja saamaan sairaanhoitoa ulkomailla samoin edellytyksin kuin ulkomaalaiset Suomessa. Kunnat eivät kuitenkaan ole velvoitettuja maksamaan asukkaidensa ulkomailla saamaa sairaanhoitoa. Valtio korvaa nykyisin ne kustannukset, jotka aiheutuvat suomalaisten hoidosta ulkomailla siltä osin kuin niitä Suomelta laskute-

taan. Kustannukset maksetaan valtion varoista sairausvakuutuksen budjettimomentilta ja kustannusten suorituksesta vastaa Kansaneläkelaitos.

**Taulukko 12. EU/ETA-valtioissa ja Sveitsissä suomalaisille annettu sairaanhoito**

<b>Suomi velallisena</b>		<i>art 93*:</i>	<i>art 94**:</i>	<i>art 95***:</i>
1996 Velat vuoden lopussa	991 000 €	975 000	0	16 000
1997 Kela vastaanotti 5 252 laskua, määrä	2 129 000 €	1 017 000	1 000	1 110 000
Kela korvasi	591 000 €	590 000	0	1 000
Velat vuoden lopussa	2 513 000 €	1 401 000	1 000	1 110 000
1998 Kela vastaanotti 5 377 laskua; määrä	2 698 000 €	1 011 000	111 000	1 576 000
Kela korvasi	2 688 000 €	1 591 000	1 000	1 096 000
Velat vuoden lopussa	2 510 000 €	808 000	111 000	1 590 000
1999 Kela vastaanotti 4 985 laskua; määrä	1 665 000 €	1 345 000	159 000	161 000
Kela korvasi	1 796 000 €	297 000	1 000	1 497 000
Velat vuoden lopussa	2 364 000 €	1 854 000	268 000	241 000
2000 Kela vastaanotti 6 974 laskua; määrä	3 723 000 €	1 367 000	125 000	2 231 000
Kela korvasi	3 247 000 €	996 000	109 000	2 142 000
Velat vuoden lopussa	2 762 000 €	2 204 000	281 000	277 000
2001 Kela vastaanotti 11 498 laskua; määrä	4 163 000 €	1 677 000	68 000	2 417 000
Kela korvasi	5 844 000 €	3 417 000	99 000	2 328 000
Velat vuoden lopussa	1 055 000 €	454 000	249 000	352 000
2002 Kela vastaanotti 11 301 laskua; määrä	7 696 000 €	1 763 000	24 000	5 910 000
Kela korvasi	3 478 000 €	277 000	1 000	3 199 000
Velat vuoden lopussa	5 189 000 €	1 926 000	272 000	2 991 000
2003 Kela vastaanotti 9 635 laskua; määrä	6 175 000 €	1 825 000	22 000	4 328 000
Kela korvasi	3 456 000 €	386 000	224 000	2 846 000
Velat vuoden lopussa	7 776 000 €	3 324 000	61 000	4 391 000
<b>2004 Kela vastaanotti 8 914 laskua; määrä</b>	<b>7 629 000 €</b>	2 081 000	15 000	5 533 000
Kela korvasi	5 953 000 €	1 086 000	4 000	4 864 000
Velat 31.12.2004	9 354 000 €	4 291 000	63 000	4 999 000
<b>2005 Kela vastaanotti 12 643 laskua; määrä</b>	<b>9 117 000 €</b>	2 402 000	18 000	6 697 000
Kela korvasi	13 880 000 €	4 074 000	6 000	9 800 000
Velat 31.12.2005	4 284 000 €	2 368 000	38 000	1 878 000

*Lähde: Kansaneläkelaitos*

\* 93 artikla koskee todellisten kustannusten laskutusta; enimmäkseen matkailijoita, mutta myös muussa kuin toimivaltaisessa valtiossa perheineen asuvia työntekijöitä (rajatyöntekijät, kuljetustyöntekijät, lähetetyt työntekijät).

\*\* 94 artikla koskee palkattujen työntekijöiden ja itsenäisten ammatinharjoittajien muussa kuin toimivaltaisessa valtiossa asuvia perheenjäseniä.

\*\*\* 95 artikla koskee eläkkeensaajia ja heidän perheenjäseniään.

Taulukossa esiintyvät luvut eivät sisällä kustannuksia, jotka aiheutuvat sellaisesta hoidosta, josta Suomella on luopumissopimus hoitoa antaneen maan kanssa. Näille valtioille ei korvata suomalaisten aiheuttamia kustannuksia eikä Suomi laskuta näiltä valtioilta niiden sosiaaliturvajärjestelmään kuuluvien henkilöiden Suomessa aiheuttamia sairaanhoidon kustannuksia. Lisäksi on huomattava, että Suomella on sopimus kustannusten korvaamisesta luopumisesta erityisesti sellaisten maiden kanssa, joissa asuu ja liikkuu paljon suomalaisia. Tällaisia valtioita, joissa on paljon suomalaisia ovat erityisesti Pohjoismaat. Tärkein valtio, jossa asuu paljon suomalaisia ja joiden sairaanhoidon kustannukset Suomi korvaa, on Espanja.

Suomalaisten ulkomailla aiheuttamat sairaanhoitokustannukset olivat 7 629 000 euroa vuonna 2004. Vuonna 2005 Kansaneläkelaitos vastaanotti laskuja 9 117 000 euron edestä ja kustannusten määrän odotetaan kasvavan huomattavasti edelleen. Laskutustilanteen kehitys selviää taulukosta 12. Vuoden 2005 osalta tilapäisen oleskelun aikaiset kustannukset olivat 2,4 milj. euroa ja kiinteämääräinen laskutus 6,7 milj. euroa.

Vastaavasti Suomella oli vuoden 2004 lopussa saatavia muilta valtioilta yhteensä 3 173 000 euroa ja vuoden 2005 laskutus oli 2,0 milj. euroa. Luvuista selviää, että kokonaisuutena suomalaisten sairaanhoidosta EU/EY-valtioissa aiheutuu enemmän kustannuksia kuin mitä vastaavasti muualla kuin Suomessa vakuutetut aiheuttavat Suomessa. Kumpikin kustannustaso on nousussa EU:n laajentumisen, eurooppalaisen sairaanhoidokortin sekä yleensä liikkuvuuden lisääntymisen myötä.

### **5.2.3 Kunnille suoritettavan korvausjärjestelmän rahoitusvaihtoehdot: ohjaus, hallinto ja tilastointi**

Työryhmä selvitti korvausjärjestelmän uudistamisen osalta myös ohjaukseen, hallintoon ja tilastointiin liittyviä vaihtoehtoja kuulemalla eri asiantuntijoita. Keskeisiä kysymyksiä olivat muun muassa mille taholle mahdollinen korvaus tulisi ohjata, mikä elin olisi toimeenpanijana ja miten laskutusrutiini parhaiten tulisi toteuttaa. Lisäksi selvitettiin uuden korvausmenetelmän vaatimaa resurssitarvetta.

#### *a) Korvaus kunnalliselle palvelun tuottajalle*

Työryhmä ja kuultavina olleiden asiantuntijoiden selvä enemmistö olivat sitä mieltä, että korvaus tulisi suorittaa suoraan palvelun tuottaneelle terveyskeskukselle tai sairaalalle. Korvauksen suorittamista joko sairaanhoitopiirille tai kunnalle ei ole juuri kannatettu. Perusteluna tälle on, että näin korvaus saavuttaa hoidon tuottajan ja vähentää epätasa-arvoa eri tuottajayksiköiden välillä. Suoraan palvelun tuottaneelle terveyskeskukselle tai sairaalalle kohdistettu korvaus mahdollistaa paremmin tarpeeseen vastaamisen sekä edistää myös hoidosta ilmoittamista.

#### *b) Toimeenpanijaksi Kansaneläkelaitos*

Jos hoidon tuottavalle laitokselle halutaan korvata suoraan hoidon kustannukset, on tätä varten luotava erillinen järjestelmä ja sille keskuselin. Pääosa työryhmän jäsenistä ja asiantuntijoista katsoi, että luontevin tällainen elin olisi Kansaneläkelaitos, koska Kansaneläkelaitos on määrätty asetusta 1408/71 sovellettaessa yhteyslaitokseksi luonnetuissa asioissa.

Kansaneläkelaitoksen arvion mukaan tarvittava tietohallintajärjestelmä tulisi maksamaan noin 370 000 euroa ja todennäköinen aloittamisajankohta sen toiminnalle tulisi olemaan vuonna 2010. Tätä ennen tulisi harkita vaihtoehtoista korvaustapaa vuodesta 2008 alkaen.

*c) Korvaus toteutuneiden kustannusten mukaisesti*

Korvaus tulisi suorittaa palvelun tuottaneelle terveystaloukselle tai sairaalalle toteutuneiden kustannusten mukaan eikä keskimääräisten kustannusten perusteella. Tämä toteuttaa parhaiten hoidon tuottajien tasavertaisuuden. Se vastaa myös mm. tapaturma- ja liikennevakuutusyhtiöiden ns. täyskustannusvastuuperiaatteen mukaista ratkaisua.

*d) Laskutus juoksevasti mutta korvaus erissä*

Palveluntuottajat katsovat pääosin, että olisi yksinkertaisinta laskuttaa kustannukset juoksevasti eli tapauskohtaisesti. Tilanne kuitenkin vaihtelee jonkin verran riippuen mm. tuottajan sisäisestä organisaatiosta tältä osin. Vaihtoehtoisesti voidaan harkita sitä myös sitä, että laskuja lähetettäisiin määräväleihin esimerkiksi kuukausittain tai puolivuositain. Tätä kysymystä on vielä selvitettävä lisää.

Kansaneläkelaitoksen kannalta olisi mielekkäintä suorittaa korvaukset määräjain, esimerkiksi vuosittain.

*e) Valtio suorittaa Kansaneläkelaitokselle hakemuksen perusteella varat sairausvakuutusmomentilta.*

Valtion tulisi suorittaa Kansaneläkelaitokselle tarvittavat varat Kansaneläkelaitoksen hakemuksen perusteella ja sen ilmoituksen mukaisesti samoin periaattein kuin ulkomaille suoritettavien kustannusten osalta. Valtion korvaus maksettaisiin sairausvakuutusmomentilta. Toteutus edellyttää sairausvakuutuslain muutosta.

*Työryhmä esittää, että*

*Muulla kuin Suomessa vakuutettujen sairaanhoidon kustannusten korvausjärjestelmää uudistetaan seuraavasti:*

- *Kunnalliselle palvelun tuottajalle korvataan muulla kuin Suomessa vakuutettujen sairaanhoidosta aiheutuneet kustannukset täysimääräisesti toteutuneiden kustannusten mukaan.*
- *Korvausta ei makseta sellaisesta palvelusta, josta on oikeus periä potilaalta enintään palvelun tuottamisesta aiheutuneiden kustannusten suuruinen maksu. Korvausta suoritetaan niistä kustannuksista, jotka ovat asetuksen 1408/71 tai sairaanhoitosopimuksen perusteella korvausjärjestelmän piirissä. Hoidon tarpeen ratkaisee hoitava lääkäri.*
- *Korvaus suoritetaan aiheutuneiden kustannusten mukaisesti.*
- *Korvausjärjestelmän toimeenpanijana toimii Kansaneläkelaitos. Valtio suorittaa Kansaneläkelaitokselle hakemuksen perusteella tarvittavat varat sairausvakuutusmomentilta. Muutos edellyttää sairausvakuutuslain muutosta.*



*Jatkovalmistelujen yhteydessä sovitaan tarkemmin noudatettavasta laskutus- ja korvauskäytännöstä.*

*Kunnallisille palveluiden tuottajille korvataan kustannukset vuoden 2008 alusta alkaen. Tietokonejärjestelmien rakentamisen vaatiman lisäajan vuoksi vuosina 2008-2009 voidaan korvaukset väliaikaisesti suorittaa erikseen sovittavalla tavalla.*

#### **5.2.4 Valtion ja kuntien välisen rahoitusvastuun muutokset**

##### *Nykytila*

Muualla kuin Suomessa vakuutettujen kiireellisen ja oleskelun aikaisen hoidon aiheuttamiksi kustannuksiksi työryhmä on edellä esitettyjen selvitysten perusteella (taulukko 10 ja Kuntaliiton arvio) arvioinut 7,4 miljoonaa euroa (bruttokustannukset vähennettynä asiakasmaksuilla ja muualla kuin Suomessa vakuutettujen hoidosta perityksi saaduilla korvauksilla). Hoitoa antanut terveydenhuollon toimintayksikkö voi periä kaikilta muualla kuin Suomessa vakuutetuilta hoitoa saaneilta potilailta sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain mukaisen maksun. Muualla kuin Suomessa asuvalta palvelun käyttäjältä voidaan periä asiakasmaksuna hoidosta aiheutuneet todelliset kustannukset, ellei asetuksesta 1408/71 tai Suomea sitovasta kansainvälisestä sopimuksesta muuta aiheudu. Tällainen sopimus on Australian kanssa tehty sosiaaliturvasopimus.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän mukaan kunnat saavat terveydenhuollon kustannuksiin valtionosuutta keskimäärin 33,32 prosenttia. Valtionosuusjärjestelmässä asiakasmaksujen osalta noudatetaan ns. bruttoperiaatetta eli kunnallisista sosiaali- ja terveystalvakuuista perittävät asiakasmaksut jäävät kokonaan kunnan tuloksi eikä niillä ole vaikutuksia kuntien saamiin valtionosuuksiin. Näin ollen asiakasmaksuilla rahoitettu osuus on otettava huomioon arvioitaessa valtionosuusjärjestelmän kautta maksettavaa valtion rahoitusosuutta.

##### (i)

Muualla kuin Suomessa vakuutettujen hoidosta aiheutuviin kustannuksiin (7 400 000 €) kunnille maksettavaksi valtionosuudeksi arvioidaan siten 2 625 000 euroa, jolloin kuntien itsensä maksettavaksi ja asiakasmaksuilla katettavaksi jää yhteensä 5 255 000 euroa seuraavasti:

	€	€
Sairaanhoidon kustannukset	7 400 000	7 400 000
Asiakasmaksut (arvio <sup>7</sup> )	<u>480 000</u>	
Valtionosuuteen oikeuttavat kustannukset	7 880 000	Kunta 5 255 000
Valtionosuus 33,32 %	2 625 000	Valtio 2 625 000

##### (ii)

Mikäli tarkasteluun otetaan ainoastaan Pohjoismaat, EU/EY-valtiot ja sosiaaliturvasopimusmaat, muualla kuin Suomessa vakuutettujen hoidosta aiheutuviin kustannuksiin maksettavaksi valtionosuudeksi arvioidaan 1 690 000 euroa. Tällöin kuntien itsensä maksettavaksi ja asiakasmaksuilla katettavaksi jää yhteensä 3 380 000 euroa seuraavasti:

<sup>7</sup> Asiakasmaksujen osuutta arvioitaessa lähtökohdaksi on otettu asiakasmaksujen keskimääräinen rahoitusosuus aiheutuneista kustannuksista.

	€	€
Sairaanhoidon kustannukset	4 750 000	4 750 000
Asiakasmaksut (arvio <sup>1</sup> )	<u>320 000</u>	
Valtionosuuteen oikeuttavat kustannukset	5 070 000	Kunta 3 060 000
Valtionosuus 33,32 %	1 690 000	Valtio 1 690 000

Tarkoitus on, että hoitoa antaneelle julkisen terveydenhuollon toimintayksikölle korvataan jatkossa valtion varoista ne kustannukset, jotka ovat aiheutuneet muualla kuin Suomessa vakuutetun potilaan hoidosta. Työryhmän esityksen mukaan korvauksen maksaisi Kansaneläkelaitos sairausvakuutuksen momentilta. Koska kunnat (hoitoa antavat julkiset terveydenhuollon toimintayksiköt) saavat jo nyt valtionosuutta muualla kuin Suomessa vakuutettujen hoidon kustannuksiin, tulisi valtionosuuden perusteena olevia kustannuksia ja valtionosuutta tarkistaa siten, että kaksinkertaiselta korvaukselta vältytään. Esitetyn muutoksen vaikutukset valtion ja kuntien väliseen rahoitusvastuuseen arvioidaan erikseen.

Seuraavissa laskelmissa kustannusvaikutuksia on ensin arvioitu tilanteessa jossa pohjana ovat kaikki muualla kuin Suomessa vakuutettuna olevien aiheuttamat kustannukset (vaihtoehto (i)) Vastaavat tulokset vaihtoehdolle (ii) esitetään lopussa.

#### *Kaksinkertaisen korvauksen poistaminen*

Valtionosuuslaskelmassa kaikki terveydenhuollon kustannukset otetaan huomioon valtionosuutta määrättäessä. Koska esityksen mukaan terveydenhuollon yksiköille korvataan suoraan muualla kuin Suomessa vakuutettujen kustannukset tulee vastaavat menot poistaa valtionosuuslaskelmien terveydenhoitomenoista. Tällöin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet alenisivat yhteensä 2 625 000 €.

Valtion menot sairausvakuutusmomentilla kasvaisivat 7 400 000 € ja nettolisäys olisi täten 4 755 000 €.

Nykyisen valtionosuuslainsäädännön mukaan valtion ja kuntien välinen kustannustenjako tarkistetaan neljän vuoden välein. Tämän tarkistuksen yhteydessä valtionosuuteen oikeuttavat kustannukset tarkistetaan toteutuneiden kustannusten mukaisiksi viimeisimpien käytettävissä olevien tilastotietojen perusteella. Tarkistuksen yhteydessä tulee ottaa huomioon terveydenhuollon yksiköille suoritettu korvaus Kelan tilastojen perusteella. Kyseinen menettely takaa sen, että muualla kuin Suomessa vakuutettujen hoidon kustannukset ja korvaukset tulevat jatkossakin otetuksi oikean tasoisine huomioon valtionosuuslaskelmissa eikä kaksinkertaista korvausta suoriteta.

*Vaikutukset valtion ja kuntien väliseen rahoitusvastuuseen*

Työryhmä tarkasteli seuraavia vaihtoehtoja:

a) Valtionosuuksiin ei muita tarkistuksia

Työryhmässä esitettiin näkemys, ettei valtionosuuksille tulisi tehdä muita tarkistuksia perusteluna se, että aikoinaan valtio vastasi ulkomaalaisten sairaanhoidon kustannuksista.

Tämä oli kuitenkin ennen laajaa valtionosuusjärjestelmän uudistusta.

Ehdotettu vaihtoehto merkitsisi valtion ja kuntien nykyisen rahoitusvastuun selvää muutosta: valtion kokonaismenot kasvaisivat 4 755 000 € ja kunnille tulisi vastaava lisäkorvaus.

b) Uudistus toteutetaan kustannusneutraalisti

Mikäli uudistus toteutetaan siten, etteivät valtion nettomenot kasva, tulee valtionosuutta alentaa nettolisäystä vastaavasti. Siirtymävaiheessa valtion ja kuntien kokonaisrahoitus ei tuolloin muutu. Valtionosuuksia tulisi erikseen vähentää 4 755 000 €. Vähennys voidaan toteuttaa valtionosuusprosenttia tarkistamalla.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen työryhmän sopimusten mukaan muutos tulee toteuttaa kustannusneutraalisti.

Työryhmässä arvioitiin lisäksi sitä, tulisiko laskelmissa ottaa huomioon se, että valtio vastaa kokonaan suomalaisten hoidosta ulkomailla aiheutuneista kustannuksista. Periaatteessa kuntien tulisi vastata asukkaidensa hoidon kustannuksista myös ulkomailla. Valtio on kuitenkin vastannut näistä kustannuksista kokonaan. Koska kunnat eivät ole rahoittaneet näitä menoja, ne eivät myöskään sisälly valtionosuuslaskelmiin. Vaikka tämäkin asia on syytä pitää mielessä eri vaihtoehtoja arvioitaessa, työryhmä ei katsonut aiheelliseksi esittää tältä osin muutoksia.

*Vaikutukset vaihtoehdossa (ii)*

Vaihtoehdossa (i) ovat mukana myös sellaiset kustannukset, joista on oikeus periä potilaalta palvelun tuottamisesta aiheutuneet kustannukset. Työryhmä on aiemmin (kohta 5.2.3) päätenyt esittämään, etteivät nämä tapaukset tulisi esitetyn korvausjärjestelmän piiriin. Tämän johdosta on perusteltua tehdä muutokset valtionosuusjärjestelmään vaihtoehdon (ii) mukaisesti.

Kelan kautta korvattavaksi tulisi 4 750 000 € millä määrällä valtion kustannukset sairausvakuutusmomentilla kasvaisivat. Valtionosuudet alenisivat 1 690 000 €. Valtion nettomenolisäys olisi 3 060 000 €.

Jotta muutos toteutuisi kustannusneutraalisti tulisi valtionosuuksia lisäksi vähentää 3 060 000 €.

*Työryhmä esittää, että*

*Uudistus toteutetaan valtion ja kuntien rahoitusvastuiden osalta siirtymävaiheessa kustannusneutraalisti. Tämän saavuttamiseksi muualla kuin Suomessa vakuutettujen hoidon bruttokustannukset (5 070 000 euroa) poistetaan valtionosuuteen oikeuttavista kustannuksista (valtionosuuksia vähentävä vaikutus 1 690 000 euroa) ja valtionosuuksia vähennetään lisäksi 3 060 000 euroa alentamalla valtionosuusprosenttia vuonna 2008.*

*Myöhempinä vuosina valtionosuuslaskelman tarkistusten yhteydessä menopohjaa tarkistetaan vastaamaan palvelun tuottajille jääneet menot kun niistä on poistettu Kansaneläkelaitoksen korvaamia menoja vastaava osuus.*

*Mahdollisista uusista sopimuksista aiheutuvat muualla kuin Suomessa vakuutettujen sairaanhoidosta aiheutuvat lisäkustannukset jäävät valtion kustannusvastuulle.*

Esitetyn vaihtoehdon mukaan valtion ja kuntien rahoitusvastuut eivät muutu siirtymävaiheessa. Myöhempinäkään vuosina kaksinkertaista korvausta ei tule suoritettavaksi, koska Kelan kautta korvatut kustannukset poistetaan valtionosuuslaskennassa huomioon otettavista kustannuksista nelivuotistarkistuksessa. Erillinen valtionosuuksien alentaminen toteutetaan vain siirtymävaiheessa. Tämä merkitsee sitä, että mahdolliset myöhemmät kustannusten lisääntymiset käytön lisääntymisen tai valtion uusien sopimusten johdosta jäävät valtion kustannusvastuulle.

Kuntien osalta valtionosuusjärjestelmässä tehtävät tarkistukset merkitsevät esitetyn suoran korvauksen kanssa sitä, että kunnat joissa on suhteellisesti paljon näitä kustannuksia hyötyvät. Sen sijaan kunnat, joissa kustannuksia on vähän, ja jotka nyt ovat saaneet valtionosuusjärjestelmän kautta silti keskimääräistä kustannustasoa vastaavaa korvausta, menettävät. Vaikutus valtionosuuksissa jää kuitenkin vähäiseksi.

## **6 MUUALLA KUIN SUOMESSA VAKUUTETTUJEN SAIRAANHOITOON LIITTYVIÄ ERITYISIÄ KYSYMYKSIÄ**

### **6.1 EU-koordinaatioasetuksen mukainen hoitoon hakeutuminen, kansallinen lainsäädäntö ja kustannusten laskutus**

Kansaneläkelaitos myöntää Suomessa eurooppalaisen sairaanhoitokortin sekä muut asetuksen 1408/71 mukaiset sairaanhoito-oikeuteen liittyvät todistukset lukuun ottamatta hoitoon hakeutumisvaltuutusta E112-todistuksella ja tapaturmaan ja ammattitauteihin liittyvää E123-todistusta. Kansaneläkelaitos saa varat valtiolta laskujen maksamiseen, kun muu jäsenvaltio on antanut hoitoa Suomen puolesta Kansaneläkelaitoksen myöntämien todistusten perusteella. Sairaanhoitopiiri tai sairaalakuntayhtymä antaa E112-hoitoonhakeutumistodistuksen ja myös on vastuussa tällaisen hoidon kustannuksista. Sairaanhoitopiiri saa myös itselleen korvauksen, kun se antaa hoitoa E112-hoitoon hakeutumistodistuksen perusteella.

Suomessa kunnilla on oikeus hankkia hoitoa ulkomailta myös ostopalveluna kansallisen lainsäädännön mukaan. Ostopalveluina hoitoa hankitaan mm. Ruotsista, Saksasta ja Ranskasta. Tällaisen laskutuksen ei pitäisi tapahtua asetuksen 1408/71 mukaisen laskutuksen joukossa.

Käytännössä hoitoon hakeutumista koskevat laskut tulevat muista EU/EY-valtioista osittain Kansaneläkelaitokselle muun laskutuksen joukossa ja osittain sille yksikölle, joka hoitoon hakeutumisvaltuutuksen antoi. Seuraavista taulukoista 12. ja 13. selviää, että Kansaneläkelaitoksen kautta kulkeneiden hoitoon hakeutumistapausten määrä on melko vaatimatonta. Kuntaliiton tilaston mukaan todellisia hoitoon hakeutumistapauksia on enemmän kuin Kansaneläkelaitoksen tilastoissa.

**Taulukko 13. Laskutus hoitoon hakeutumistapauksissa sairaanhoitopiirien ja Kansaneläkelaitoksen välillä**

<b>Vuosi</b>	<b>Sh-piireille maksetut EUR</b>	<b>Sh-piireiltä laskutetut EUR</b>
<b>2000</b>	10 737,12	6 455,75
<b>2001</b>	17 380,02	18 923,95
<b>2002</b>	49 109,69	49 931,15
<b>2003</b>	1 076,40	151,68
<b>2004</b>	34 922,65	0
<b>2005</b>	162 004,85	2 099,49
<b>YHT.</b>	<b>275 230,73</b>	<b>77 562,02</b>

**Taulukko 14. Hoitoon hakeutumiset maittain / tapausten määrät**

<b>Maa, josta hakeuduttu hoitoon Suomeen:</b>	
Alankomaat	3 kpl
Espanja	12 kpl
Italia	1 kpl
Itävalta	4 kpl
Norja	1 kpl
Ranska	3 kpl
Ruotsi	5 kpl
Saksa	14 kpl
Tanska	2 kpl
Viro	2 kpl
Yhdistynyt Kuningaskunta	1 kpl
<b>yhteensä</b>	<b>48 kpl</b>
<b>Maa, johon hakeuduttu hoitoon Suomesta</b>	
Espanja	1 kpl
Ranska	6 kpl
Ruotsi	8 kpl
Saksa	2 kpl
<b>yhteensä</b>	<b>17 kpl</b>

*Lähde: Kansaneläkelaitos*

Julkisen terveydenhoidon yksiköt ovat itse yrittäneet laskuttaa potilaalta tai hänen vakuutusyhtiöltään/sairauskassaltaan antamansa hoidon todelliset kustannukset. Kun julkinen palveluntuottaja laskuttaa suoraan maksusitoumuksen antanutta ulkomaalaista tahoa, tulisi silloinkin menetellä EU:n koordinaatiolainsäädännön mukaisesti. Kansaneläkelaitos on ottanut laskutettavaksi hoitoon hakeutumiskustannusten laskutuksen, jos hoitoa antanut Suomen julkisen terveydenhuollon yksikkö näin haluaa. Mm.

Saksa, Ruotsi ja Viro eivät korvaa hoitoon hakeutumislaskuja suoraan suomalaissairaaloille, vaan pyytävät laskutusta Kansaneläkelaitoksen kautta.

Kun Kansaneläkelaitos on laskuttanut julkisen terveydenhuollon puolesta hoitoon hakeutumiskustannuksia, on Kansaneläkelaitos maksanut korvauksen hoitoyksikölle sen jälkeen, kun Kansaneläkelaitos on saanut korvauksen kustannuksista vastuussa olevalta maalta. Korvauksen saaminen voi kestää vuosia.

Kun Kansaneläkelaitokselta laskutetaan hoitoon hakeutumistapauksia ja valtuutuksen antajana on julkisen terveydenhuollon yksikkö, Kansaneläkelaitos pyytää ennen laskun maksamista hyväksymisen siltä julkisen terveydenhuollon yksiköltä, joka on vastuussa kustannuksista. Julkinen terveydenhoitoyksikkö ei lähetä oma-aloitteisesti kopiota antamastaan E112-todistuksesta Kansaneläkelaitokselle. Kansaneläkelaitokselle tulleissa hoitoon hakeutumisesta koskevissa laskuissa on valtuutuksen antajana yleensä joku sairaala tai terveyskeskus ja E 112 -todistukset ovat usein epätäydellisesti täytettyjä. Hoitoa antava valtio pyytää Kansaneläkelaitosta vahvistamaan valtuutuksen antaneen sairaalan kooditunnuksen ja onko kyseessä oleva laitos toimivaltainen antamaan kyseisen valtuutuksen. Yhteenvedona todetaan, että menettely on tällaisena Kansaneläkelaitokselle työläs ja lisäksi altis kaksinkertaiselle korvaukselle.

Edellä mainitun perusteella hoitoon hakeutumiseen liittyviä menettelytapoja on tarpeellista selvittää.

## **6.2 Takaisinperintämahdollisuudet kansallisen lainsäädännön mukaan**

Neuvoston asetuksen 883/2004 lähtökohtana on, että jäsenvaltioissa maksettavat maksut ja perusteetta antamat etuudet voidaan periä toisessa jäsenvaltiossa siellä noudatettavan menettelyn ja etuoikeuksien mukaisesti. Tuomioistuinten ja hallintoviranomaisten täytäntöönpanokelpoiset päätökset tunnustetaan ja pannaan täytäntöön toisessa jäsenvaltiossa. Maksukyvyttömyysmenettelyissä sovelletaan toisen jäsenvaltion saataviin samoja etuoikeuksia kuin jäsenvaltion omiin saataviin.

Uudessa täytäntöönpanoasetusehdotuksessa säädetään laitosten välisestä menettelystä, ”vähentämisestä” (kuittaamisesta ja regressistä). Laitosten välinen vähentämismenettely on asetusehdotuksessa ensisijainen etuuden saajaan kohdistuvaan takaisinperintään nähden. Säännösten perusteella esimerkiksi toisessa EU-maassa oikeudettomasti saatuja etuuksia voitaisiin periä takaisin Suomessa asuvalta henkilöltä Suomen takaisinperintäsäännösten mukaisesti ja vastaavasti Suomessa saatuja etuuksia voitaisiin periä takaisin toisesta jäsenvaltiosta sen lainsäädännön mukaan.

Kansaneläkelaitoksen tehtävistä toimeenpantaessa asetuksen 1408/71 eräitä säännöksiä annetussa asetuksessa 1339/2004 ei ole mainintaa takaisinperintätehtävistä. Tällainen toimivaltasäännös saattaisi kuitenkin jatkossa olla tarpeellinen, jos Kansaneläkelaitoksen on tarkoitus näitä tehtäviä hoitaa. Tämä tulisi huomioida, vaikka täytäntöönpanoasetuksen käsittely on vielä kesken ja vähentämismenettelyä koskevat säännökset voivat vielä muuttua käsittelyaikana.

Sairausvakuutuslain takaisinperintäsäännösten kuittaamismahdollisuus soveltuu huonosti sairaanhoitokorvausten kaltaisiin kertaluontoisiin etuuksiin. Säännöksen perusteella sairaanhoitokorvaus voidaan kuitenkin kuitata sairausvakuutuslain mukaisesta etuu-

desta. Sairausvakuutuslain takaisinperintäsäännökset koskevat sairausvakuutuslain perusteella myönnettyjen etuuksien takaisinperintää (SVL 15:18 §). Sairausvakuutuslain perusteella ei liene mahdollista suorittaa takaisinperintää, kun henkilö on saanut esimerkiksi hoitoa toisessa EU-maassa, eikä hänellä ole ollut oikeutta hoitoon Suomen kustannuksella esimerkiksi vakuutukseen kuulumattomuuden vuoksi. Tulisikin pohtia, tarvitaanko tällaisia ja vastaavia tilanteita varten uutta kansallista lainsäädäntöä.

### 6.3 Tietosuoja julkisessa terveydenhuollossa

Terveyskeskusten ja sairaaloiden on annettava sairaanhoidon kustannusten korvaamiseen liittyvän tehtävän hoitamista varten tarpeelliset tiedot Kansaneläkelaitokselle siten kuin valtioneuvoston asetuksella tarkemmin säädetään. Julkisia terveystalouksia antavien yksiköiden on ilmoitettava Kansaneläkelaitokselle ne kustannukset, jotka ovat aiheutuneet etuuksiin oikeutetulle henkilölle toisen jäsenvaltion toimivaltaisen laitoksen puolesta annetuista luontoisuuksista.

Suomessa asuu henkilöitä, jotka kuuluvat muun jäsenvaltion sosiaaliturvalainsäädäntöä koskevan vakuutuksen piiriin. Näitä ovat esimerkiksi Suomeen lähetetyt työntekijät tai muussa jäsenmaassa sijaitsevan kuljetusliikkeen palveluksessa olevat työntekijät. Heillä on kotikunta Suomessa ja he saavat julkisen terveydenhuollon palvelut. Heidän hoitokustannuksensa voitaisiin laskuttaa EU-lainsäädännön perusteella kustannuksista vastuussa olevalta valtiolta. Kunnalla ei kuitenkaan ole välttämättä tietoa asiasta, koska henkilöllä voi jo tällöin olla kotikunta Suomessa ja sen vuoksi kustannukset jäävät laskuttamatta. Suomen lainsäädännössä ei ole suoraa lain säännöstä, jonka perusteella Kansaneläkelaitos voisi antaa kunnille tiedon henkilön statuksesta.

Laissa viranomaisen toiminnan julkisuudesta 26 pykälän toisen momentin mukaan viranomaisen voi antaa salassa pidettävästä viranomaisen asiakirjasta tiedon, jos tieto on tarpeen:

- 1) yksityisen tai toisen viranomaisen laissa säädetyn tiedonantovelvollisuuden toteuttamiseksi; taikka
- 2) tiedot antavan viranomaisen hoidettavaksi kuuluvan korvauksen tai muun vaatimuksen toteuttamiseksi.

Sairausvakuutuslaissa on säädetty julkisen terveydenhuollon yksiköille velvollisuus antaa Kansaneläkelaitokselle tiedot, joiden perusteella sairaanhoidon kustannukset voidaan laskuttaa toiselta jäsenvaltiolta. Terveydenhuolto ei voi täyttää tiedonantovelvoitettaan ilman, että saa Kansaneläkelaitokselta tiedot henkilön statuksesta. Edellä esitetyn julkisuuslain 26 §:n 2 momentin 1 kohdan mukaan Kansaneläkelaitos voi luovuttaa terveyskeskukselle tai sairaalalle tiedot henkilöstä, jonka sairaanhoidon kustannuksista muu jäsenvaltio on vastuussa. On erikseen selvítettävä, miten tiedon antaminen käytännössä voidaan toteuttaa.

Tällä hetkellä kustannukset on ilmoitettava Kansaneläkelaitokselle potilaista, joista muuta jäsenmaata laskutetaan joko todellisten kustannusten perusteella tai vuotuisina kertasuorituksina. Ilmoitusta ei tehdä silloin, kun kyse on potilaasta, joka tulee maasta, jonka kanssa on sovittu kustannusten korvauksista luopumisesta. Jos kustannuksia ryhdytään korvaamaan kunnille laajemmin ts. myös niistä, joista ei laskuteta, on erikseen selvítettävä, edellyttääkö se lainsäädännön tarkistamista. Sairausvakuutuslain 15 luvun 16 §:n ja valtioneuvoston asetuksen 1339/2004 säännökset eivät välttämättä tätä kata.

Henkilötunnusta vastaava tunnus tulisi olla mahdollista antaa myös esimerkiksi Suomessa oleskeleville muiden valtioiden diplomaateille ja sellaisille muissa EU/EY-valtioissa asuville, joiden sairaanhoidosta Suomi on vastuussa. Perusteena henkilötunnuksen käytön laajentamiselle tältä osin on, että sitä tarvitaan, jotta nykyisellään saadaan hoidettua kustannusten korvaamisjärjestelmä ja oikeudet hoitoon. Tulevaisuudessa uuden asetuksen 883/2004 valtioiden välillä sähköisen tietojärjestelmän toimimiseksi henkilöllä tulisi olla luotettava tunnistus.

#### **6.4 Eläkkeensaajien sairaanhoidon kustannuksiin liittyviä erityiskysymyksiä**

*Suomessa asuvat eläkkeensaajat, joiden sairaanhoidon kustannuksista on vastuussa joku muu EU/EY-valtio*

Suomeen muuttaa enenevässä määrin eläkeläisiä, jotka kuuluvat muun EU/EY-valtion sosiaaliturvajärjestelmän vakuutuksen piiriin. Heillä on kotikunta Suomessa ja he saavat julkisen terveydenhuollon palvelut. Heidän hoitokustannuksensa voitaisiin laskuttaa EU-lainsäädännön perusteella kustannuksista vastuussa olevalta valtiolta. Kunnalla ei kuitenkaan ole välttämättä tietoa asiasta eikä kunnallinen palvelun antaja tästä syystä ilmoita tällaisesta hoidosta Kansaneläkelaitokseen. Kustannukset jäävät sen vuoksi usein laskuttamatta toimivaltaiselta valtiolta, mistä syystä kustannukset jäävät kunnan maksettavaksi.

Kansaneläkelaitos voi luovuttaa terveyskeskukselle tai sairaalalle tiedot henkilöstä, jonka sairaanhoidon kustannuksista muu jäsenvaltio on vastuussa. Työryhmä katsoo, että asia tarvitsee jatkoselvittelyä sen suhteen, miten ilmoittaminen tulee käytännössä hoitaa.

*Eläkkeensaajat, joiden sairaanhoidon kustannuksista Suomi on vastuussa*

Eläkkeensaajan sairaanhoidon kustannusvastuu kuuluu Suomelle niissäkin tapauksissa, joissa eläkkeensaajan ainoa eläke on Suomesta maksettava pieni kansaneläke tai pieni työeläke. Pienin maksettava kansaneläke noin 10 euroa kuukaudessa. Suomelle kuuluu tällöin sairaanhoidon kustannusvastuu, vaikka eläkkeensaaja asuisi toisessa EU/EY-valtiossa. Kyseessä oleva tilanne voi tapahtua esimerkiksi silloin, kun henkilö on asunut nuoruutensa Suomessa ja työskennellyt koko elämänsä muualla kuin Suomessa ja jonka jälkeen hän palaa Suomeen viettämään eläkeaikansa.

Suomen kustannusvastuun vähentämisen mahdollisuuksia tällaisissa tapauksissa olisi hyvä selvittää.

#### **6.5 Oleskeluluvat, kotikuntalaki ja vakinainen maassa asuminen**

Suomeen muuttavan henkilön oikeuksista säädetään kolmella eri taholla:

- 1) Oleskelulupa sitä tarvitseville myönnetään ulkomaalaislain perusteella.
- 2) Kotikunnan voi saada kotikuntalain säännösten perusteella.
- 3) Soveltamisalalaisissa säädetään oikeuksista Kansaneläkelaitoksen hoitamaan sosiaaliturvaan.



Säännösten yhteensovittaminen tuottaa usein ongelmia. Eri syistä Suomeen tulevien henkilöiden oikeudet vaihtelevat sen mukaan, mikä oleskeluoikeus heille on myönnetty. Jos maahanmuuttaja saa tilapäisen oleskeluluvan (B-lupa), voi kotikunnan saaminen muodostua ongelmaksi. Suurimman ryhmän tilapäisen oleskeluluvan saaneista henkilöistä muodostavat Suomeen saapuvat opiskelijat.

Työntekijän oleskelulupajärjestelmän mukaan pääsääntönä on, että työvoimatoimisto suorittaa työvoiman saatavuusharkinnan sen selvittämiseksi, onko Suomen työmarkkinoilla työvoimaa kyseiseen tehtävään. Tällöin ulkomaalaiselle myönnetään työntekijän oleskelulupa. Ulkomaalaislain säännösten mukaan työnteko voi olla mahdollista myös ilman työntekijän oleskelulupaa, joko rajoittamattomasti tavallisella oleskeluluvalla, rajoitetusti tavallisella oleskeluluvalla tai kokonaan ilman oleskelulupaa.

Suomen kautta kulkee vuosittain lisäksi henkilöitä, joilla ei oleskelun tilapäisyyden vuoksi synny kansallisen lain tai sairaanhoitosopimuksen perusteella oikeutta sairaanhoitoon. Tilapäisenkin oleskelun aikana henkilölle annetaan kuitenkin kiireellinen hoito, jolloin potilaalta voidaan periä enintään palvelun tuottamisesta aiheutuneiden kustannusten suuruinen maksu. Jos kustannuksia ei saada perittyä, jäävät ne kunnallisen palvelun antajan kustannettavaksi.

Työryhmä toteaa, että Suomeen muuttavan henkilön oikeuksista säädetään useassa eri laissa, joiden yhteensovittaminen on hankalaa sairaanhoito-oikeuksien osalta. Asiaa tulisi selvittää jatkossa sen osalta, millä säännöillä määrätään oikeudesta sairaanhoidon alkamiseen erityisesti niiden henkilöiden osalta, jotka oleskelevat Suomessa tilapäisellä oleskeluluvalla tai jotka odottavat oleskelulupaa.

## **7 TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET**

### **1. Laskentamenetelmä**

Työryhmä selvitti kahta eri menetelmää Suomen kiinteämääräisten kustannusten laskentamenetelmäksi: perhekohtainen menetelmä ja ikäluokkakohtainen menetelmä.

Ikäluokkakohtainen laskentamenetelmä soveltuu Suomen tilastotietoihin paremmin kuin perhekohtainen menetelmä. Sen perusteella lasketut keskimääräiset kustannukset ovat siten luotettavampia kuin asetuksen perhekohtaisten kustannusten laskentamenetelmällä saadut. Se voidaan myös riittävän luotettavana toistaa kaikille nyt tarvittaville laskentavuosille. Menetelmän keskeinen perusta on Stakesin tuottama selvitys terveydenhoidon kustannusten ikä- (ja sukupuoli-)kohtaisesta jakautumisesta. Tämä selvitys tulisi toistaa säännöllisesti, esimerkiksi viiden vuoden välein, jotta arvion luotettavuus säilyy.

Suomen ikäluokkakohtainen laskentamenetelmä on sellaisenaan sovellettavissa, mikäli uudessa täytäntöönpanoasetuksessa siirrytään annetun ehdotuksen mukaisesti perhekohtaisesta laskentamenetelmästä ikäluokkakohtaiseen menetelmään. Menetelmä voidaan helposti muuntaa eri ikäluokkia koskevaksi ja myös sukupuolittain huomioon otettavaksi.

*Työryhmä ehdottaa, että*

*Suomen kiinteämääräisten kustannusten laskentamenetelmäksi valitaan ikäluokkiin perustuva menetelmä.*

*Laskentamenetelmän luotettavuuden säilyminen edellyttää, että erillinen selvitys terveydenhoidon kustannusten ikä- ja sukupuolikohtaisesta jakautumisesta toistetaan määräjain.*

Ehdotus Suomen kiinteämääräisten kustannusten laskentamenetelmäksi esiteltiin EU:n hallintotoimikunnan alaisen tilintarkastuslautakunnan kokouksessa toukokuussa 2006, jossa ehdotus Suomen laskentamenetelmäksi hyväksyttiin yksimielisesti. Laskentamenetelmän ohessa tilintarkastuslautakunnalle esiteltiin peruskuvauksen Suomen terveydenhuollon järjestelmästä ja rahoituksesta. Esitetty laskentamenetelmän kuvaus ja kuvaus terveydenhuollon järjestelmästä ja rahoituksesta ovat raportin liitteinä 8. ja 9.

## **2. Laskutettavat kustannukset**

Työryhmä on valitsemansa laskentamenetelmän mukaisesti laatinut laskelmat kiinteämääräisistä kustannuksista vuosille 1994-2003. Laskutettavina olevat kertamaksut ovat taulukon 9 mukaisia.

Kuten selvityksestä ilmenee, laskutettavat määrät vuosille 1994-1997 ovat vuoden 1998 kustannustason mukaan arvioituna noin 130 000 euroa. Laskutettavia kuukausia vuosilta ennen vuotta 1998 on melko vähän ja varsinaisten laskutettavien kustannusten selvittämiseen tarvittava työ olisi suhteellisen suuri.

Koska terveydenhuollon kustannukset ovat nousseet vuosittain, voidaan todellisten kustannusten olettaa olevan edellä mainittua määrääkin vähäisemmät. Työryhmä katsoo, että olisi perusteltua olla esittämättä laskuja enää tässä vaiheessa vuosille 1994-1997 niiden pienuudesta johtuen, koska myös laskutuksen hallinnointi selvittelyineen johtaa kustannuksiin. Siten kiinteämääräisten kustannusten mukaiseen laskutukseen tulisi siirtyä vasta vuodesta 1998 alkaen.

*Työryhmä ehdottaa, että*

*Suomi ei laskuta kiinteämääräisiä kustannuksia vuosilta 1994-1997, vaan siirtyy kiinteämääräisten kustannusten laskutukseen alkaen vuodesta 1998. Tästä aiheutuva tappio Suomen valtiolle on noin 130 000 euroa, mutta vastaavasti säästyvät Kansaneläkelaitokselta laskutuksen ja selvittelyn aiheuttamat hallintokulut.*

*Työryhmä totesi, että asetuksen 883/2004 täytäntöönpanoasetuksen vaikutuksia Suomen korvausjärjestelmän hallintoon ja kustannuksiin ei voida vielä tässä vaiheessa arvioida. Ehdotus täytäntöönpanoasetukseksi annettiin alkuvuodesta 2006 ja sen käsittely on vielä kesken. Etuuksien korvaamista koskevien artiklojen käsittely neuvostossa alkaa vasta aikaisintaan vuonna 2007. Se, mitä menetelmää olisi sovellettava uuden asetuksen aikana, voidaan ratkaista vasta kun asetuksen 883/2004 täytäntöönpanoasetus on laadittu ja Suomi on saanut kokemusta nyt ehdotetun menetelmän soveltamisesta*

### **3. Muualla kuin Suomessa vakuutettujen sairaanhoidosta aiheutuneiden kustannusten korvausjärjestelmän uudistaminen**

*Työryhmä esittää, että*

*Muualla kuin Suomessa vakuutettujen sairaanhoidon kustannusten korvausjärjestelmää uudistetaan seuraavasti:*

- *Kunnalliselle palvelun tuottajalle korvataan muualla kuin Suomessa vakuutettujen sairaanhoidosta aiheutuneet kustannukset täysimääräisesti toteutuneiden kustannusten mukaan.*
- *Korvausta ei makseta sellaisesta palvelusta, josta on oikeus periä potilaalta enintään palvelun tuottamisesta aiheutuneiden kustannusten suuruinen maksu. Korvausta suoritetaan niistä kustannuksista, jotka ovat asetuksen 1408/71 tai sairaanhoitosopimuksen perusteella korvausjärjestelmän piirissä. Hoidon tarpeen ratkaisee hoitava lääkäri.*
- *Korvaus suoritetaan toteutuneiden kustannusten mukaisesti.*
- *Korvausjärjestelmän toimeenpanijana toimii Kansaneläkelaitos.*

*Valtio suorittaa Kansaneläkelaitokselle hakemuksen perusteella tarvittavat varat sairausvakuutusmomentilta. Muutos edellyttää sairausvakuutuslain muutosta.*

*Jatkovalmistelujen yhteydessä sovitaan tarkemmin noudatettavasta laskutus- ja korvauskäytännöstä.*

*Kunnallisille palveluiden tuottajille korvataan kustannukset vuoden 2008 alusta alkaen. Tietokonejärjestelmien rakentamisen vaatiman lisäajan vuoksi vuosina 2008-2009 voidaan korvaukset väliaikaisesti suorittaa erikseen sovittavalla tavalla.*

### **4. Vaikutus valtion ja kuntien väliseen rahoitusvastuuseen**

Tarkoitus on, että hoitoa antaneelle julkisen terveydenhuollon toimintayksikölle korvataan jatkossa valtion varoista ne kustannukset, jotka ovat aiheutuneet muualla kuin Suomessa vakuutetun potilaan hoidosta. Työryhmän esityksen mukaan korvauksen maksaisi Kansaneläkelaitos sairausvakuutuksen momentilta. Koska kunnat (hoitoa antavat julkiset terveydenhuollon toimintayksiköt) saavat jo nyt valtionosuutta muualla kuin Suomessa vakuutettujen hoidon kustannuksiin, tulisi valtionosuuden perusteena olevia kustannuksia ja valtionosuutta tarkistaa siten, että kaksinkertaiselta korvaukselta vältytään. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmän mukaan kunnat saavat terveydenhuollon kustannuksiin valtionosuutta keskimäärin 33,32 prosenttia. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen työryhmän sopimusten mukaan muutos tulee toteuttaa kustannusneutraalisti.

*Työryhmä esittää, että*

*Uudistus toteutetaan valtion ja kuntien rahoitusvastuiden osalta siirtymävaiheessa kustannusneutraalisti. Tämän saavuttamiseksi muualla kuin Suomessa vakuutettujen hoi-*

*don bruttokustannukset poistetaan valtionosuuteen oikeuttavista kustannuksista ja valtionosuuksia vähennetään lisäksi alentamalla valtionosuusprosenttia vuonna 2008.*

*Myöhemminä vuosina valtionosuuslaskelman tarkistusten yhteydessä menopohjaa tarkistetaan vastaamaan palvelun tuottajille jääneet menot kun niistä on poistettu Kansaneläkelaitoksen korvaamia menoja vastaava osuus.*

*Mahdollisista uusista sopimuksista aiheutuvat muualla kuin Suomessa vakuutettujen sairaanhoidosta aiheutuvat lisäkustannukset jäävät valtion kustannusvastuulle.*

Esitetyn vaihtoehdon mukaan valtion ja kuntien rahoitusvastuut eivät muutu siirtymävaiheessa. Myöhemminäkään vuosina kaksinkertaista korvausta ei tule suoritettavaksi, koska Kansaneläkelaitoksen kautta korvatut kustannukset poistetaan valtionosuuslaskennassa huomioon otettavista kustannuksista nelivuotistarkistuksessa. Erillinen valtionosuusien alentaminen toteutetaan vain siirtymävaiheessa. Tämä merkitsee sitä, että mahdolliset myöhemmät kustannusten lisääntymiset käytön lisääntymisen tai valtion uusien sopimusten johdosta jäävät valtion kustannusvastuulle.

Kuntien osalta valtionosuusjärjestelmässä tehtävät tarkistukset merkitsevät esitetyn suoran korvauksen kanssa sitä, että kunnat joissa on suhteellisesti paljon näitä kustannuksia hyötyvät. Sen sijaan kunnat, joissa kustannuksia on vähän, ja jotka nyt ovat saaneet valtionosuusjärjestelmän kautta silti keskimääräistä kustannustasoa vastaavaa korvausta, menettävät. Vaikutus valtionosuuksissa jää kuitenkin vähäiseksi.

## **5. Lisäselvitystä vaativat esille nousseet asiat**

Työryhmä ehdottaa, että seuraavia asioita selvitetään:

1. Kustannusten laskutukseen hoitoon hakeutumistapauksissa liittyviä säännöksiä tulee selvittää.
2. Kansallisen lainsäädännön mukaisia takaisinperintämahdollisuuksia tulee tarkastella. Lisäksi asetuksen (EY) N:o 883/2004 täytäntöönpanoasetuksen vaikutukset takaisinperintään tulee huomioida.
3. Henkilötunnusta vastaavan tunnuksen myöntämistä myös esimerkiksi Suomessa oleskeleville muiden valtioiden diplomaateille ja sellaisille muissa EU/EY-valtioissa asuville, joiden sairaanhoidosta Suomi on vastuussa, tulee harkita.
4. Tietosuojaa julkisessa terveydenhuollossa tulee selvittää sellaisten henkilöiden suhteen, jonka sairaanhoidon kustannuksista muu EU/EY-valtio on vastuussa. On erikseen selvitettävä, miten tiedon antaminen Kansaneläkelaitoksesta julkisen terveydenhuollon yksikölle käytännössä voidaan toteuttaa.
5. Olisi hyvä selvittää Suomen kustannusvastuun vähentämisen mahdollisuuksia tapauksissa, joissa eläkkeensaajan sairaanhoidon kustannusvastuu kuuluu Suomelle pienen kansaneläkkeen tai työeläkkeen kautta.
6. Työryhmä toteaa, että Suomeen muuttavan henkilön oikeuksista säädetään useassa eri laissa, joiden yhteensovittaminen on hankalaa sairaanhoito-oikeuksien osalta.

Asiaa tulisi selvittää jatkossa sen osalta, millä säännöillä määrätään oikeudesta sairaanhoidon alkamiseen erityisesti niiden henkilöiden osalta, jotka oleskelevat Suomessa tilapäisellä oleskeluvalla tai jotka odottavat oleskelulupaa.



**LIITTEET**

**Liite 1.**

**ASIAKASMAKSUJEN OSUUS TERVEYDENHUOLLON KUSTANNUKSISTA**

	<b>1998</b>			<b>1999</b>			<b>2000</b>		
	<b>Menot</b> milj.mk	<b>Asiakas- maksut</b> milj. mk	<b>%</b>	<b>Menot</b> milj.mk	<b>Asiakas- maksut</b> milj. mk	<b>%</b>	<b>Menot</b> milj.mk	<b>Asiakas- maksut</b> milj. mk	<b>%</b>
Perusterveydenhuolto	10801	1123	<b>10,4</b>	11088	1164	<b>10,5</b>	11796	1172	<b>9,9</b>
Hammashuolto	1316	268	<b>20,4</b>	1344	296	<b>22,0</b>	1423	323	<b>22,7</b>
Erikoissairaanhoito	16466	1061	<b>6,4</b>	16966	1133	<b>6,7</b>	17577	1239	<b>7,0</b>
	<b>2001</b>			<b>2002</b>			<b>2003</b>		
	<b>Menot</b> milj.€	<b>Asiakas- maksut</b> milj. €	<b>%</b>	<b>Menot</b> milj.€	<b>Asiakas- maksut</b> milj. €	<b>%</b>	<b>Menot</b> milj.€	<b>Asiakas- maksut</b> milj. €	<b>%</b>
Perusterveydenhuolto	2107,0	203,1	<b>9,6</b>	2264,4	207,9	<b>9,2</b>	2396,1	216,9	<b>9,1</b>
Hammashuolto	265,4	58,0	<b>21,9</b>	288,5	67,2	<b>23,3</b>	307,2	69,0	<b>22,5</b>
Erikoissairaanhoito	3194,9	204,1	<b>6,4</b>	3440,2	217,7	<b>6,3</b>	3651,5	211,1	<b>5,8</b>

*Lähde: Kuntien taloustilasto*

## Vuoden 2002 ikäluokkakokohittaiset terveydenhuoltomenot

Menolaji	Meno milj €	Molemmat sukupuolet %		Molemmat sukupuolet milj.€			
		0-17	18-64	65+	0-17	18-65	65+
<b>Sairaalahoido /vuodeosastohoido</b>	3428,1	7,7	41,6	50,7	264,0	1426,1	1738,1
<b>Avohoido</b>							
- kunnallinen terv.hoido	1816,9	19,5	52,3	28,2	354,3	950,2	512,4
- sairausvak. korvaama hoito							
- työterveyshoito	154,3	0,0	99,3	0,7		153,2	1,1
- yks.sektorin hoito	119,8	10,7	65,4	23,9	12,8	78,3	28,6
- kuntoutus	59,3	23,4	72,0	4,6	13,9	42,7	2,7
<b>yhteensä sv-korvattu yksityissektorin hoito</b>	333,4						
<b>Suun terveydenhoito</b>							
- kunnallinen hammashuolto	170,1	53,0	42,0	5,0	90,2	71,4	8,5
-sair.vak. korvaama yks.hammashuolto	64,9	0,6	92,8	6,6	0,4	60,2	4,3
						0,0	0,0
<b>Lääkkeet</b>	859,4	5,0	55,0	40,0	43,0	472,7	343,8
<b>Matkakustannukset</b>	134,3	7,7	43,6	48,7	10,3	58,6	65,4
<b>Yhteensä</b>	6807,1				788,8	3313,5	2704,8
vähennetään työtaturmavakuutuksen osuus	-29,9				0	-29,9	0
<b>Huomioon otettavat kustannukset</b>	6777,2				788,8	3283,6	2704,8
<b>Väestö</b>	5 181 115	21,9	63,1	15,0	1 135 359	3 268 558	777 198
<b>€ per capita</b>	1308,06				694,77	1004,60	3480,21



LIITE 3.

KIINTEÄMÄÄRÄISTEN KUSTANNUSTEN IKÄLUOKKAKOHTAINEN LASKELMA

94 artikla	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Alle 65-vuotiaat						
Kustannukset (Taulukko 1) €	3234497852,73	3325550743,83	3705494602,03	3798532962,99	4112422889,28	4393303064,63
Vakuutettu väestö	4400826	4404134	4403917	4406990	4407731	4406537
Keskimääräiset kustannukset €/hiö/vuosi	734,98	755,10	841,41	861,93	933,00	997,00
<b>Kuukausittaiset nettokustannukset (80%) €</b>	<b>49,00</b>	<b>50,34</b>	<b>56,09</b>	<b>57,46</b>	<b>62,20</b>	<b>66,47</b>
95 artikla	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Alle 65-vuotiaat						
Kustannukset (Taulukko 1) €	3234497852,73	3325550743,83	3705494602,03	3798532962,99	4112422889,28	4393303064,63
Vakuutettu väestö	4400826	4404134	4403917	4406990	4407731	4406537
Keskimääräiset kustannukset €/hiö/vuosi	734,98	755,10	841,41	861,93	933,00	997,00
<b>Kuukausittaiset nettokustannukset (80%) €</b>	<b>49,00</b>	<b>50,34</b>	<b>56,09</b>	<b>57,46</b>	<b>62,20</b>	<b>66,47</b>
95 artikla	1998	1999	2000	2001	2002	2003
65-vuotiaat ja sitä vanhemmat						
Kustannukset (Taulukko 1) €	2180610691,42	2239643339,90	2421283500,68	2530786120,36	2744749097,07	2914517304,80
Vakuutettu väestö	758 820	767 168	777 198	787 371	798 564	813 195
Keskimääräiset kustannukset €/hiö/vuosi	2873,69	2919,36	3115,40	3214,22	3437,11	3584,03
<b>Kuukausittaiset nettokustannukset (80%) €</b>	<b>191,58</b>	<b>194,62</b>	<b>207,69</b>	<b>214,28</b>	<b>229,14</b>	<b>238,94</b>

## LIITE 4

FI

Euroopan yhteisöjen virallinen lehti 19. 2. 2000 L 47/32

### **PÄÄTÖS N:o 175,**

**tehty 23 päivänä kesäkuuta 1999,**

**neuvoston asetuksen (ETY)N:o 1408/71 19 artiklan 1 ja 2 kohdan, 22, 22 a, 22 b artiklan, 25 artiklan 1, 3 ja 4 kohdan, 26 artiklan, 28 artiklan 1 kohdan sekä 28 a, 29, 31, 34 a ja 34 b artiklan mukaisten sairaus- ja äitiysvakuutukseen perustuvien luontoisetuuksien käsitteen tulkinnasta sekä neuvoston asetuksen (ETY)N:o 574/72 93, 94 ja 95 artiklan mukaan korvattavien rahamäärien ja mainitun asetuksen 102 artiklan 4 kohdan mukaan maksettavien ennakkomaksujen määrittämisestä**

(2000/142/EY)

EUROOPAN YHTEISÖJEN SIIRTOTYÖLÄISTEN SOSIAALITURVAN HALLINTOTOIMIKUNTA, joka

ottaa huomioon sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheenjäseniinsä 14 päivänä kesäkuuta 1971 annetun neuvoston asetuksen (ETY)N:o 1408/71<sup>1</sup> 81 artiklan a alakohdan, jonka mukaisesti hallintotoimikunnan tehtävänä on käsitellä kaikkia hallinnollisia ja tulkintaa koskevia seikkoja, jotka johtuvat asetuksen (ETY) N:o 1408/71 ja myöhempien asetusten säännöksistä,

ottaa huomioon asetuksen (ETY)N:o 1408/71 36 artiklan 2 kohdan,

sekä katsoo, että

on muutettava 18 päivänä marraskuuta 1977 tehtyä päätöstä N:o 109, jotta otetaan huomioon Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen asiassa C-160/96 (Molenaar)5. maaliskuuta 1998 antamassa tuomiossa esiin tuomat seuraavat seikat:

- hoitovakuutukseen perustuvilla luontoisetuuksilla pyritään ennen kaikkea täydentämään sairausvakuutusetuksia ja parantamaan tällä tavoin hoidon tarpeessa olevien henkilöiden terveydentilaa ja elämän laatua; näin ollen, vaikka tällaisilla etuuksilla onkin omia erityispiirteitä, niitä on pidettävä asetuksen (ETY)N:o 1408/71 4 artiklan 1 kohdan a ja b alakohdassa tarkoitettuina sairausetuuksina
- hoitovakuutukseen perustuviin luontoisetuuksiin kuuluu asianomaisen henkilön hoidon tarpeesta aiheutuvista kustannuksista ja muun muassa terveydentilasta johtuvista hoitokuluista vastaaminen tai niiden korvaaminen; tällaiset luontoisetuudet, joilla pyritään kattamaan vakuutetun sekä kotona että erityisessä laitoksessa saamasta hoidosta, varusteiden hankinnasta ja tietyistä toimenpiteistä aiheutuvat kustannukset, sisältyvät asetuksen (ETY)N:o 1408/71 III osaston 1 luvussa tarkoitettujen luontoisetuuksien käsitteeseen,
- Saksan sairausvakuutuslainsäädännön mukainen kotiapu olisi katsottava sairausvakuutukseen perustuvaksi luontoisetuudeksi,

käsite sairausvakuutukseen perustuvat luontoisetuudet on määriteltävä täsmällisesti kaikkien jäsenvaltioiden osalta asetuksen (ETY)N:o 1408/71 19 artiklan 1 ja 2 kohdan, 22, 22 a, 22 b artiklan, 25 artiklan 1, 3 ja 4 kohdan, 26 artiklan, 28 artiklan 1 kohdan sekä 28 a, 29, 31, 34 a ja 34 b artiklan soveltamiseksi,

sairauteen ja äitiyteen liittyvien luontoisetuuksien käsitteen on näin ollen katsottava kattavan hoitovakuutusetuudet, jos ne täyttävät tuomioistuimen esittämät asialliset arviointiperusteet, riippumatta etuuksien määritelmästä siinä kansallisessa lainsäädännössä, jonka perusteella ne myönnetään, ja

---

<sup>1</sup> EYVL L 149, 5.7.1971, s.2

menettely on asetuksen (ETY)N:o 1408/71 80 artiklan 3 kohdan mukaista,

ON PÄÄTTÄNYT SEURAAVAA:

1. Määritettäessä neuvoston asetuksen (ETY)N:o 574/72<sup>2</sup> 93, 94 ja 95 artiklan mukaisia korvauksia otetaan huomioon ne sairauten ja äitiyteen liittyvät hoitovakuutukseen perustuvat luontoisetuudet, jotka katsotaan sellaisiksi etuuden myöntävän laitoksen soveltaman kansallisen lainsäädännön mukaan, jos kyseisiin etuuksiin voidaan saavuttaa oikeus asetuksen (ETY)N:o 1408/71 19 artiklan 1 ja 2 kohdan, 22, 22 a, 22 b artiklan, 25 artiklan 1, 3 ja 4 kohdan, 26 artiklan, 28 artiklan 1 kohdan sekä 28 a, 29, 31, 34 a ja 34 b artiklan nojalla.
2. Asetuksen (ETY)N:o 1408/71 edellä mainitussa artiklassa tarkoitettuina luontoisetuuksina pidetään lisäksi
  - a) hoitovakuutukseen perustuvia luontoisetuuksia, joiden perusteella korvataan kokonaan tai osittain vakuutetun hoidon tarpeesta aiheutuvat ja suoranaisesti hänen hyväkseen koituvat tietyt kulut, kuten kotona tai yleisissä tai erikoislaitoksissa annetusta hoidosta (sairaanhoido tai kotiapu)aiheutuneet kulut, vakuutetulle välttämättömien varusteiden hankintakulut ja vakuutetun asunnon kunnostamiskulut; tämänkaltaisilla etuuksilla pyritään ennen kaikkea täydentämään sairausvakuutukseen perustuvia luontoisetuuksia ja parantamaan tällä tavoin hoidon tarpeessa olevien henkilöiden terveydentilaa ja elämän laatua,
  - b) niitä luontoisetuuksia, joita ei myönnetä hoitovakuutuksen perusteella, mutta joiden ominaisuudet ja tarkoitus ovat samat kuin edellä a alakohdassa mainituilla etuuksilla, jos kyseisiä etuuksia voidaan pitää asetuksessa (ETY)N:o 1408/71 tarkoitettuina sosiaaliturvaan liittyvinä luontoisetuuksina ja niihin voidaan saavuttaa oikeus a alakohdassa esitettyjä etuuksia vastaavalla tavalla asetuksen (ETY) N:o 1408/71 edellä mainittujen artiklojen säännösten mukaisesti.

Edellä a ja b alakohdassa mainitut luontoisetuudet sisällytetään 1 kohdassa tarkoitettuihin kustannuksiin.

3. Määritettäessä asetuksen (ETY)N:o 574/72 93, 94 ja 95 artiklan mukaisia korvauksia ei oteta huomioon hallintokustannuksia, hallinnollisten tarkastusten ja lääkärintarkastusten kustannuksia eikä asianomaisen maksamia mahdollisia omavastuuosuuksia.
4. Laskettaessa asetuksen (ETY)N:o 574/72 94 ja 95 artiklan mukaisia korvausmääriä laitosten säännösten, sääntöjen tai menettelyperiaatteiden mukaiset sairauten tai äitiyteen liittyvät lisäetuudet sisällytetään sairausvakuutukseen perustuvien luontoisetuuksien vuosittaisiin kokonaiskustannuksiin.
5. Sairaus- ja hoitovakuutukseen perustuvien luontoisetuuksien kokonaiskustannuksiin ei sisällytetä lääketieteellisen tutkimuksen kustannuksia tai terveydenhoitolaitoksille maksettavia avustuksia, jotka on tarkoitettu yleisiin ennaltaehkäisevän terveydenhuollon toimenpiteisiin ja joiden kustantamiseen sosiaalivakuutuslaitokset eivät osallistu, eikä kustannuksia sellaisista yleisistä toimenpiteistä, jotka eivät liity tiettyyn vakuutustapahtumaan.
6. Keskimääräisten kustannusten laskennassa ei oteta huomioon korvauksia, jotka on suoritettu toisille jäsenvaltioille asetusten mukaisesti tai kahden- tai monenvälisten sopimusten perusteella.
7. Korvattavia määriä laskettaessa käytetään mahdollisuuksien mukaan asuin- tai oleskelupaikan laitoksen tilasto- ja tilinpitoasiakirjoja ja mieluummin julkaistuja virallisia tietoja. Käytettyjen tilastojen lähteet on mainittava.
8. Neuvoston asetuksen (ETY)N:o 574/72, 102 artiklan 4 kohdan mukaisesti maksettavien ennakoiden määrä lasketaan kertomalla viimeksi hyväksytyt keskimääräiset kustannukset viimeksi

---

<sup>2</sup> EYVL L 74, 27.3.1972, s.1

todennetulla etuuskien saajien lukumäärällä, joka perustuu luetteloiden pitämisestä vastaavien laitosten kokoamiin tietoihin.

9. Tämä päätös tulee voimaan sen julkaisemista *Euroopan yhteisöjen virallisessa lehdessä* seuraavan kuukauden ensimmäisenä päivänä. Sillä korvataan 18 päivänä marraskuuta 1977 tehty päätös N:o 109.

*Hallintotoimikunnan puheenjohtaja*  
Arno BOKELOH

## Kysely ulkomailla kotipaikan omaavien sairaanhoidosta Suomessa vuonna 2004

*Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut työryhmän, jonka tehtävänä on mm. selvittää ulkomailla kotipaikan omaavien henkilöiden aiheuttamia sairaanhoidon kustannuksia ja kustannusten korvaamisen vaihtoehtoja kunnille ja kuntayhtymille. Asia liittyy myös parhaillaan käynnissä olevaan palvelurakennehankkeeseen. Tämän vuoksi Kuntaliitto pyytää tietoja sairaaloilta ja terveyskeskuksilta hoidettujen henkilöiden lukumäärästä ja aiheutuneista todellisista kustannuksista.*

Tarkoituksena on ensisijaisesti selvittää kiireellisen ja oleskelun aikaisen sairaanhoidon kustannuksia, jotka aiheutuvat EY-asetuksen 1408/71 soveltamisen piiriin kuuluville henkilöille järjestettyjen palveluiden aiheuttamista sairaanhoidon kustannuksista.

EY-asetusta sovelletaan henkilöihin, jotka kuuluvat EU-jäsenvaltioiden, ETA-valtioiden tai Sveitsin sosiaaliturvan piiriin. Sosiaaliturvan piiriin kuulumisen osoitetaan eurooppalaisella sairaanhoitokortilla, E111-lomakkeella tai E128-lomakkeella. Pohjoismaissa tai Yhdistyneessä Kuningaskunnassa asuvilta ei vaadita eurooppalaista sairaanhoitokorttia tai E-lomaketta. Pohjoismaissa asuvat antavat luotettavan selvityksen siitä, että he asuvat vakituisesti josakin Pohjoismaassa. Yhdistyneessä Kuningaskunnassa asuvien osalta sosiaaliturvajärjestelmään kuulumisen voidaan osoittaa passilla tai National Health Service kortilla. Sekä Pohjoismaissa että Yhdistyneessä Kuningaskunnassa asuvat voivat osoittaa kuulumisensa asuinmaansa sosiaaliturvajärjestelmään aina myös eurooppalaisella sairaanhoitokortilla ja E111-lomakkeella.

Kyselyllä selvitetään myös Suomeen hoitoon hakeutuvien henkilöiden lukumäärää ja kustannuksia. Hoitoon hakeutuminen Suomeen osoitetaan E112-lomakkeella. Tämän lisäksi pyydetään tietoja ostopalveluista.

Pohjoismaita ovat: Islanti, Norja, Ruotsi, Suomi ja Tanska. EU ja ETA valtioita ovat: Alankomaat (Hollanti), Belgia, Espanja, Irlanti, Italia, Itävalta, Kreikka, Kypros, Latvia, Liechtenstein, Liettua, Luxemburg, Malta, Portugali, Puola, Ranska, Saksa, Slovakia, Slovenia, Tsekki, Unkari, Viro ja Yhdistynyt Kuningaskunta. Lisäksi EY asetusta 1408/71 sovelletaan Sveitsiin.

Kysely on lähetetty sairaanhoitopiireille ja terveyskeskuksille. Tämän lisäksi terveyskeskusten suun terveydenhuollolle lähetetään oma kyselylomake. Tarkoituksena on, että kyselystä tulisi mahdollisimman kattava. Jollei kaikkia kysytyjä tietoja ole kohtuullisesti selvitettävissä, kyselyyn voi vastata aina myös arvioon perustuen. Tietoja pyydetään vuodelta 2004.

Vastauksia pyydetään 12.12.2005 mennessä.

Lähempiä tietoja Sinikka Huhtala, puh. (09) 771 2644, s-posti: sinikka.huhtala@kuntaliitto.fi

### SUOMEN KUNTALIITTO

Rolf Eriksson  
johtaja, sosiaali- ja terveysasiat  
Sinikka Huhtala  
erityisasiantuntija

## LIITE 6

Kysely

18a/83/2005

18.11.2005

Suomen Kuntaliitto  
Sosiaali ja terveys  
Sinikka Huhtala  
PL 200  
00101 Helsinki

### Palautus 12.12.2005 mennessä

Vastauslomake löytyy myös osoitteesta:  
kunnat.net > sosiaali ja terveys > kyselyt  
s-posti: sinikka.huhtala@kuntaliitto.fi  
Puh. (09) 771 2644  
Faksi (09) 771 2643

## Kysely ulkomailla kotipaikan omaavien sairaanhoidosta vuonna 2004

terveyskeskus/terveyskeskuskuntayhtymä

### Vastaajan yhteystiedot:

Nimi

S-posti

Puhelin

Faksi

Jollei kaikkia kysytyjä tietoja ole kohtuullisessa ajassa selvitettävissä tieto voidaan antaa

myös arviona -> ruksi kohtaan

## I Kiireellinen ja oleskelun aikainen hoito

### 1. Käyntien lukumäärä avohoidon eri vastaanotoilla

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
- EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla käyntiä  tieto perustuu arvoon
- muissa maissa kotipaikan omaavilla käyntiä  tieto perustuu arvioon

Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

### 2. Hoitopäivien/hoitojaksojen lukumäärä sairaalassa tai vuodeosastolla

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla hoitopäivää/hoitojaksoa
- EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla hoitopäivää/hoitojaksoa

– muissa maissa kotipaikan omaavilla hoitopäivää/hoitojaksoa

Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

## II Hoitoon hakeutuminen

### 3. Hoitoon hakeutui E112-lomakkeen perusteella

#### 3.1. Avohoito

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
- EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
- muissa maissa kotipaikan omaavilla käyntiä  tieto perustuu arvioon

Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

#### 3.2. Hoito sairaansijalla

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla hoitopäivää/hoitojaksoa  tieto perustuu arvioon
- EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla hoitopäivää/hoitojaksoa  tieto perustuu arvioon
- muissa maissa kotipaikan omaavilla hoitopäivää/hoitojaksoa  tieto perustuu arvioon

Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

## III Ostopalvelut

### 4. Hoitoon hakeutui maksusitoumuksen perusteella

Tähän kohtaan voi merkitä myös ne tilanteet, joissa henkilö itse maksoi aiheutuneiden kustannusten mukaisen maksun asiakasmaksuna, asiakasmaksulaki 13 § ja –asetus 24 §.

#### 4.1. Avohoito

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
- EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
- muissa maissa kotipaikan omaavilla käyntiä  tieto perustuu arvioon

Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

#### 4.2. Hoito sairaansijalla

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla hoitopäivää/hoitojaksoa  tieto perustuu arvioon
- EU/ETA maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla hoitopäivää/hoitojaksoa  tieto perustuu arvioon
- muissa maissa kotipaikan omaavilla hoitopäivää/hoitojaksoa  tieto perustuu arvioon

Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

#### IV Muuta

#### 5. Vapaa sana!

Onko kiireelliseen hoitoon tulevilla yleensä eurooppalainen sairaanhoitokortti, E111-lomake?  
 Onko kustannusten ilmoittamisessa Kelalle ongelmia, miten lomake Y31 toimii?  
 Miten E112-lomake toimii käytännössä? Peritäänkö kustannukset Kelan kautta vai suoraan E112-lomakkeen antajalta? Minkälaisista hoidoista oli kysymys hoitohakeutumistilanteissa? Muuta?

Kiitos vastauksesta!



Kysely

18b/83/2005

18.11.2005

Suomen Kuntaliitto  
Sosiaali ja terveys  
Sinikka Huhtala  
PL 200  
00101 Helsinki

**Palautus 12.12.2005 mennessä**

Vastauslomake löytyy myös osoitteesta:  
kunnat.net > sosiaali ja terveys > kyselyt  
s-posti: sinikka.huhtala@kuntaliitto.fi  
Puh. (09) 771 2644  
Faksi (09) 771 2643

**Kysely ulkomailla kotipaikan omaavien sairaanhoidosta vuonna 2004**

sairaanhoitopiiri

**Vastaajan yhteystiedot:**

Nimi

S-posti

Puhelin

Faksi

Jollei kaikkia kysytyjä tietoja ole kohtuullisessa ajassa selvitettävissä tieto voidaan antaa myös arviona -> ruksi kohtaan

**I Kiireellinen ja oleskelun aikainen hoito****1. Käyntien lukumäärä avohoidossa eri poliklinikoilla**

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla käyntiä/vastaavaa suoritetta  tieto perustuu arvioon
- EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla käyntiä/vastaavaa suoritetta  tieto perustuu arvioon
- muissa maissa kotipaikan omaavilla käyntiä/vastaavaa suoritetta  tieto perustuu arvioon

Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

## 2. Päiväkirurgiset toimenpiteet

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla toimenpidettä  tieto perustuu arvioon
  - EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla toimenpidettä  tieto perustuu arvioon
  - muissa maissa kotipaikan omaavilla toimenpidettä  tieto perustuu arvioon
- Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

## 3. Hoitopäivien/hoitajaksojen lukumäärä sairaalassa tai vuodeosastolla

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla hoitopäivää/hoitajaksoa
  - EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla hoitopäivää/hoitajaksoa
  - muissa maissa kotipaikan omaavilla hoitopäivää/hoitajaksoa
- Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

## II Hoitoon hakeutuminen

### 4. Hoitoon hakeutui E112-lomakkeen perusteella

#### 4.1. Avohoito

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla käyntiä/vastaavaa suoritetta  tieto perustuu arvioon
  - EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla käyntiä/vastaavaa suoritetta  tieto perustuu arvioon
  - muissa maissa kotipaikan omaavilla käyntiä/vastaavaa suoritetta  tieto perustuu arvioon
- Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

#### 4.2. Päiväkirurgiset toimenpiteet

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla toimenpidettä  tieto perustuu arvioon
  - EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla toimenpidettä  tieto perustuu arvioon
  - muissa maissa kotipaikan omaavilla toimenpidettä  tieto perustuu arvioon
- Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

### 4.3. Hoito sairaansijalla

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla hoitopäivää/hoitajaksoa  tieto perustuu arvioon
- EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla hoitopäivää/hoitajaksoa  tieto perustuu arvioon
- muissa maissa kotipaikan omaavilla hoitopäivää/hoitajaksoa  tieto perustuu arvioon

Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

## III Ostopalvelut

### 5. Hoitoon hakeutui maksusitoumuksen perusteella

Tähän kohtaan voi merkitä myös ne tilanteet, joissa henkilö itse maksoi aiheutuneiden kustannusten mukaisen maksun asiakasmaksuna, asiakasmaksulaki 13 § ja –asetus 24 §.

#### 5.1. Avohoito

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
- EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
- muissa maissa kotipaikan omaavilla käyntiä  tieto perustuu arvioon

Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

#### 5.2. Päiväkirurgiset toimenpiteet

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla toimenpidettä  tieto perustuu arvioon
- EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla toimenpidettä  tieto perustuu arvioon
- muissa maissa kotipaikan omaavilla toimenpidettä  tieto perustuu arvioon

Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

### 5.3. Hoito sairaansijalla

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla hoitopäivää/hoitajaksoa  tieto perustuu arvioon
- EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla hoitopäivää/hoitajaksoa  tieto perustuu arvioon
- muissa maissa kotipaikan omaavilla hoitopäivää/hoitajaksoa  tieto perustuu arvioon

Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

**IV Muuta**

**6. Vapaa sana!**

Onko kiireelliseen hoitoon tulevilla yleensä eurooppalainen sairaanhoitokortti, E111-lomake? Onko kustannusten ilmoittamisessa Kelalle ongelmia, miten lomake Y31 toimii? Miten E112-lomake toimii käytännössä? Peritäänkö kustannukset Kelan kautta vai suoraan E112-lomakkeen antajalta? Minkälaisista hoidoista oli kysymys hoitohakeutumistilanteissa? Muuta?

Kiitos vastauksesta!

Kysely

18c/83/2005

18.11.2005

Suomen Kuntaliitto  
Sosiaali ja terveys  
Sinikka Huhtala  
PL 200  
00101 Helsinki

**Palautus 12.12.2005 mennessä**

Vastauslomake löytyy myös osoitteesta:  
kunnat.net > sosiaali ja terveys > kyselyt  
s-posti: sinikka.huhtala@kuntaliitto.fi  
Puh. (09) 771 2644  
Faksi (09) 771 2643

**Kysely ulkomailla kotipaikan omaavien suun terveydenhuollosta terveyskeskuksissa vuonna 2004**

terveyskeskus/terveyskeskuskuntayhtymä

**Vastaajan yhteystiedot:**

Nimi

S-posti

Puhelin

Faksi

Jollei kaikkia kysytyjä tietoja ole kohtuullisessa ajassa selvitettävissä tieto voidaan antaa myös arviona -> ruksi kohtaan

**I Kiireellinen ja oleskelun aikainen hoito**

**1. Terveyskeskuksen hammashoidossa**

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
- EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
- muissa maissa kotipaikan omaavilla käyntiä  tieto perustuu arvioon

Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

## II Hoitoon hakeutuminen

### 2. Hoitoon hakeutui E112-lomakkeen perusteella

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
  - EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
  - muissa maissa kotipaikan omaavilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
- Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

## III Ostopalvelut

### 3. Hoitoon hakeutui maksusitoumuksen perusteella

Tähän kohtaan voi merkitä myös ne tilanteet, joissa henkilö itse maksoi aiheutuneiden kustannusten mukaisen maksun asiakasmaksuna, asiakasmaksulaki 13 § ja –asetus 24 §.

- Pohjoismaissa kotipaikan omaavilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
  - EU/ETA-maissa ja Sveitsissä vakuutetuilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
  - muissa maissa kotipaikan omaavilla käyntiä  tieto perustuu arvioon
- Todelliset aiheutuneet hoidon kustannukset yhteensä €  arvio

## IV Muuta

### 4. Vapaa sana!

Onko kiireelliseen hoitoon tulevilla yleensä eurooppalainen sairaanhoitokortti, E111-lomake?  
 Onko kustannusten ilmoittamisessa Kelalle ongelmia, miten lomake Y31 toimii?  
 Miten E112-lomake toimii käytännössä? Peritäänkö kustannukset Kelan kautta vai suoraan E112-lomakkeen antajalta? Minkälaisista hoidoista oli kysymys hoitoonhakeutumistilanteissa? Muuta?

Kiitos vastauksesta!

EUROPEAN COMMISSION

EMPL/01038/06 - EN

CA.SS.TM. 124/06

Calculation of average costs  
– Model calculation for  
Finland

FINLAND – 18/04/2006

Orig. EN AB 27/06

**ADMINISTRATIVE COMMISSION  
ON SOCIAL SECURITY FOR MIGRANT WORKERS**

**Subject: Calculation for the year 2002 pursuant articles 94 and 95 of Regulation (EEC) no 574/72 – Model calculation for Finland.**

**Note from Finland of 18 April 2006**

This paper describes the proposed methodology for calculating average costs for Finland according to Articles 94 and 95 of Regulation (EEC) 574/72 and Decision No 175 of the Administrative Commission. Finland has prepared a separate note to describe the health care system in Finland (note CA.SS.TM /2006). It gives background information on both organization, benefits provided as well as financing principles and statistics available in accordance with the suggestions put forward by the Rapporteur in his note CA.SS.TM 389/04.

In this note we present a proposal for methodology to be used in calculating the lump sum amounts. The methodology proposed will be based on age groups. We have studied in detail the possibility to use a method based on the concept of family. However, despite the fact that a recent census of the year 2000 provides much better information, it did not prove feasible to use this approach. The statistics needed to calculate health costs per family unit are not available. Neither did it prove possible to with reasonable accuracy define the size of the family of a worker or pensioner or to divide the population into the required groups. Finland is not alone with these difficulties, as several Member States have encountered similar difficulties and have had to resort to using age groups or estimates in order to provide a reasonable calculation method.

The proposed methodology calculation has been carried out for the year 2002. This is the year for which the most accurate statistics are available for health care costs per age group because of a separate investigation carried out for that year.

We propose to base our calculation method on these results and to use the same cost distribution per age group in the calculations not only for the years to follow year

2002 (year 2003-) but also for those years preceding the year 2002 for which Finland will present average cost calculations. We will in section (2.2) clarify that this should in no way distort the calculations, even if it may seem somewhat strange to use information that is based on data that were not yet available in the year for which the calculation is carried out.



## 1. Average costs

The health care costs funded by the public sector consist of the municipality health care costs and the costs of sickness insurance and rehabilitation. These costs have been separated into two groups based on the age of the insured: those age at least 65 years ( $\geq 65$ ) and those below 65 years ( $< 65$ ).

Finland proposes to use these two age groups in the calculation of average costs in accordance with Articles 94 and 95 of the Regulation 574/72.

- a) Average costs for persons below the age of 65 years:
- family members of gainfully employed persons ( Article 94)
  - pensioners under the age of 65 ( Article 95)
  - pensioners' family members under the age of 65 ( Article 95)
- b) Average costs for persons aged 65 or more:
- pensioners aged 65 or more ( Article 95)
  - pensioners' family members aged 65 or more ( Article 95 )

### **Article 94**

#### Persons below the age of 65

Costs (Table 3)	4112,4	million €
Insured population	4 403 917	
<u>Average cost per insured person</u>	<u>933,81</u>	<u>€/year</u>
<u>Monthly net cost (80%)</u>	<u>62,25</u>	<u>€</u>

### **Article 95**

#### Persons below the age of 65

Costs (Table 3)	4112,4	million €
Insured population	4 403 917	
<u>Average cost per insured person</u>	<u>933,81</u>	<u>€/year</u>
<u>Monthly net cost (80%)</u>	<u>62,25</u>	<u>€</u>

#### Persons aged 65 or more

Costs (Table 3)	2744,8	million €
Insured population	777 198	
<u>Average cost per insured person</u>	<u>3531,66</u>	<u>€/year</u>
<u>Monthly net cost (80%)</u>	<u>235,44</u>	<u>€</u>

## 2. Bases for the calculation of average costs

### 2.1 Health care costs

For the purpose of the calculation of average costs, health care expenditure has to be determined taking into account articles 94 and 95 of Regulation 574/72 as well as the provisions of decision No. 109 of the Administrative Commission of 18 November 1977 and Decision No 175 of 23 June 1999.

The health care costs to be included in the calculation are the costs of the public sector health care, the costs of the sickness insurance scheme and the costs of rehabilitation. These are based on national official statistics provided by the Statistics Finland, the National Research and Development Centre of Welfare and Health (STAKES) and the Social Insurance Institution (Kela). The starting point is the overall health care costs in Finland. The proportion that is covered by public support must be separated from the total expenditure. From the overall costs are thus excluded costs related to investments and administration. The part paid by the patients themselves (patient fees) is to be deducted. Costs related to Occupational Health Insurance are separately deducted from the costs to be taken into account in the calculation.

This has been done as follows:

- 1 The starting point is the annual statistics on *Health care expenditure in Finland*. The expenditure given consists of operating costs and does not include investment costs or administrative costs.

From the total expenditure is deducted

- the share of private hospitals in regard to the costs of inpatient care;
- the share of private care in regard to outpatient services as well as the costs of occupational health care and student health care;  
(The part reimbursed by the sickness insurance is later added )

For dental care, the costs of dental care provided within municipal health care is given separately.

- 2 The share funded by client/patient fees of inpatient care, outpatient care and dental care is deducted from the costs of the publicly provided health care. The annual proportion funded by client fees is obtained from studies commissioned by the Ministry of Social Affairs and Health. The percentages of client fees used for each item are given in the table in Appendix 1.
3. The costs of the sickness insurance for refunding costs of outpatient care and private sector care are then added in the calculation. The data are from the health insurance statistics of Kela.
4. The compensation paid from the sickness insurance for the costs of organising occupational health care (= employer-financed primary health care) and student

health care are added. The data are from the health insurance statistics of Kela.

5. The publicly provided health care has also been in charge of the care of patients covered by accident insurance. Only refunds for client fees have been paid through the accident insurance scheme. These costs were not collected from insurance companies and they have not been recorded separately. The costs of treatment of work-related illnesses and injuries must therefore be estimated. Since 1993, a separate annual lump sum compensation has been collected from the accident insurance scheme however, estimated to correspond to the treatment costs. An item equal to this annual lump sum compensation has been deducted from the health care expenditure. In the analysis according to age category the deduction is targeted to the age group 20 – 64 years. For the year 2002 this deduction equals 29 900 000 €.
6. Costs for health care provided abroad according to the regulation 1408/71 and reimbursed are paid from the State budget. These are not included.
7. Costs for medical education, research and general health campaigns are not included

The health care costs to be taken into account in the calculation are given in Table 1. *A detailed calculation giving the steps described above is given in Appendix 1.*

**Table 1 Health care costs in year 2002 according to the Regulation 574/72**

<b>Health Care Expenditure, million EUR</b>	<b>Year 2002</b>
Inpatient care	3506,9
Outpatient care	2 151,50
Dental care	235,00
Medicine reimbursement	859,40
Compensation travel costs	134,30
<b>Total</b>	<b>6 887,10</b>
<b>- minus accident insurance financed part</b>	<b>29,90</b>
<b>Total cost according to reg 574/72</b>	<b>6 857,20</b>

## 2.2 Health care costs per age group

Health care expenditure by age category has been studied by means of a separate survey (*Health care expenditure by age and sex in 2002, STAKES Research Reports 24/2004*). The study concerns the year 2002. Previously, the costs by age category for the year 1990 were studied in a similar way. It could however be concluded from the comparison of the studies that there had not been considerable shifts in the proportions of costs by age category in the period. The demographic change has not yet had an effect on the cost distribution.

The accounting systems of the municipalities were modernized and changed in the early 1990's. The statistical data of health care costs based on the accounts for the year 2002 are more suited for the study and provide a more reliable cost/age distribution for the time period after 1995.

**Table 2 Health Care expenditure in % per age group (2002)**

Health care costs per age group						
Both sexes						
Expenditure	%			%		Total
	0-17	18-64	65+	0-64	65+	
<b>Inpatient care</b>	7,7	41,6	50,7	49,3	50,7	100,0
<b>Outpatient care</b>						
- municipal health care	19,5	52,3	28,2	71,8	28,2	100,0
- reimbursed from sickness insurance						
- occupational health care	0,0	99,3	0,7	99,3	0,7	100,0
- private sector care	10,7	65,4	23,9	76,1	23,9	100,0
- rehabilitation	23,4	72,0	4,6	95,4	4,6	100,0
<b>Total sickness insurance</b>						
<b>Dental care</b>						
- municipal health care	53,0	42,0	5,0	95,0	5,0	100,0
- reimbursed from sickness insurance	0,6	92,8	6,6	93,4	6,6	100,0
<b>Medicines</b>	5,0	55,0	40,0	60,0	40,0	100,0
<b>Travel costs reimbursed</b>	7,7	43,6	48,7	51,3	48,7	100,0

The percentage distribution for health care costs per age group gives the distribution per cost category. Thus changes in health care costs in different costs sectors, changes in their use volume as well as in the age distribution (creating a different cost pattern) will to a reasonable extent be reflected when the percentage distribu-

tion is used for the actual cost categories of a given year. Over a given time period of ca 5-8 years the distribution basis should remain sufficiently valid.

The *STAKES* will be conducting a similar study on a regular basis. The following one is planned to concern the year 2007.

In Table 2 the costs have been divided into three age groups for better information. In the calculation of average costs the age groups 0-17 and 18-64 are combined into one group: those below 65 years thus giving two age groups for the application of Regulation 574/72. Finland could easily derive also different age groups from the study to be used in the calculation, e.g. the age groups 0-19, 20-64 and 65+.

**Table 3 Health care costs in 2002 per age group (€)**

Health care costs per age group	Year 2002				
	Both sexes		Per age group		
	million €	%		million €	
Expenditure	total	0-64	65+	0-64	65+
<b>Inpatient care</b>	<b>3506,9</b>	<b>49,3</b>	<b>50,7</b>	<b>1728,9</b>	<b>1778,0</b>
<b>Outpatient care</b>					
- Municipal health care	1816,9	71,8	28,2	1304,5	512,4
- Sickness insurance reimbursement					
- occupational health care	155,5	99,3	0,7	154,4	1,1
- private sector care	119,8	76,1	23,9	91,2	28,6
- rehabilitation	59,3	95,4	4,6	56,6	2,7
<b>Total Sickness insurance costs</b>	<b>334,6</b>			<b>302,2</b>	<b>32,4</b>
<b>Dental care</b>					
- Municipal health care	170,1	95,0	5,0	161,6	8,5
- Sickness insurance reimbursement	64,9	93,4	6,6	60,6	4,3
<b>Medicines</b>	<b>859,4</b>	<b>60,0</b>	<b>40,0</b>	<b>515,6</b>	<b>343,8</b>
<b>Travel costs reimbursed</b>	<b>134,3</b>	<b>51,3</b>	<b>48,7</b>	<b>68,9</b>	<b>65,4</b>
Total	6887,1			4142,3	2744,8
Occupational Insurance care costs deducted	-29,9			-29,9	0
<b>Total costs according to 574/72</b>	<b>6857,2</b>			<b>4112,4</b>	<b>2744,8</b>
<b>Population</b>	<b>5 181 115</b>	<b>85,0</b>	<b>15,0</b>	<b>4 403 917</b>	<b>777 198</b>
<b>€ per capita</b>	<b>1323,50</b>			<b>933,81</b>	<b>3531,62</b>
<b>%</b>				<b>60,0</b>	<b>40,0</b>

## 1. Some general comments

1. A comparison of the outcome of the calculation with some other Members States (Table 4) shows that the health care costs in Finland are of the same magnitude that in similar member States.

2. The family size of a worker or a pensioner cannot be reliably determined. However, some general estimates can be made. An average family in Finland would consist of two (working) adults and 1,8 children. Estimated from the population census, restricting to workers with dependent family members, the family size of article 94 would be 1,94.
3. For pensioners it is important to notice that in Finland all persons resident and over 65 years are (generally) entitled to national pension on an individual bases. Thus the families of pensioners in the sense of Article 95 would be extremely small, consisting mainly of children of persons with disability pension.

Table 4 Average health care costs in some Member State in 2002

<u>Member State</u>	<u>Article 94 costs</u>	<u>Article 95 costs</u>
Finland	62,25	235,44
The Netherlands	101,65	528,69
France	113,00	265,59

Annex Health care costs in Finland and costs to be included under regulation 574/72 in year 2002

EUROPEAN COMMISSION

EMPL/01078/06 - EN

CA.SS.TM. 126/06
Health care and financing in Finland
FINLAND – 18/04/2006

Orig. EN AB 28/06

**ADMINISTRATIVE COMMISSION  
ON SOCIAL SECURITY FOR MIGRANT WORKERS**

**Subject: Health care and financing in Finland.**

**Note from Finland of 18 April 2006**

**HEALTH CARE AND FINANCING IN FINLAND**

	page
<b>1. Organisation</b>	<b>2</b>
1.1. <i>Municipalities</i>	2
1.2. <i>Governmental and provincial level</i>	2
1.3. <i>Agencies and Institutions</i>	3
1.4. <i>Sickness insurance and private sector health services</i>	3
<b>2. Public health</b>	<b>4</b>
<b>3. Basis of entitlements</b>	<b>4</b>
3.1. Municipal health care	4
3.2. Sickness insurance and private health care	5
3.3. Pharmaceutical care	7
<b>4. Financing of health care</b>	<b>7</b>
4.1. Compulsory sources of finance	8
4.2. <i>Out-of-pocket payments and voluntary payments</i>	8
4.3. Sickness insurance funding reform	9
<b>5. Health care expenditure</b>	<b>9</b>
Table 1 The compensation from sickness insurance	6
Table 2 Sickness, rehabilitation and earnings-related parenthood allowance rates	6
Table 3 <i>Financing of health care expenditure in Finland</i>	8
Table 4 Total expenditure on health care in Finland in 1998-2004	9
Table 5 Total expenditure on health in EU-15 and Switzerland	10



## 1. Organisation

Health care in Finland covers all permanent residents in the country. Total population of the country is 5,2 million inhabitants. Health care is arranged in fairly the same way as for instance in Sweden and in the United Kingdom as public residence-based health care services available to the entire population. All people resident in the country, children included, are regarded as individuals in terms of health care. Health care is provided on the same conditions for all, and no population group needs any separate insurance scheme. Public health care also covers all services related to maternity care.

### 1.1. Municipalities

Municipalities have, by law, the main responsibility for arranging basic services such as education (except university education) and social and health services for their inhabitants. There are 431 municipalities (415 in the mainland and 16 in the Åland Islands) at the beginning of 2006. In the Åland Islands the Province of Åland is responsible for organising health care. Municipalities have the right to levy taxes. They also receive a subsidy from the state to enable them to arrange the services they are obliged to provide. In addition to the state subsidy for health care and social services they receive subsidies for schooling and general services.

Primary health services provided by municipalities are defined in the Primary Health Care Act (*Kansanterveyslaki 66/1972*). It states that every municipality must have a health centre which provides primary health services. Municipalities can also purchase primary health services from other municipalities or other public or private providers. Public primary health care is the responsibility of municipal health centres. Municipalities can co-operate by forming their own health municipal boards. In 2006, there are 256 health centres in Finland. A health centre may comprise a number of units within the municipality or joint municipal board area. Most health centres also have a ward or wards for inpatient care.

Access to municipality funded specialised medical care (for non-emergency cases) requires a referral from a health centre physician or private practitioner. Specialised care funded by municipalities is mainly provided by hospital districts, which are regulated by the Act on Specialised Medical Care (*Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989*). At the moment, the country is divided into 20 hospital districts. In addition, the Åland Islands forms its own hospital district. Each municipality must belong to one hospital district. The hospital districts organise and provide specialist medical services for the population of their member municipalities. Each hospital district has a central hospital and other small units. Five of these central hospitals are university teaching hospitals offering more demanding forms of specialised medical care.

### 1.2. Governmental and provincial level

The Ministry of Social Affairs and Health (*Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö*) directs and guides the development and policies of social protection, social welfare and health care. It defines the main course of social and health policy, prepares legislation and key reforms and steers their implementation. In addition to the municipality hospitals the government has two psychiatric hospitals (mainly for forensic psychiatry).

Between government and municipalities there is another administrative level, the province. The provincial state offices promote national and regional objectives of the central administration and keep contacts with municipalities in their area. Their social and health departments are responsible for guiding and supervising both public, specialised and primary health care and private health care, as well as assessing basic services in their respective provinces.

### 1.3. Agencies and Institutions

The social welfare and health care sector contains a number of agencies and institutions, which in co-operation with the Ministry of Social Affairs and Health take care of a range of research, development statistical and supervising functions. These agencies and institutions are the National Public Health Institute (*Kansanterveyslaitos, KTL*), the National Agency for Medicines (*Lääkelaitos, LL*), the Centre for Pharmacotherapy Development (*Lääkehoidon kehittämiskeskus, ROHTO*), the National Research and Development Centre for Welfare and Health (*Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes*), the National Product Control Agency for Welfare and Health (*Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus, STTV*), the National Authority for Medicolegal Affairs (*Terveydenhuollon oikeusturvakeskus, TEO*), the Radiation and Nuclear Safety Authority (*Säteilyturvakeskus, STUK*), the Insurance Supervisory Authority (*Vakuutusvalvontavirasto, VVV*) and the Finnish Institute of Occupational Health (*Työterveyslaitos, TTL*).

### 1.4. Sickness insurance and private sector health services

Finland has, besides the health care organised by municipalities, a general sickness insurance system administered by the Social Insurance Institution (*Kansaneläkelaitos, Kela*). All permanent residents in the country are insured as individuals. Kela falls under the authority of Parliament and it has 265 local offices all over the country. The right to compensation from the insurance scheme does not depend on whether the person her/himself has actually paid sickness insurance premiums or not.

Private health care in Finland comprises mainly outpatient care, available mostly in the large cities. The Private Health Care Act (*Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990*) regulates the activities of private health care sector. Part of the private health care costs is reimbursed by the sickness insurance scheme.

Non-governmental organisations and foundations are active in the health care sector and they provide very broad spectrum of services. There are for example 21 non-profit hospitals in Finland. Municipalities and hospital district can purchase services from these providers, but they also treat private patients. There is also a special foundation, Finnish Student Health Service, (*Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, YTHS*) for providing outpatient health care to university students.

The Occupational Health Care Act (*Työterveyshuoltolaki 1383/2001*) obliges employers to provide occupational health care for their employees consisting of preventive measures. The Act defines compulsory occupational health care as those health services that are necessary to prevent health risks caused by work. In addition, employers can voluntarily arrange other health care and medical treatment for their employees.

Employers can arrange occupational health care in different ways. They can have an outpatient unit of their own, or they can either buy occupational health services from a health centre owned by a municipality or from a private provider. Employers can have part of their occupational health expenses reimbursed from the sickness insurance system. The expenses are divided in two reimbursement classes. Reimbursement class I covers the occupational health services, which include preventive measures and sustaining and promoting the health and working ability of employees. Reimbursement class II covers the regular medical services at general practitioner level. The expenses are reimbursed in accordance with the provisions of the Sickness Insurance Act (*Sairausvakuutuslaki 1224/2004*). The reimbursement covers 50 per cent of necessary and reasonable expenses in reimbursement class I and 60 per cent in reimbursement class II.

From the beginning of 2006, self-employed persons for whom an agreement on provision of preventive occupational health care has been made can also agree on organising medical care as a part of occupational health care. A self-employed person can thus get reimbursement for medical care in addition to the reimbursement for necessary and reasonable costs in occupational health care.

## **2. Public health**

Health promotion, including the prevention of diseases, has been the main focus of Finnish health care policy for decades. This has resulted in the total disappearance of certain communicable diseases, a decrease in several lifestyle-related diseases and an improvement in the health and functional capacity of the population. At a policy level Finnish health authorities have become aware of the fact that health is to a great extent determined by much broader social, economic and cultural factors than merely health care and health education. Decisions adopted in other sectors can either have a positive or negative effect on health, mediated by a wide variety of determinants. This kind of comprehensive public health approach is to be emphasised because it can bring substantial health benefits without significant additional spending.

At the national level, the Ministry of Social Affairs and Health is the main actor to protect and promote public health. It is responsible for health protection, environmental health and chemical affairs, and tobacco and alcohol control. Several agencies and institutions subordinate to the ministry carry out some of these tasks (*STTV, KTL, TTL and Stakes*).

The municipal health centres are responsible promoting public health at local level. Maternal and child health care and school health care are the most important municipal services for promoting public health. Children and young adults receive also extensive preventive dental care. Municipalities are responsible for arranging immunizations for free for the inhabitants. The general immunization programme in Finland covers the whole population. Municipalities are also obliged to provide breast cancer and cervical cancer screening for all women at certain age. Municipalities also provide reproductive health services and they are responsible for the implementation of environmental health care.

### 3. Basis of entitlements

Everyone in Finland has the right to health services regardless of ability to pay or place of residence. The constitution states that public authorities shall guarantee for everyone, as provided in more detail by an act of the Parliament, adequate social, health and medical services and promotion of the health of the population.

In general, patients are not allowed to go to another health centre than the health centre of their own municipality, except in an emergency. In the public health care system patients cannot generally choose the hospital where they will be treated. If the patient needs special medical care, the health centres have guidelines on where patients with certain symptoms and diagnoses should be sent. In principle, patients can choose their doctor in the health centre. In hospitals, the possibilities for patients to choose their doctor depends on, for example, the organisation of departments and the number of specialists. In private health care covered by the sickness insurance system patients can choose any provider they like.

#### 3.1. Municipal health care

Municipal health care covers the permanent residents of the municipality. A person's home municipality is the municipality in which she/he permanently lives. If it cannot be defined this way, a person's home municipality is the municipality to which she/he has the closest relationship, according to for example family history. A person, who has moved from Finland for a period exceeding one year, does not have a home municipality.

Under the Primary Health Care Act the functions of the health centre are

- to organise the provision of medical treatment for local residents,
- to organise medical examinations and screenings for local people,
- to provide medical rehabilitation services,
- to organise the promotion and provision of oral health care,
- to run maternity and child health clinics,
- to arrange for school, student and occupational health care services,
- to organise home nursing services,
- to arrange provision of those mental health services (including prevention) which can appropriately be provided in health centres,
- to provide guidance in health matters and to carry out prevention of diseases and
- to provide local ambulance service.

From the beginning of 2006, two more functions have been given to the health centres under the Primary Health Care Act. The other one is to follow, by population groups, the development of health of the inhabitants in the municipality and the development of the factors that have influence on health. The other function is to take care that all health factors will be taken into account of in all functions of the municipality.

According to the legislation change effective from March 2005, immediate access to health centres during working hours by phone or personal visit must be guaranteed. If the treatment proposed requires the patient to pay a visit to the health centre, an appointment will be arranged within three working days of contacting the health centre. Usually, the treatment given by a health centre starts at the patient's first visit. If this is

not possible, treatment has to be arranged within a three-month time frame. Any treatment that is considered odontologically necessary must be provided in a reasonable time frame, within six months at the latest.

If a patient is referred to hospitals, treatment needs have to be assessed within three weeks of the hospital receiving the referral. If a medical examination shows that the patient needs hospital treatment, this treatment must be made available within six months of the assessment. If the health centre or the hospital is unable to treat patients within the set timeframe, they have to ensure the required treatment elsewhere, either in a different hospital district or the private sector. This is to be arranged at no extra charge to patients.

In addition to the legislation, there must be uniform criteria for access to treatment throughout the country. The Ministry of Social Affairs and Health has compiled specific *guidelines* on access to non-emergency treatment based on proposals by experts. Doctors use the guidelines when deciding on the treatment of their patients. In addition to applying the treatment guidelines, doctors should always take account of their patients' individual situation and treatment needs. A doctor will decide on a course of treatment in mutual understanding with the patient.

### 3.2. Sickness insurance and private health care

Sickness insurance covers permanent residents of Finland under the Sickness Insurance Act. The system of national sickness insurance administered by Kela supplements the public health care system by refunding medicines and travel costs used in outpatient care and some of the expenses incurred by the client in using private health care services. These expenses include doctors' fees, dental care expenses, rehabilitation services and expenses of examinations and treatments. The entire population has been covered by subsidised dental care since December 2002. Also loss of income due to illness and pregnancy and birth of a child are partially compensated through sickness insurance.

Table 1 The compensation from sickness insurance

Benefit	Compensation %	Criterion	Deductible	Real compensation rate in 2005
<b>1. Private sector treatment</b>				
Doctor's fees	60 %	fixed tariff		28,8 %
Dentist's fees				
- basic reimbursement	60 %	fixed tariff		34,4 %
- special reimbursement	50 %	fixed tariff		39,5 %
(war veterans)	100 %	fixed tariff		72,3 %
Examination and treatment	75 %	fixed tariff	13,46 €/compensation	32,1 %
<b>2. Medicines subject to</b>				
- basic reimbursement	42 %	sale price		42,1 %
- special reimbursement	72 %	sale price		69,9 %
	100%	sale price	3,00 €/medicine	97,3 %

In respect of high medicine costs the annual deductible is in total max. EUR 616,72 (in 2006). After this maximum is reached the refund is 100 % of all refundable medicines, with EUR 1,50 excess per medicine.

3. Travels 100% price of travel 9,25 €/travel

In respect of high travel costs the deductible is max. EUR 157,25 (in 2006), and after this maximum is reached travel costs are refunded in full.

4. Occupational health care

Employers are compensated from sickness insurance 50 % of the expenses of organising occupational health care up to the amount of the maximum acceptable costs.

A daily sick leave allowance is payable in compensation for sickness that continues for a maximum of twelve months and is causing a loss of income. The level of the daily allowance is determined by the applicant's taxable yearly income. Mothers qualify for the maternity/parental allowance from the 154<sup>th</sup> day of the pregnancy. Entitlement to a parental allowance begins immediately after the payment of maternity allowance ends. Parental allowance is paid to either the mother or the father who is taking care of her/his child and who is not working. The amount of maternity and parental allowance is calculated on the basis of the claimant's most recent tax earnings. The minimum allowance is EUR 15,20 a day (year 2006).

Table 2 Sickness, rehabilitation and earnings-related parenthood allowance rates in 2006

<b>Annual earnings (EUR) (salary after deductions)</b>	<b>Daily allowance (EUR/ weekday)</b>
up to 1 090	None
1 091 - 28 403	0,7 x annual earnings : 300
28 404 - 43 699	66,27 + 0,4 x (annual earnings - 28 403) : 300
over 43 699	86,67 + 0,25 x (annual earnings - 43 699) : 300

**Examples:**

<b>Annual earnings (salary after deductions)</b>	<b>Daily allowance before taxes</b>
1 090 eur	0,00 eur
1 091 eur	2,55 eur
<b>Annual earnings (salary after deductions)</b>	<b>Daily allowance before taxes</b>
2 000 eur	4,67 eur
4 000 eur	9,33 eur
6 000 eur	14,00 eur
6 513 eur	15,20 eur 1)
9 000 eur	21,00 eur
14 000 eur	32,67 eur
19 000 eur	44,33 eur
30 000 eur	68,40 eur
40 000 eur	81,74 eur
50 000 eur	91,92 eur
60 000 eur	100,25 eur

1) Minimum amount of the maternity, paternity and parental allowance

### 3.3. Pharmaceutical care

Pharmaceutical products can enter the market by permission of the National Agency for Medicines, which is subordinate to the Ministry of Social Affairs and Health. The Agency also controls the number and location of pharmacies. New medicines can also enter the market by the integrated European market authorisation system.

Companies can set their wholesale price freely, but if they want to have the product reimbursed by the sickness insurance scheme, they are obliged to apply for reimbursement from the Pharmaceuticals Pricing Board (*Lääkkeiden hintalautakunta*), which is part of the Ministry of Social Affairs and Health. The reasonable wholesale price that can be acceptable as the basis for reimbursement of a medicinal product, a clinical nutritional preparation or basic ointment as well as special reimbursement status of a medicinal product shall be confirmed by the Pharmaceuticals Pricing Board.

Prescription medicines are sold on the order of a medical doctor or a dentist. Outpatient pharmaceuticals can be sold to patients only by pharmacies. Pharmacies are privately owned by pharmacists, but they can not be owned by companies. As an exemption, the University of Helsinki and the University of Kuopio have special right to own two pharmacies. Hospitals have their own hospital pharmacies and they can provide medicines to inpatients.

Generic substitution was introduced in Finland in 2003. According to law pharmacies are obliged to substitute a prescribed medicinal product which costs more than certain defined maximum price limit, with a product costing less than that limit containing the same substance.

## 4. Financing of health care

The Finnish health care financing system is a combination of municipal and government financing, client fees and compulsory health insurance supporting also the private health service sector. Public financing makes up about three fourths of the total funding of health care expenditure, while the remaining one fourth comes from private financing. During the last ten years, the share of private financing has grown by about five percentage points. This has mainly occurred through a rise in the out-of-pocket share of households. The 19 percent financing share of households is among the highest in OECD countries. The sickness insurance system is primarily financed through sickness insurance payments by the insured and employers. Public health care financing consists primarily of municipal financing supported by government subsidies and client fees. Client fees make up about nine percent of total public health care expenditure.

The shares have changed quite dramatically in the 1990's with the government's financing share being more than halved from 36 percent in the beginning of the 1990s to 17 percent in 2002. During that same time, the financing share of municipalities has increased by over eight percentage points and that of Kela, i.e. the sickness insurance system, by about five percentage points. The share of sickness insurance in financing has increased mainly because of increasing reimbursement in medicines.

Table 3 Financing of health care expenditure in Finland (1998-2005, %)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005*
State	18.9	18.0	17.6	17.1	16.9	17.6	17.8	17.9
Municipalities	42.5	42.4	42.2	43.0	43.3	42.4	42.2	42.0
Kela (sickness insurance)	14.8	14.9	15.4	15.8	16.1	16.5	16.7	16.9
<b>Public financing in total</b>	<b>76.3</b>	<b>75.3</b>	<b>75.2</b>	<b>75.9</b>	<b>76.3</b>	<b>76.5</b>	<b>76.7</b>	<b>76.8</b>
Employers	1.7	1.7	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0
Benefit societies	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4
Private insurance	2.2	2.2	2.1	2.0	1.9	2.0	2.0	2.0
Households	19.4	20.3	20.3	19.7	19.4	19.1	18.9	18.8
<b>Private financing in total</b>	<b>23.7</b>	<b>24.7</b>	<b>24.8</b>	<b>24.1</b>	<b>23.7</b>	<b>23.5</b>	<b>23.3</b>	<b>23.2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

\*advance information

Source: Ministry of Social Affairs and Health and STAKES

#### 4.1. Compulsory sources of finance

Tax financing for health care comes from two different taxation systems: municipal tax and state tax. The state's revenues consist mainly of a progressive tax from gross wage and value added tax. State financing of health care is largely in the form of state subsidies. Municipal income tax is a fixed proportion of gross wage, which varies between 16 per cent and 21 per cent of taxable income.

Municipalities finance their service provision by municipal income taxation. Municipal residents pay flat-rate tax on their income, the percentage of which is determined according to municipality. The state takes part in financing municipal expenditures by paying state subsidies to municipalities, the amount of which depends on computational factors provided for separately, such as the number of inhabitants and the age breakdown of the residents. The calculated government subsidy is not earmarked or dependent on the realised costs of municipalities, and it is not determined for what purpose it should be used. Although, it is based on the total cost for health care and social services in Finland. The state subsidy averages 33 per cent of the costs in 2005.

Part of the total cost of health care is financed by the statutory sickness insurance scheme. Statutory insurances related to health insurance include also the Motor Liability Insurance and the Accident Insurance.

#### 4.2. Out-of-pocket payments and voluntary payments

The users pay themselves a client fee for the public health services they use. Specific provisions have been laid down on the right to collect user fees for health care and on their maximum rates in the Act on Client Fees in Social Welfare and Health Care (*Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992*). Legislation defines the maximum fees which municipalities can charge from the patients and the services, which must be free of charge. Client fees have an annual ceiling of EUR 590,00 within public health care, after which client principally receives outpatient services free of charge.



In the private sector, patients pay all treatment costs themselves, but may claim partial reimbursement from the sickness insurance. Reimbursement for the costs of prescribed medicines is normally deducted from the products at the pharmacy when the customer presents his or her Kela card.

Voluntary health insurance has a very marginal role in the Finnish health care system. In 2003, the share of fees that insurance companies collected for voluntary health insurances were about 1,5 per cent of total health expenditure.

#### 4.3. Sickness insurance funding reform

The funding principles of the sickness insurance scheme was reformed 1<sup>st</sup> January 2006. The funding was divided into two parts; the Medical Care Insurance (*sairaanhoitovakuutus*) and the Earnings Security Insurance (*työtulovakuutus*).

The Medical Care Insurance covers refunds on pharmaceuticals and transportation costs in ambulatory care, refunds on doctors' fees and examinations in private care as well as payments abroad in accordance with Regulation 1408/71. The Medical Care Insurance is funded by premiums paid by the insured and the state on a fifty-fifty base. The premium of the insured will be collected from their taxable income.

The Earnings Security Insurance covers benefits linked to work: daily allowances for sickness, maternity, paternity and parenthood as well as rehabilitation. It also finances the refund to employers' part of the expenses of occupational health care and maternity. The Earnings Security Insurance will be funded by premiums paid by the employers and the employees and also the self-employed and farmers. The premiums are given a percentage of earned income. The state will cover the costs for minimum benefits. At the outset in 2006 the employers' premium is set to cover 73 per cent of the (non-minimum) expenditure and the premium of the employees, self-employed and farmers to cover 27 per cent.

## 5. Health care expenditure

Table 4 Total expenditure on health care in Finland in 1998-2004, EUR mill.

<b>Health care expenditure 1998–2004</b>							
	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004*</b>
1. INPATIENT CARE	3 297,9	3 364,0	3 473,1	3 719,3	4 003,0	4 214,2	4 450
1.1 General and tuberculosis hospitals	2 829,4	2 899,9	2 992,6	3 225,0	3 476,0	3 669,0	
1.2 psychiatric hospitals							
1.3 hospitals for intellectually handicapped	138,4	124,0	125,9	125,9	135,2	142,6	
1.4 other hospitals	330,1	340,1	354,6	368,4	391,8	402,6	
2. OUTPATIENT CARE	2 665,5	2 752,0	2 890,1	3 105,3	3 320,6	3 542,1	3 710
2.1 Outpatient care (dental care excluded)	2 220,7	2 296,3	2 415,0	2 602,7	2 795,7	2 962,0	3 100
2.1.1 outpatient care at municipal health centres	877,1	899,6	953,8	1 014,0	1 086,0	1 146,0	
2.1.2–2.1.3 occupational and student health care	257,8	276,9	304,6	334,7	365,4	396,2	
2.1.4–2.1.6 outpatient care at hospitals	747,1	765,4	781,2	847,0	915,0	966,0	
2.1.7–2.1.8 private outpatient care	338,7	354,3	375,3	407,1	429,3	453,8	
2.2 Dental care	444,8	455,7	475,1	502,5	524,9	580,1	610
3. MEDICINES AND PHARMACEUTICAL PRODUCTS	1 174,4	1 249,8	1 351,4	1 483,1	1 620,9	1 706,8	1 880
4. MEDICAL DEVICES, of which	257,8	304,3	317,1	336,1	349,4	363,0	380
4.1 Spectacles	193,4	236,7	248,9	267,2	278,2	292,8	
4.2 Prostheses	50,5	53,0	53,0	53,0	54,7	53,1	
5. ENVIRONMENTAL HEALTH CARE	107,2	109,1	105,3	108,7	113,4	118,7	120
6. ADMINISTRATION	196,4	177,7	182,0	193,5	209,8	225,1	240
7. PUBLIC INVESTMENTS	220,9	232,4	260,1	326,6	359,7	350,8	365
8. TRAVELS	112,6	115,4	124,2	132,5	141,8	150,7	160
OPERATING EXPENSES, TOTAL (1.–6.,8.)	7 811,8	8 072,2	8 443,2	9 078,5	9 578,8	10 320,6	
<b>TOTAL HEALTH CARE EXPENDITURE</b>	<b>8 032,7</b>	<b>8 304,7</b>	<b>8 703,3</b>	<b>9 405,0</b>	<b>10 118,5</b>	<b>10 671,4</b>	<b>11 305</b>
GDP ratio	6.9	6.9	6.6	6.9	7.2	7.4	

\* advance information

Source: Ministry of Social Affairs and Health and STAKES

Table 5 Total expenditure on health in 15 EU Member States and Switzerland - % of GDP

	1995	2000	2001	2002	2003
Austria	8,5	7,5	7,4	7,5	7,5
Belgium	8,4	8,7	8,8	9,1	9,6
Denmark	8,2	8,4	8,6	8,8	9,0
<b>Finland</b>	<b>7,5</b>	<b>6,7</b>	<b>6,9</b>	<b>7,2</b>	<b>7,4</b>
France	9,5	9,3	9,4	9,7*	10,1*
Germany	10,6	10,6	10,8	10,9	11,1
Greece	9,6	9,9	10,2	9,8	9,9
Ireland	6,8	6,3	6,9	7,3	7,4
Italy	7,3	8,1	8,2	8,4	8,4
Luxembourg	6,4	6,0	6,5	7,2	6,9
Netherlands	8,4	8,3	8,7	9,3	9,8
Portugal	8.2**	9,2	9,4	9,3	9,6
Spain	7,6	7,4	7,5	7,6	7,7
Sweden	8,1	8,4	8,8	9,2	9,4
Switzerland	9,7	10,4	10,9	11,1	11,5*
United Kingdom	7,0	7,3	7,5	7,7	7,7

**Notes:**

\*\* means there is a break in the series for the given year

\* means the data is an estimate

*Source: OECD*

- 2006: 1 Anita Haataja, Maija-Liisa Järviö, Esko Mustonen. Talousarvion sukupuolivaikutusten arviointi. Pilottihanke sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalta.  
ISBN 952-00-1928-6 (nid.)  
ISBN 952-00-1929-4 (PDF)
- 2 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2006.  
ISBN 952-00-1933-2 (nid.)  
ISBN 952-00-1934-0 (PDF)
- 3 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007. Tarkistusvuosi 2006.  
ISBN 952-00-1937-5 (nid.)  
ISBN 952-00-1938-3 (PDF)
- 4 Seppo Tuomola. Kansallisen terveyshankkeen piiriin kuuluvan hankerahoituksen vaikuttavuuden arviointi. (Ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-1939-1 (PDF)
- 5 Ehkäisevää huumetyötä nuorten työpajoilla kehittävän hankkeen loppuraportti.  
ISBN 952-00-1940-5 (nid.)  
ISBN 952-00-1941-3 (PDF)
- 6 Rikoksista rangaistujen tuen tarve. Suositukset yhteistoiminnalle. Vankien jälkihuoltotyöryhmän raportti.  
ISBN 952-00-1942-1 (nid.)  
ISBN 952-00-1943-X (PDF)
- 7 Lasten tuetut ja valvotut tapaamiset.  
ISBN 952-00-1944-8 (nid.)  
ISBN 952-00-1945-6 (PDF)
- 8 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusryhmän periaatteet. Alueellisista ratkaisuksista kansalliseen kokonaisuuteen.  
ISBN 952-00-1948-0 (nid.)  
ISBN 952-00-1949-9 (PDF)
- 9 Christel Lamberg-Allardt, Heli Viljakainen ja työryhmä. D-vitamiinitilanteen seuranta tutkimus 2002-2004.  
ISBN 952-00-1952-9 (PDF)
- 10 Päivähoitopaikkojen tilat ja turvallisuus. Helsingin ja Oulunsalon päivähoitohenkilökunnalle sekä lasten vanhemmille ja huoltajille suunnattujen kyselyjen tulokset. Toim. Airi Palosaari ja Olli Saarsalmi.  
ISBN 952-00-1953-7 (nid.)  
ISBN 952-00-1954-5 (PDF)
- 11 Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten. Kansallisen pandemiavarautumisen työryhmän ehdotus.  
ISBN 952-00-1985-5 (nid.)  
ISBN 952-00-1986-3 (PDF)
- 12 Niilo Färkkilä. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistaminen. Lausuntoyhteenveto toimikunnan mietinnöstä. (Ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-1987-1 (PDF)

- 2006: 13 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2005 toiminnasta.  
ISBN 952-00-1988-X (nid.)  
ISBN 952-00-1989-8 (PDF)
- 14 Hallituksen tasa-arvo-ohjelman (2004-2007) seurantaraportti. Maaliskuu 2006. (Ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-1960-X (PDF)
- 15 Ehdotus sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon talousarvioehdotuksen rakenteen ja selvitysosien sisällön uudistamiseksi.  
ISBN 952-00-2000-4 (nid.)  
ISBN 952-00-2001-2 (PDF)
- 16 Niilo Färkkilä, Tarja Kahiluoto, Merja Kivistö. Lasten päivähoiton tilannekatsaus. Syyskuu 2005.  
ISBN 952-00-2002-0 (nid.)  
ISBN 952-00-2003-9 (PDF)
- 17 Perhepäivähoidon kehittämishaasteita. Toim. Sanna Parrila.  
ISBN 952-00-2008-X (nid.)  
ISBN 952-00-2009-8 (PDF)
- 18 Terveydenhuollon varautumiskoulutuksen haasteita. Selvitys häiriötilanteiden ja poikkeusolojen koulutuksesta ammattikorkeakouluissa ja lääketieteellisissä tiedekunnissa.  
ISBN 952-00-1962-6 (nid.)  
ISBN 952-00-1963-4 (PDF)
- 19 Alkoholiot EU-Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikan kehys 1990-2005.  
ISBN 952-00-2089-6 (nid.)  
ISBN 952-00-2090-X (PDF)
- 20 Alkoholiförhållandena i EU-Finland. Konsumtion, skadeverkningar och policyramar 1990-2005.  
ISBN 952-00-2012-8 (inh.)  
ISBN 952-00-2013-6 (PDF)
- 21 Alcohol Issues in Finland after Accession to the EU. Consumption, Harm and Policy Framework 1990-2005.  
ISBN 952-00-2014-4 (print.)  
ISBN 952-00-2015-2 (PDF)
- 22 Carita Lahti, Sini Jämsén, Saara Tarumo. Samapalkkaisuuteen palkkausjärjestelmämuutostuksin. Työn vaativuuden ja henkilön pätevyyden arviointi Suomessa.  
ISBN 952-00-2016-0 (nid.)  
ISBN 952-00-2017-9 (PDF)
- 23 Valtioneuvoston vammaispoliittisen selonteon tausta-aineisto.  
ISBN 952-00-2020-9 (nid.)  
ISBN 952-00-2021-7 (PDF)
- 24 Työurat pitenevät? Veto-ohjelman indikaattorit.  
ISBN 952-00-2030-6 (nid.)  
ISBN 952-00-2031-4 (PDF)
- 25 Lastensuojelulain kokonaisuudistustyöryhmän muistio.  
ISBN 952-00-2032-2 (nid.)  
ISBN 952-00-2033-0 (PDF)
- 26 Liisa Heinimäki. Varhaisen tuen vahvistaminen varhaiskasvatuksessa. VarTu -hankekuvaus 2004-2005.  
ISBN 952-00-2041-1 (nid.)  
ISBN 952-00-2042-X (PDF)

- 2006: 27 Rakennusalan terveystarkastusten seurantarekisteri.  
ISBN 952-00-2043-8 (nid.)  
ISBN 952-00-2044-6 (PDF)
- 28 Petri Virtanen, Janne Jalava, Mari Ruuth. Valtakunnallisen työtaturmaohjelman arviointi.  
Tammikuu 2006.  
ISBN 952-00-2045-4 (nid.)  
ISBN 952-00-2046-2 (PDF)
- 29 Arja Rimpelä, Susanna Rainio, Lasse Pere, Tomi Lintonen, Matti Rimpelä. Use of Tobacco Products, Alcohol Use and Exposure to Drugs in 1977-2005.  
ISBN 952-00-2047-0 (paperback)  
ISBN 952-00-2048-9 (PDF)
- 30 Sirkka-Liisa Kivelä. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti.  
ISBN 952-00-2068-3 (nid.)  
ISBN 952-00-2069-1 (PDF)
- 31 Lapsiperheiden toimeentuloedellytysten kehittäminen. Koordinaatioryhmän yhteenvetoraportti.  
ISBN 952-00-2070-5 (nid.)  
ISBN 952-00-2071-3 (PDF)
- 32 Jyrki Korkeila. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. (Ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-2072-1 (PDF)
- 33 Oppilashuoltoon liittyvän lainsäädännön uudistamistyöryhmän muistio.  
ISBN 952-00-2079-9 (nid.)  
ISBN 952-00-2080-2 (PDF)
- 34 EVO-tutkimusrahoituksen jakoperusteiden uudistaminen. Työryhmän raportti.  
ISBN 952-00-2085-3 (nid.)  
ISBN 952-00-2086-1 (PDF)
- 35 Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskaatsaus 2006. (Ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-1966-9 (PDF)
- 36 Lapsiasiavaltuutetun toimintakertomus vuodelta 2005.  
ISBN 952-00-2034-9 (nid.)  
ISBN 952-00-2035-7(PDF)
- 37 Kliinisten laboratorioiden korvausten määrätymisperustetta selvittävän työryhmän raportti.  
(Ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-2091-8 (PDF)
- 38 Pirjo Näkki. Vankien velkaantuminen ja yhteiskuntaan integroituminen.  
ISBN 952-00-1967-7 (nid.)  
ISBN 952-00-1968-5 (PDF)
- 39 Raimo Kärkkäinen, Marie Reijo, Keijo Tanner, Timo Tähtinen. Lapsiperheiden asumisen muutokset 1995–2004.  
ISBN 952-00-2092-6 (nid.)  
ISBN 952-00-2093-4 (PDF)
- 40 Maatalouslomituksen kehittämismahdollisuuksia selvittäneen työryhmän muistio.  
ISBN 952-00-2102-7 (nid.)  
ISBN 952-00-2103-5 (PDF)
- 41 Longer careers? The Veto Programme Indicators.  
ISBN 952-00-2104-3 (paperback)  
ISBN 952-00-2105-1 (PDF)

- 2006: 42 Anita Haataja. Ikääntyvät työmarkkinoilla 1989- 2005.  
ISBN 952-00-2107-8 (nid.)  
ISBN 952-00-2108-6 (PDF)
- 43 Anita Haataja. Pohjoismainen ansaitsijahoivaajamalli. Ruotsin ja Suomen perhevapaajärjestelmän vertailu.  
ISBN 952-00-2109-4 (nid.)  
ISBN 952-00-2103-5 (PDF)
- 44 Ulkomailla asuvien sairaanhoidosta Suomessa aiheutuvien kustannusten korvaaminen. EU:n sosiaaliturvan koordinaatioasetusten mukaisten sairaanhoitokustannusten korvaamista selvittäneen työryhmän muistio.  
ISBN 952-00-2111-6 (nid.)  
ISBN 952-00-2112-4 (PDF)