

Miten potilasdirektiivin implementoinnin korjaaminen vaikuttaisi potilaiden käyttäytymiseen?

Mikko Alkio, Lasse Nordström, Petri Rouvinen

EU:n potilasdirektiivi (2011) takaa potilaan oikeuden saada korvaus toisesta EU- tai ETA-valtiosta hankittujen terveyspalveluiden kustannuksista. Suomessa potilasdirektiivi on implementoitu vuonna 2013 lailla rajat ylittävästä terveydenhuollosta. Sen mukaan potilaan hakeutuessa hoitoon toiseen EU-valtioon ilman Kelan myöntämää ennakkolupaa hoidon kustannukset korvataan potilaalle hakemuksesta sairausvakuutuslain mukaisesti. Tyypillisesti potilaalle sairausvakuutuslain nojalla maksettava korvaus kattaa vain murto-osan ulkomailla annetun hoidon kustannuksista.

Euroopan komissio on jo vuonna 2015 käynnistänyt rikkomusmenettelyn, koska se katsoo Suomen implementoineen potilasdirektiivin virheellisesti potilaalle maksettavan korvauksen määräytymisen osalta. Komissio katsoo, että suomalaiselle potilaalle tulisi korvata toisessa EU-valtiossa annetun hoidon kustannukset siihen enimmäismäärään asti, joka vastaavan hoidon tuottamisesta olisi aiheutunut Suomen julkisessa terveydenhuollossa. Toistaiseksi Suomi ei kuitenkaan ole ryhtynyt toimenpiteisiin potilasdirektiivin implementoinnin korjaamiseksi komission edellyttämällä tavalla.

Tämä raportti käsittelee 15.–20.10.2020 toteutettua kyselyä, joka kvantifioi vaikutuksia tilanteessa, jossa potilasdirektiivin implementointia muutettaisiin komission edellyttämällä tavalla. Havaitsemme, että tällöin **ulkomaisesta hoidosta kiinnostuneiden suomalaisten osuus lisääntyisi kahdella kolmasosalla nykyisestä**. Jos lisäksi Suomessa ja ulkomailla tapahtuisi tiettyjä – realistisina pidettäviä – markkinamuutoksia, peräti **neljä viidestä suomalaisesta olisi halukas hakeutumaan hoitoon ulkomaille**.

Suomen on lähitulevaisuudessa ryhdyttävä lainsäädäntötoimiin potilasdirektiivin implementoimiseksi komission edellyttämällä tavalla. Tekemämme kyselyn tulosten perusteella voidaan olettaa, että potilasdirektiivin implementoinnin korjaamisella olisi merkittäviä vaikutuksia terveyspalveluiden markkinoiden toimintaan Suomessa. Silti potilasdirektiivin implementoinnin korjaamista ei ole huomioitu lainkaan pääministeri Marinin hallituksen valmistelemissa sote-uudistuksessa. Tätä voidaan pitää merkittävänä ongelmana sote-uudistuksen vaikutusten arvioinnin näkökulmasta. Käsittelemme mukaan sote-uudistusta valmisteltaessa tulisi huomioida myös potilasdirektiivin implementoinnin korjaamisen vaikutukset terveyspalveluiden kysyntään Suomessa.

Yhteenveto ¹

Vuonna 2011 voimaan tullut EU:n potilasdirektiivi² vahvistaa Suomen kansalaisten edellytyksiä ja mahdollisuuksia saada lääketieteellistä hoitoa toisessa EU- tai ETA-maassa tai Sveitsissä. Suomessa potilasdirektiivi on implementoitu lailla rajat ylittävstä terveydenhuollosta (1201/2013), joka tuli voimaan 1.1.2014.

Suomen kansallisen lainsäädännön mukaan ulkomailla annetun hoidon kustannuksista korvataan suomalaiselle potilaalle ainoastaan yksityisen terveydenhuollon Kela-korvausta vastaava osuus. Euroopan komissio katsoo tämän potilasdirektiivin kansallisen implementoinnin olevan virheellinen, minkä takia komissio on käynnistänyt Suomea koskevan rikkomusmenettelyn jo vuonna 2015.³ Jos Suomi tulkitisi direktiiviä komission edellyttämällä tavalla, suomalaiselle potilaalle korvattaisiin ulkomailla annetun hoidon kustannukset siihen enimmäismäärään asti, joka vastaavan hoidon tuottamisesta olisi aiheutunut Suomen julkisessa terveydenhuollossa.

Pääministeri Sanna Marinin hallituksen valmistelussa sote-uudistuksessa ei ole millään tavoin huomioitu Suomen tarvetta muuttaa kansallista lainsäädäntöään vastamaan potilasdirektiiviä komission edellyttämällä tavalla. Käytännössä potilasdirektiivin implementoinnin korjaaminen johtaisi tilanteeseen, jossa suomalaisille potilaille korvattaisiin olennaisesti suurempi osuus ulkomailla annetun hoidon kustannuksista verrattuna tilanteeseen, jossa potilas hankkii vastaavan hoidon Suomeen sijoittautuneelta yksityiseltä terveystalouden tarjoajalta. Seurauksena olisi tällöin kilpailutilanteen vääristyminen Suomessa ja muissa EU-jäsenvaltioissa toimivien terveystalouden tarjoajien välillä.

Viimeistään syksyllä 2020 on käynyt selväksi, että:

- Suomi ei voi enää kauaa lykätä potilasdirektiivin implementoinnin korjaamista komission edellyttämällä tavalla.
- Potilasdirektiivin implementoinnin korjaaminen olisi tehtävä siten, että se ei diskriminoida kotimaisia ja ulkomaisia terveystalouden tarjoajia.
- Hallituksen valmistelussa sote-uudistuksessa ei ole huomioitu potilasdirektiivin implementoinnin korjaamisen vaikutuksia terveystalouden markkinoiden toimintaan Suomessa.

Tässä raportissa kuvataan Euroopan komission Suomelta edellyttämän potilasdirektiivin implementoinnin korjaamisen mahdollisia vaikutuksia 15.–20.10.2020 toteutetun laajan ja edustavan kuluttajakyselyn tulosten valossa.

Saatujen tulosten perusteella tässä raportissa tehdään muun muassa seuraavat havainnot:

- 17,9 % suomalaisista on kiinnostunut saamaan lääketieteellistä hoitoa ulkomailla Suomen soveltaessa nykyistä tulkintaansa EU:n potilasdirektiivistä. Tässä halukkuudessa on merkittävää alueellista vaihtelua siten, että esimerkiksi Kemi-Torniossa, Vaasassa ja pääkaupunkiseudulla halukkaiden osuus on merkittävästi edellä mainittua kansallista osuutta suurempi. Ulkomailla annettavasta hoidosta kiinnostuneiden suomalaisten osuus on käytännössä sama kuin Euroopan komission kyselyssä vuonna 2015.
- 30,9 % suomalaisista olisi kiinnostunut hoidosta ulkomailla, jos Suomi soveltaisi potilasdirektiiviä komission edellyttämällä tavalla.
 - Komission Suomelta edellyttämä potilasdirektiivin implementointi saattaisi johtaa siihen, että Suomen aluerajojen tuntumaan – tai muuten sujuvien yhteyksien päähän – syntyisi enemmän nimenomaan suomalaisille suunnattuja terveystalouksia. Jos ulkomailla saisi lisäksi palvelua suomeksi ja samalla kotimaassa olisi hoitojonoa, 81,2 % suomalaisista olisi halukas saamaan lääketieteellistä hoitoa ulkomailla. Vaikka tähän erittäin suureen osuuteen liittyy tiettyjä ehtoja, kuten hoitoon pääsyn viivästyminen kotimaassa, se

¹ Raporttia ovat tukeneet Hyvinvointiala HALI ry ja alan yritykset.

² Direktiivi potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa 2011/24/EU

³ Komissio on viimeksi marraskuussa 2020 MEP Henna Virkkusen tekemään kirjalliseen kysymykseen antamassaan vastauksessa vahvistanut, että Suomea koskeva rikkomusmenettely on edelleen vireillä ja komissio harkitsee seuraavia toimenpiteitä rikkomusmenettelyssä (https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/P-9-2020-005395-ASW_FL.html). On todennäköistä, että Suomi ja komissio päätyvät asiassa neuvotteluratkaisuun, jonka osana on potilasdirektiivin nykyisestä poikkeava kansallinen implementointi. Jos neuvotteluratkaisuun ei päästä, komissio vienee Suomen asiassa EU-tuomioistuimeen.

korostaa sitä, että hallituksen valmisteleva sote-uudistus ja Suomelta edellytetty potilasdirektiivin implementoinnin muuttaminen on mietittävä kokonaisuutena.

- Terapia-alueittain halukkuus hakeutua ulkomaiseen hoitoon liittyi eniten syöpään (41 %; ehdolla, että oli ylipäättään kiinnostunut ulkomaisesta hoidosta) ja hampaisiin (39 %), mutta kiinnostus oli varsin korkeaa myös tavanomaisissa erikois- (35 %) ja jopa yleislääkäripalveluissa (22 %).

Johdanto

EU-oikeuden keskeisiä periaatteita ovat potilaan oikeus hakea terveyspalveluita koko EU:n sisämarkkina-alueelta ja vapaus valita haluamansa palveluntarjoaja. EU:n potilasdirektiivin (2011/24/EU) 7 artiklan 4 kohdan mukaan vakuutusjäsenvaltion on korvattava tai maksettava suoraan rajat ylittävän terveydenhuollon kustannukset enintään siihen määrään saakka, jonka vakuutusjäsenvaltio olisi korvannut, jos kyseinen terveydenhuolto olisi tarjottu sen alueella, ylittämättä kuitenkin saadun terveydenhuollon tosiasiallisia kustannuksia.⁴

Nykyisellään Suomi ei noudata EU:n potilasdirektiiviä komission edellyttämällä tavalla, minkä takia komission rikkomusmenettely Suomea kohtaan on ollut vireillä vuodesta 2015 lähtien. Sipilän hallituksen maaliskuussa 2019 kaatuneen sote-uudistuksen sisältämä valinnanvapaus olisi mahdollistanut potilasdirektiiviin liittyvän ongelman yksinkertaisen ratkaisun. Suomelta edellytetty direktiivin implementointi on kuitenkin selvästi haastavampi sovittaa yhteen Marinin hallituksen valmistelevan sote-uudistuksen kanssa.

Niin tai näin, Suomi ei voi enää jatkossa kauaa rajoittaa kansalaistensa potilasdirektiivin mukaisia oikeuksia. Vaikuttaa siltä, että nykyisen hallituksen sote-uudistusta valmisteltaessa ei ole lainkaan huomioitu EU:n potilasdirektiiviä, vaikka se vaikuttaa olennaisesti siihen, miten Suomen sote-järjestelmää on mahdollista uudistaa; nykyisellään esitys ei tarjoa yksinkertaista tapaa direktiivin edellytetyyn kansalliseen implementointiin ja toteutuessaan uudistus jopa pahentaisi EU-oikeudellista ongelmaa mm. ehdotettujen yksityisten terveyspalveluiden Kela-korvausten alennuksen seurauksena.

Suomi on toistaiseksi tulkinnut potilasdirektiiviä siten, että toisessa EU- tai ETA-valtiossa annetun hoidon kustannuksista korvataan ainoastaan yksityisen terveydenhuollon Kela-korvausta vastaava osuus. Jos Suomi tulkitseisi direktiiviä kuten esimerkiksi Ruotsi jo nyt tekee, suomalaiselle potilaalle korvattaisiin toisessa maassa annetun hoidon kustannukset siihen enimmäismäärään asti, joka vastaavan hoidon tuottamisesta olisi aiheutunut Suomen julkisessa terveydenhuollossa.

Komission edellyttämän direktiivin kansallisen implementoinnin yhteydessä Suomen on varmistettava, että palveluntarjoajia kohdellaan samalla tavalla sijaintimaasta riippumatta. Muutoin riskinä on ulkomaisten palveluntarjoajien suosiminen kotimaisten palveluntarjoajien kustannuksella erilaisten hoidon korvauskäytäntöjen seurauksena. Jos hallituksen esittämä sote-uudistus toteutuu sellaisenaan, on vaikea nähdä, miten sote-järjestelmän toimivuus kotimaassa ja sisämarkkina-alueen yksityisten palveluntarjoajien yhdenvertainen kohtelu ovat saavutettavissa samanaikaisesti.

⁴ Matkakustannusten osalta potilasdirektiivissä todettu seuraava (7.4 artikla): *Vakuutusjäsenvaltio voi päättää korvata muut asiaan liittyvät kustannukset, kuten majoitus- ja matkakustannukset tai vammaisille henkilöille mahdollisesti aiheutuvat lisäkustannukset heidän saadessaan yhden tai useamman vamman vuoksi rajat ylittävää terveydenhuoltoa, kansallisen lainsäädännön mukaisesti ja sillä edellytyksellä, että näistä kustannuksista on riittävä asiakirjanäyttö.* Suomen laissa rajat ylittävstä terveydenhuollosta tästä säädetty näin (11 §): *Henkilölle toisessa EU-valtiossa annetun terveydenhuollon palvelun käytöstä aiheutuneet matkakustannukset korvataan siten kuin sairausvakuutuslain 4 luvussa säädetään.* Käytännössä matkakulut korvataan potilaan kotiosoitetta lähimpään terveyskeskukseen tai yliopistosairaalaan ja potilas maksaa itse omavastuusuuden. Matkakustannuksiin liittyviä kysymyksiä ei erikseen käsitellä tässä raportissa.

Kysely

Toteutimme Taloustutkimus Oy:n kanssa laajan kyselyn, jonka avulla selvitimme suomalaisten halukkuutta hakeutua lääketieteelliseen hoitoon ulkomaille. Kyselyn esikuvana toimivat Euroopan komission toimeksiannoista vuosina 2007⁵ ja 2015⁶ toteutetut samaa aihepiiriä koskeneet kyselyt; soveltuvin osin saamme tuloksia verrataan aiempiin.

Kyselyyn valittiin – ohjelmallisella satunnaispöiminnalla Taloustutkimuksen Internet-paneelistä – ikäryhmittäin ja sukupuolittain edustava otos suomalaisia koko manner-Suomesta, mutta painottaen viittä keskeiseksi arvioitua vaikutusalueetta: Helsingin seutukuntaa (Tilastokeskuksen aluekoodi: 011), Kemi-Tornion seutukunta (192), Oulun seutukunta (171), Turun seutukunta (023) ja Vaasan seutukunta (152). Normaalin käytännön mukaisesti raportoidut tulokset on korjattu alueellisesti, ikäryhmittäin ja sukupuolittain edustaviksi otospainoja käyttäen; niinpä raportoidut tulokset ovat edustavia koko Suomen tasolla.⁷

Vastaajat rekrytoitiin sähköposteilla ja tekstiviesteillä. **Verkkokyselyyn 15.–20.10.2020 osallistui 1 757 henkilöä varsin korkealla 27,5 vastausprosentilla.**⁸ Vastaamiseen meni keskimäärin 4 minuuttia 20 sekuntia.

Kyselyn perusrakenne selviää tämän raportin liitteestä 1 ja kyselylomake johdanto- ja muine teksteineen – sellaisena, kuin se oli ohjelmoituna Taloustutkimuksen verkkokyselyjärjestelmässä – ilmenee liitteestä 2.

Tulokset: Kiinnostuksesta yleensä

Kuten Liitteestä 2 ilmenee, kyselyn aluksi vastaajille kerrottiin EU:n potilasdirektiivistä sekä siihen liittyen Suomen nykyisestä ja Euroopan komission Suomelta edellyttämästä direktiivin soveltamisesta. Tämän lisäksi vastaajia pyydettiin ajattelemaan normaalitilannetta ilman koronavirusepidemiaa ja heille määriteltiin myös lyhyesti se, mitä lääketieteellisellä hoidolla kyselyn yhteydessä tarkoitetaan. Tarvittavilta osin näistä asioista muistutettiin myös kyselyn kuluessa. Taustatietojen antamisen jälkeen edettiin varsinaisiin kysymyksiin.

Halukkuus ulkomaiseen hoitoon Suomen tulkitessa direktiiviä nykyiseen tapaan

Keskeisin peruskysymys ”Olisitko halukas matkustamaan johonkin toiseen EU-maahan saamaan lääketieteellistä hoitoa?” on käytännössä sama, kuin molemmissa edellä mainituissa EU-esikuvissa; sen perusteella 17,9 % suomalaisista ilmoittaa olevansa halukas hakeutumaan ulkomaille hoitoon nykyisellä direktiivitulkinalla (”ei” vastaa 70,6 % loppujen 11,5 % vastatessa ”ei osaa sanoa”; tämä ja myöhemmät vastaukset painotettu tavalla, jota on käsitelty tarkemmin alaviitteessä 7).

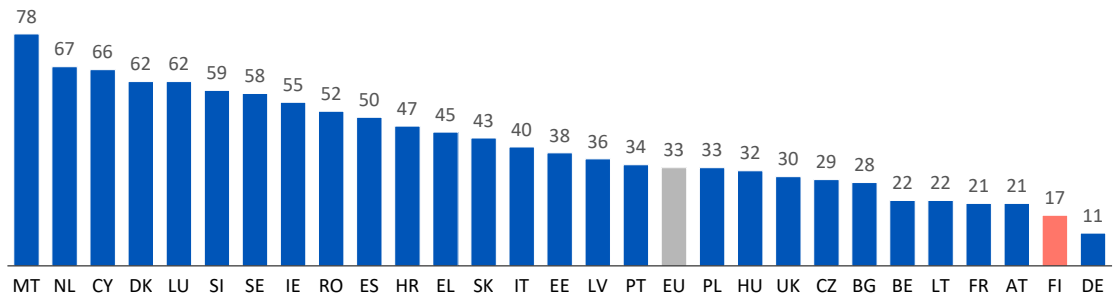
Verrattaessa mainittua 17,9 % viiden vuoden takaisen EU-kyselyn Suomea koskevaan tulokseen havaitsemme, että tämä osuus on pysynyt käytännössä samana (17 % kevään 2015 kyselyssä, jonka tuloksia ei ole raportoitu desimaalien tarkkuudella). Kuten kuvasta 1 ilmenee, tämä osuus on Suomessa – Saksan ohella – EU:n alhaisin.

⁵ Flash Eurobarometer #210; online-kysely, jonka tulokset raportoitiin kesäkuussa 2007; ks. https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S622_210.

⁶ Special Barometer #425; pääosin fyysisiin tapaamisiin perustuva kysely, jonka tulokset raportoitiin toukokuussa 2015; ks. https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2034_82_2_425_ENG.

⁷ Koska 5 alueesta ja muusta Suomesta tulee 6 luokkaa, käytettyjä ikäryhmiä on 4 ja sukupuolia on 2, kyselyssä on yhteensä 48 ”tilastollista solua” eli strataa. Niinpä esimerkiksi vanhimpaan 65–79 ikäluokkaan kuuluvan vaasalaisen miehen tapauksessa: tämän solun henkilömäärä on 7 627 (Tilastokeskuksen Väestörakenne -tilaston mukaan 31.12.2019 soveltaen 1.1.2020 aluejakoa, <http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/index.html>) ja otoksessa sitä koskevia vastauksia on 42 – niinpä yksi otoksen vastaus edustaa 182 henkilöä populaatiossa (= 7 627 / 42), jonka perusteella muodostetaan kyseistä solua koskeva painokerroin. Vastaava päättely tehdään lopuille 47 solulle.

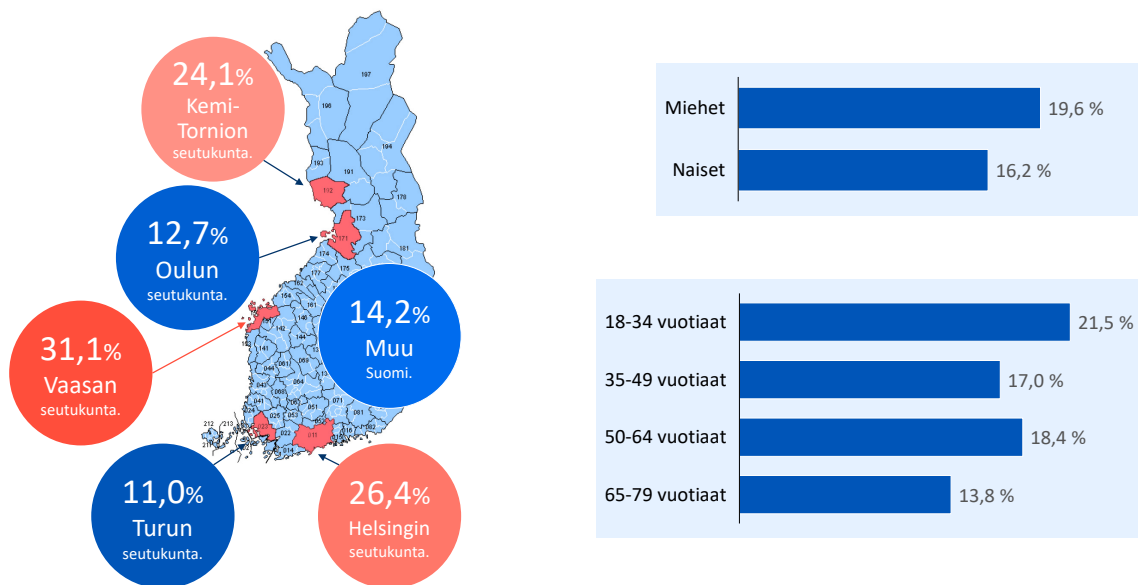
⁸ Alueittain vastauksia saatiin seuraavasti: Helsingin seutukunta 268 kpl, Kemi-Tornion seutukunta 106 kpl, Oulun seutukunta 286 kpl, Turun seutukunta 275 kpl, Vaasan seutukunta 191 kpl ja muu manner-Suomi 631 kpl.



Kuva 1: Osuus ao. maan kansalaisista, joka sanoo olevansa halukas matkustamaan toiseen EU-maahan lääketieteellistä hoitoa varten, %.

Aineistolähde: EU (2015), Special Barometer #425, QD8.

Yksittäistä kysymystä voidaan tarkastella suhteessa muihin lomakkeen kysymyksiin ja Internet-paneelin taustatietoihin. Kuvassa 2 näin on tehty niissä olottuvuuksissa, joita on käytetty myös painokertoimissa: Kemi-Torniossa, Vaasassa ja pääkaupunkiseudulla halukkaiden osuus on muuta maata korkeampi, miehet ovat keskimäärin naisia halukkaampia hoitoon ulkomailla ja halukkuus on alhaisempi vanhimmalla ikäluokalla.

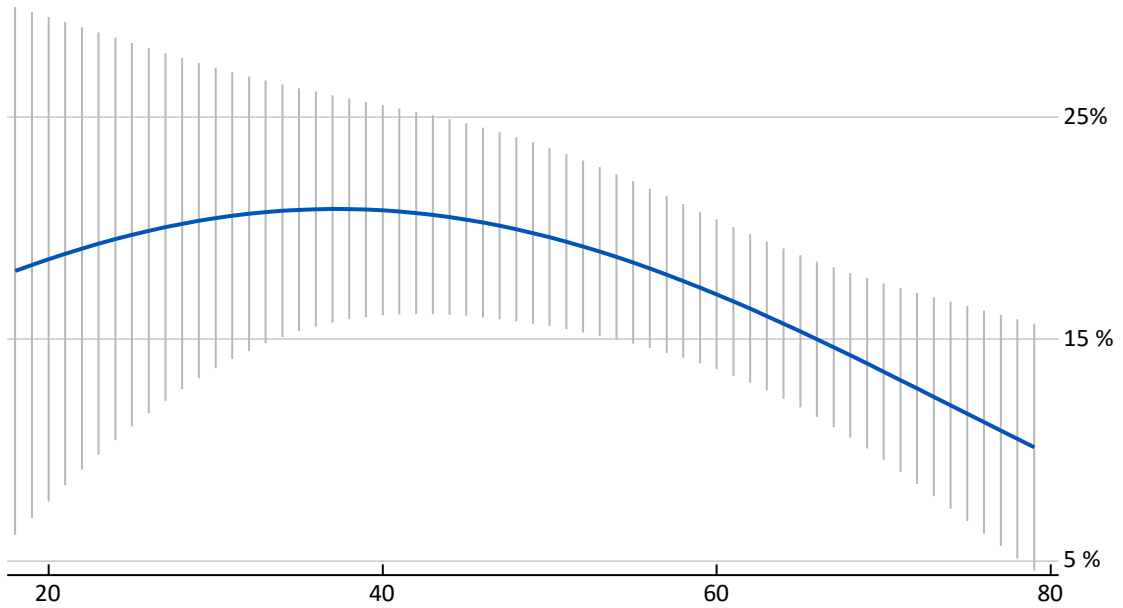


Kuva 2: Suomalaisen halukkuus saada hoitoa ulkomailla alueittain, ikäryhmittäin ja sukupuolittain.

Lähde: Avancen ja Taloustutkimuksen 1 757 vastaajan potilasdirektiivikysely 15–20.10.2020 (painotettu).

Kuten jo edellä kuvasta 2 voi päätellä, halukkuus hoitoon ulkomailla ei ole suoraviivaisesti yhteydessä ikään. Tarkasteltaessa asiaa pienellä regressiomallilla havaitsemme,⁹ että halukkuus ulkomaiseen hoitoon on korkeimmillaan noin 38 vuoden iässä (kuva 3).

⁹ Logit-malli, jossa halukkuutta hakeutua ulkomaille (1 = kyllä, 0 = Ei/Ei osaa sanoa) selitetään sukupuolella, iällä ja sen neliöllä, työmarkkinastatuk-sella (työttömyys = 1, muuten = 0), työterveyshuollon piirissä olemisella (=1, muuten = 0) ja tuloluokalla (joita yhteensä 10 kappaletta).



Kuva 3: Suomalaisen halukkuus saada hoitoa ulkomailla – estimoitu vaikutus 18–79-vuotiailla (sininen viiva), kun muut tekijät on huomioitu ja pidetään muuttumattomina, ja 95 %:n luottamusväli (harmaat pystyviivat).

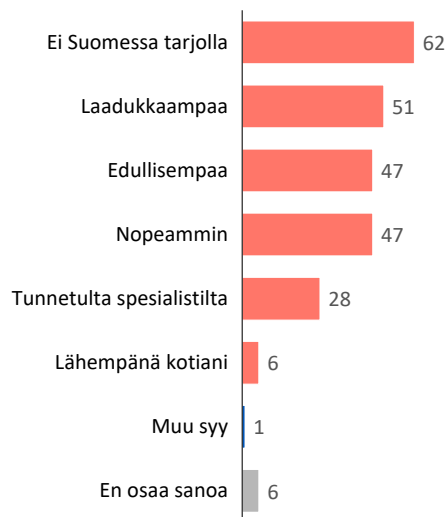
Lähde: Avancen ja Taloustutkimuksen 1 757 vastaajan potilasdirektiivikysely 15–20.10.2020 (painotettu) sekä Avancen estimoinnit. Käytetty malli alaviitteessä 9; marginaalivaikutus kullekin ikävuodelle, kun muiden muuttujien arvot on asetettu keskiarvoihinsa.

Syyt kiinnostuksen (tai sen puutteen) takana

Kuten esikuvakyselyissä, kiinnostusta koskevan peruskysymyksen jälkeen siihen sekä myöntävästi että kieltävästi vastanneita pyydettiin tunnistamaan taustalla oleva syy tai syyt annetusta listasta.

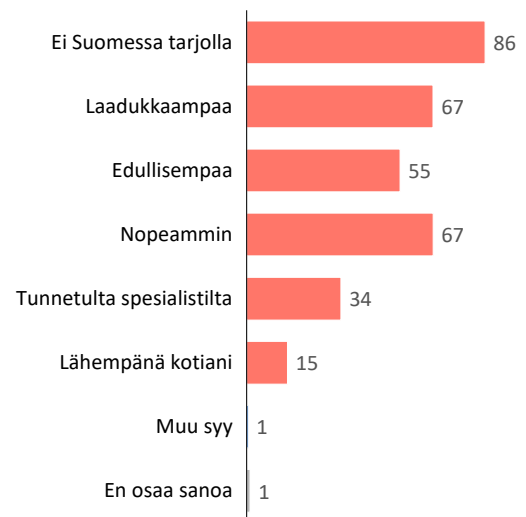
Aiempi EU-kysely (kevät 2015) Suomen osalta:

Jos, ulkomailla hoitoa, joka/jota ...
(%-osuus K1=Kyllä-vastaajista, joka valitsi ao. syyn)



Tässä uudessa Suomi-kyselyssä (10/2020):

Jos, ulkomailla hoitoa, joka/jota ...
(%-osuus K1=Kyllä-vastaajista, joka valitsi ao. syyn)



Kuva 4: Syyt, joihin liittyen vastaaja sanoo olevansa halukas ulkomaiseen hoitoon; %-osuus halukkaista vastaajista, joka valitsi kyseisen vastausvaihtoehdon (yksi tai useampi vaihtoehto mahdollinen).

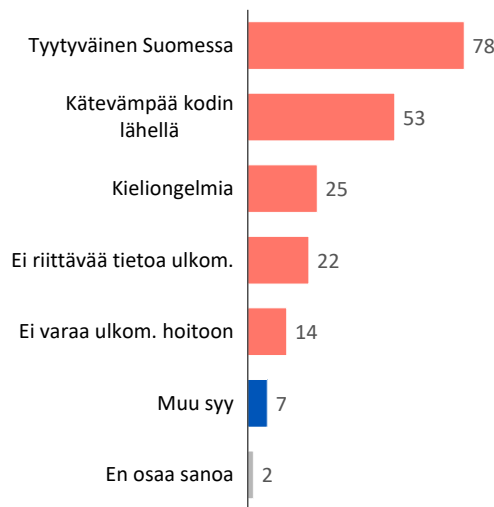
Lähde: Avancen ja Taloustutkimuksen 1 757 vastaajan potilasdirektiivikysely 15–20.10.2020 (painotettu).

Peruskysymykseen myönteisesti vastanneet: Kuvasta 4 havaitaan, että vanhassa 2015 ja nyt tehdystä uudessa kyselyssä vastaajien yleisimmin mainitsema **kiinnostusta** selittävä syy on se, että ulkomailla saisi hoitoa, jota Suomessa ei ole tarjolla. Eniten näyttää tässä yhteydessä lisääntyneen kiinnostus nopeaan hoitoon pääsyyn ja laadukkaaseen hoitoon ulkomailla.¹⁰

Peruskysymykseen kielteisesti vastanneet: Kuva 5 näyttää, että aiemmin ja nyt tärkein syy kiinnostuksen **puutteen** takana on tyytyväisyys Suomessa saatavaan hoitoon; hyvänä kakkosena on kotimaisen läihoidon kätevyys. Kyselyajankohtien välillä eniten ovat lisääntyneet käsitykset siitä, ettei vastaajilla ole riittävästi tietoa ulkomaisesta hoidosta, ja siitä, ettei heillä ole varaa ulkomaiseen hoitoon.¹¹

Aiempi EU-kysely (kevät 2015) Suomen osalta:

(%-osuus K1=Ei-vastaajista, joka valitsi ao. syyn)



Tässä uudessa Suomi-kyselyssä (10/2020):

(%-osuus K1=Ei-vastaajista, joka valitsi ao. syyn)



Kuva 5: Syyt, joihin liittyen vastaaja ei ole halukas ulkomaiseen hoitoon; %-osuus halukkaista vastaajista, joka valitsi kyseisen vastausvaihtoehdon (yksi tai useampi vaihtoehto mahdollinen).

Lähde: Avancen ja Taloustutkimuksen 1 757 vastaajan potilasdirektiivikysely 15–20.10.2020 (painotettu).

Tulokset: EU:n potilasdirektiivin implementoinnin korjaamisen ja siihen liittyvän markkina- ja hoitokontekstin muutoksen vaikutukset

Kilpailuoikeudellisissa konteksteissa on tavallista hyödyntää kuluttajakyselyitä tuleviin markkinamuutoksiin liittyvien näkökohtien analysoinnissa.¹² Kilpailuvaikutusten arvioinnissa keskeisimpiä ovat mahdollisten asiakkaiden reaktiot liittyen ”hypoteettiseen” tulevaan markkinatilanteeseen, joka jotenkin poikkeaa vallitsevasta nykytodellisuudesta. Kilpailuoikeudellisen kyselykirjallisuuden hengessä nyt toteutetun potilasdirektiivikyselyn kiintoisimmat kysymykset koskevat mahdollisia muutoksia Suomen potilasdirektiivin implementointiin liittyvissä korvauskäytännöissä sekä niihin liittyviä julkisten ja yksityisten terveystalouksien skenaarioita.

¹⁰ Syy ”lähempänä kotiani” näyttää lisääntyneen suhteellisesti eniten kyselyajankohtien välillä, mutta tämä lienee yhteydessä siihen, että esikuvakyselyissä ei ollut lainkaan alueellista painotusta, jolloin raja-alueiden vastaajia – joille hoitopaikka vaikkapa Ruotsissa saattaisi tosiaan olla maantieteellisesti lähempänä – ei esikuvakyselyihin juuri tullut. ”En osaa sanoa” -vastausten suurempi osuus vuonna 2015 selittynee kyselytapaerolla (kasvotusten tapahtuva vs verkkokysely).

¹¹ ”En osaa sanoa” -vastausten tapaan myös ”Muun syyn” kirjaaminen saattaa olla jonkin verran vähemmän todennäköistä kasvotusten tapahtuvassa kuin verkkokyselyssä.

¹² Kilpailuoikeudellisten kyselyjen parhaita käytäntöjä käsitellään seuraavissa, joista erityisesti ensin mainittu on keskeinen: CMA Guidance (Updated 23 May 2018), *Good practice in the design and presentation of customer survey evidence in merger cases*, CMA78, <https://v.gd/2agQr2>. CMA commentary (10 April 2017), *Retail mergers*, CMA62, <https://v.gd/KSUMo7>. Graeme Reynolds & Chris Walters (2008), *The Use of Customer Surveys for Market Definition And The Competitive Assessment Of Horizontal Mergers*, Journal of Competition Law & Economics, Vol. 4, Iss. 2, Pages 411-431, <https://doi.org/10.1093/joclec/nhm036>. Stephen Hurley (2010), *The Use of Surveys in Merger and Competition Analysis*, Journal of Competition Law & Economics, Vol. 7, Iss. 1, Pages 45-68, <https://doi.org/10.1093/joclec/nhq017>. Apostolos Baltzopoulos, Jaewon Kim, & Martin Mandorf (2015), *UPP Analysis in Five Recent Merger Cases*, Konkurrensværkets Working Paper Series in Law and Economics, Working Paper 2015:3, <https://v.gd/mGS3Kw>.

Potilasdirektiivin ja markkina-asetelmien muutosten osalta kysely koostuu neljästä vaiheesta seuraavasti:

1. Lähtökohtana on edellä läpikäyty peruskysymys – *Olisitko halukas matkustamaan johonkin toiseen EU-maahan saamaan lääketieteellistä hoitoa?* –, jonka yhteydessä on nimenomaisesti viitattu Suomen nykyiseen potilasdirektiivin implementointiin ja siihen, mitä se käytännössä tarkoittaa henkilön ulkomaisesta hoidosta saaman korvauksen kannalta. Koska kaikki loput kysymykset käsittelevät tilannetta, joissa ulkomainen hoito on nykytilannetta edullisempaa tai houkuttelevampaa yksittäisen kansalaisen näkökulmasta, tähän peruskysymykseen myöntävästi vastaavilta ei enää kysytä alla olevien kohtien 2–4 jatkokysymyksiä.
2. Seuraavaksi pyydettiin ajattelemaan komission Suomelta edellyttämää direktiivin implementointia ja siitä seuraavaa korvauskäytäntöä sekä kysyttiin peruskysymys uudelleen tässä hypoteettisessa tilanteessa. Samaan tapaan kuin edellä kohdassa 1, jatkokohtat 3–4 vievät ulkomaista hoitoa entistä houkuttelevampaan suuntaan, joten tähän kohtaan myöntävästi vastanneilta ei enää kysytty kahta seuraavaa kohtaa.
3. On luontevaa ajatella, että jos suomalaiset hakeutuisivat enenevässä määrin hoitoon ulkomaille syntyisi palveluja, jotka olisivat osin tai kokonaan räätälöityjä nimenomaan suomalaisten tarpeisiin. Käytännössä tämä saattaisi tarkoittaa esimerkiksi Ruotsissa toimivan palvelutarjoajan suomenkielistä www-sivustoa ja puhelinpalvelua sekä ehkä myös suomenkielistä vastaanottohenkilöstöä. Lisäksi kotimarkkinalta tutut terveyspalvelubrändit saattaisivat perustaa ulkomaisia tytäryhtiötä palvellakseen suomalaisia ulkomailla. Esimerkiksi laboratorionäytteitä tutkitaan jo nyt Suomen ja Viron välillä matkustavilla laivoilla; samaan tapaan henkilökohtaisia terveyspalveluita voisi jatkossa tarjota vaikkapa laivamatkan yhteydessä. Tässä kolmannessa kohdassa potilasdirektiivin implementoinnin muutoksen vaikutusta syvennettiin siten, että direktiivin kansallisen implementoinnin muuttamisen lisäksi pyydettiin ajattelemaan tilannetta, jossa suomalaisasiakaisiin suuntautuneita palveluita olisi nykyistä laajemmin tarjolla. Edellisten kohtien tapaan seuraavaa ja viimeistä kohtaa ei enää kysytty, jos tähän kohtaan vastasi myöntävästi.
4. Hoitotakuun mukaan kiireettömissä tapauksissa julkiseen perusterveydenhoitoon on päästävä viimeistään kolmessa kuukaudessa (suon hoidossa tämä voidaan ylittää potilaan terveydentilan vaarantumatta); erikoissairaanhoidossa hoitotarpeen *arviointi* on tehtävä viimeistään kolmessa kuukaudessa ja mahdollinen hoito on aloitettava tästä viimeistään kuuden kuukauden kuluessa.¹³ Nykyiselläänkään hoitotakuun edellyttämiä määräraajoja ei täysin pystytä pitämään ja merkittävä osa hoidosta alkaa vasta lähellä hoitotakuun aikarajaa. Yksityisissä terveyspalveluissa hoitoon pääsee pääsääntöisesti välittömästi tai mainittuihin hoitotakuu-aikoihin nähden lyhyellä odotusajalla. Sipilän hallituksen maaliskuussa 2019 kaatuneen sote-uudistuksen sisältämä valinnanvapausmalli olisi käytännössä johtanut tilanteeseen, jossa julkisen sektorin hoitojonot – sikäli, kun niitä olisi muodostunut – olisivat purkautuneet yksityisten käyntien kautta. Marinin hallituksen esittämä sote-uudistus ei sisällä tällaista automaatiota tai muutakaan mekanismia hoitojonojen hallintaan; niinpä on täysin mahdollista, että toteutuessaan se johtaisi vielä nykyistäkin pidempiin tai yleisempiin hoitojonoihin. Niinpä vastaajilta kysyttiin peruskysymys vielä uudelleen tilanteesta, jossa: Suomi soveltaisi komission edellyttämää tulkintaa potilasdirektiivistä, suomalaisia ulkomailla palveleva markkina olisi muodostunut ja ”*hoitoon pääsy Suomessa kestäisi yli kolme kuukautta*”.¹⁴

Edellä olevien kohtien 1 ja 2 vertailu paljastaa sellaisenaan Suomelta edellytetyn lainsäädäntömuutoksen vaikutukset. Tämä ero ei mielestämme ole lainkaan spekulatiivinen; kyselyn rakenteen kautta vastaajalle on myös huolella ja useampaan kertaan kuvattu nykyinen/tuleva direktiivin implementointi ja korvauskäytäntö. Kohtien 2 ja 3 välisen eron voi tulkita lyhyemmän ja pidemmän aikavälin väliseksi eroksi tilanteessa, jossa Suomi soveltaisi direktiiviä edellytetyllä tavalla ja terveydenhuolto kotimaassa (ml. yksityisen hoidon korvauskäytännöt) toimisi lähinnä nykyiseen tapaan; tämä tulkinta on toki hieman spekulatiivinen, joskin

¹³ <https://stm.fi/hoitotakuu>

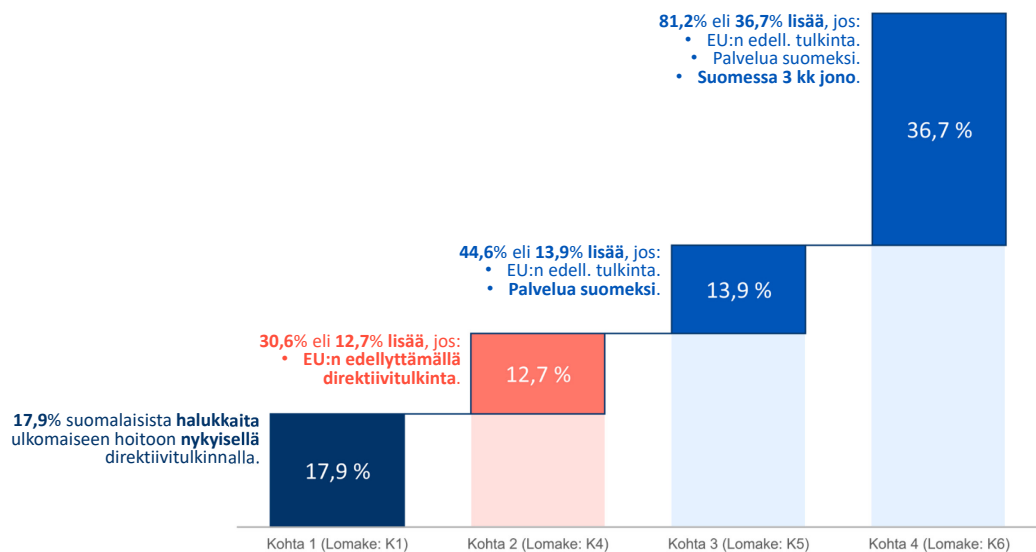
¹⁴ Selvyyden vuoksi todettakoon, että voimassa olevan rajat ylittävistä terveydenhuollosta annetun lain 13 §:n mukaan potilas voi hakea Kelalta EU-asetuksen 883/2004 20 artiklan mukaista lupaa saada asianmukaista hoitoa asuinvaltionsa ulkopuolella. Luvan myöntämisen edellytyksenä on tällöin muun ohella, että Suomessa ei pystytä järjestämään potilaan tarvitsemaa hoitoa hoitotakuuajan puitteissa. Potilaan hänelle myönnetyn luvan perusteella hankkimien hoidon kustannukset korvataan enintään siihen määrään saakka, mitä vastaavan hoidon kustannus olisi ollut julkisessa terveydenhuollossa henkilön kotikunnassa tai siinä kuntayhtymässä, johon henkilön kotikunta kuuluu. Kyselyssä tarkasteltu tilanne eroaa tästä nykytilanteesta mm. siltä osin, että siinä hoidon korvattavuus ei edellyttäisi ennakkoluvan hakemista Kelalta.

on mielestämme kiistatonta, että hallituksen ehdottama sote-uudistus yhdessä komission edellyttämän direktiivin implementoinnin korjaamisen kanssa johtaisi kuvatus kaltaiseen markkinakehitykseen ulkomailla. Kohtia 3 ja 4 vertailemalla voi haarukoida jossain määrin spekulatiivista mutta hyvinkin mahdollista tilannetta, jossa hallituksen esittämä sote-uudistus ei vähentäisi tai jopa kasvattaisi hoitajonoja nykyisestä.

Kuvasta 6 ilmenee, että potilasdirektiivin implementointi komission edellyttämällä tavalla lisäisi (edellä kuvattujen kohtien 1 ja 2 erotus) suomalaisten halukkuutta hakeutua ulkomaille hoitoon 12,7 %-yksikköä (= 30,6 % - 17,9 %). Ulkomaille hoitoon hakeutumaan valmiiden potilaiden osuus kasvaisi yli kahdella kolmasosalla nykytilanteesta (= 12,7 % / 17,9 %).

Kuten edellisestä osiosta ilmenee, riittävän tiedon puute (60 %) ja kieliongelmat (43 %) ovat merkittäviä syitä sille, että henkilö ei ole kiinnostunut hoidosta ulkomailla. Niinpä ei ole yllättävää, että sopivien (suomenkielisten) palvelujen parempi saatavuus ulkomailla edelleen lisäisi kiinnostusta 13,9 %-yksikköä (= 44,6 % - 30,9 %).

Lopulta – jos edellisten seikkojen lisäksi kotimaassa on hoitajonoja ja hoitoon pääsy siten viivästyisi – peräti neljä viidestä suomalaisesta olisi halukas saamaan hoitoa ulkomailla. Viimeisin ja suurin osuus ei tietenkään toteudu mitenkään automaattisesti mutta alleviivaa sitä, että hallituksen valmistelevaan sote-uudistuksen ja potilasdirektiivin yhteensovittamiseen on pakko kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Muutoin seurauksena voi olla tilanne, jossa voi itsestään ja nopeastikin syntyä tilanne, joka eskaloituu sekä julkistaloudellisesti että yhteiskunnallisesti kestäättömäksi.



Kuva 6: EU:n potilasdirektiivin implementoinnin ja siihen liittyvän kontekstin vaikutukset suomalaisten halukkuuteen hakeutua hoitoon ulkomaille.

Lähde: Avancen ja Taloustutkimuksen 1 757 vastaajan potilasdirektiivikysely 15–20.10.2020 (painotettu).

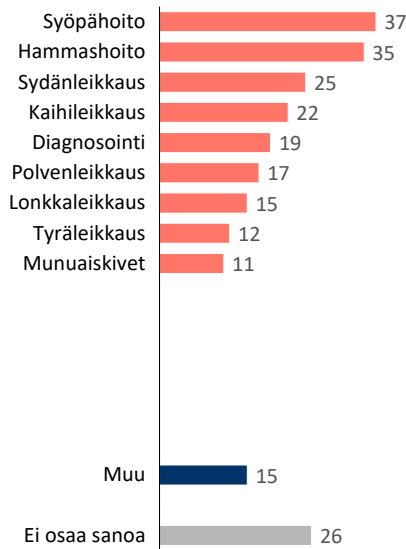
Ulkomailla käytettävien terveyspalvelujen tyypit

Esikuvakyselyjen tapaan kysyimme ulkomailla mahdollisesti käytettävistä terveyspalvelutyypeistä. Koska esikuvat keskittyivät – mielestämme tarpeettoman suppeasti – lähinnä vain leikkausoperaatioihin ja siten sairaalamarkkinaan, kyselylomakkeemme vastausvaihtoehdot sisältävät muutamia täydennyksiä: meillä mukana ovat myös yleis- ja erikoislääkärikäynnit sekä erikseen listaamattomat muut leikkaukset; hammashoidon osalta vastausvaihtoehdossa on painotettu – esikuvista poiketen –, että se sisältää myös suukirurgian.

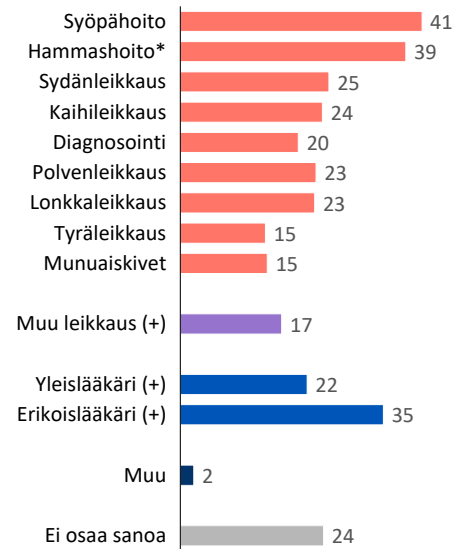
Kysymys ”Mitä seuraavista terveyspalveluista saattaisit käyttää toisessa EU-maassa?” esitettiin kaikille, jotka missään edellisessä osiossa kuvatussa kysymyksessä ilmaisivat olevansa kiinnostuneita terveyspalveluista ulkomailla.

Kuvasta 7 havaitaan, että kiinnostus kaiken tyyppisiin lääketieteellisiin hoitotoimenpiteisiin ulkomailla näyttää jonkin verran lisääntyneen vuoteen 2015 verrattuna; aivan erityisesti näyttää lisääntyneen kiinnostus lonkka- ja polvileikkauksiin. Terapia-alueittain halukkuus hakeutua ulkomaiseen hoitoon liittyi eniten syöpään ja hampaisiin mutta kiinnostus oli varsin korkea myös tavanomaisissa erikois- ja jopa yleislääkäripalveluissa.

Aiempi EU-kysely (kevät 2015) Suomen osalta:
(%-osuus K1/4/5/6=Kyllä-vastaajista, joka valitsi ao. tyyppin)



Tässä uudessa Suomi-kyselyssä (10/2020):
(%-osuus K1/4/5/6=Kyllä-vastaajista, joka valitsi ao. tyyppin)



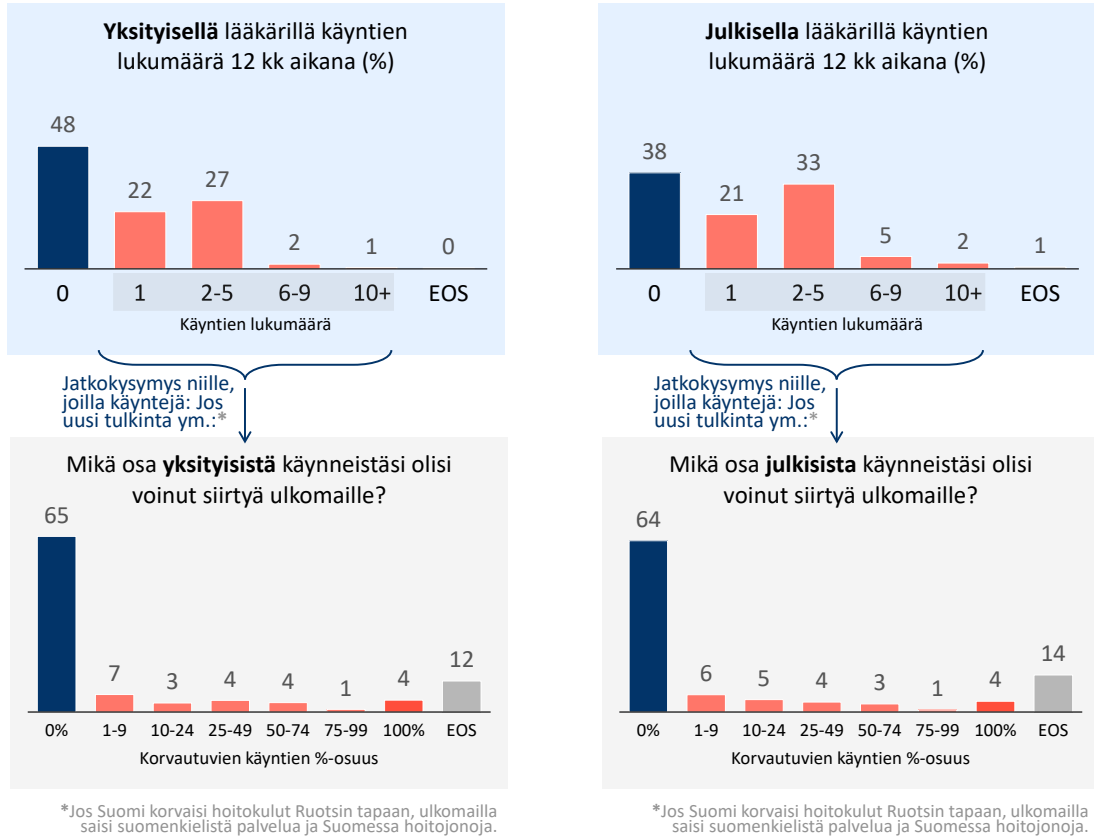
Kuva 7: Ulkomailla käytettävät terveyspalvelut, %-osuus vastaajista, joka mahdollisesti käyttäisi mainittua palvelua.
Lähde: Avancen ja Taloustutkimuksen 1 757 vastaajan potilasdirektiivikysely 15–20.10.2020 (painotettu). Esikuvakyselyihin verrattuna lisätyt kohdat merkitty plusmerkillä (+) ja hieman eri tavalla määritelty kohta tähdellä (*); ks. teksti.

Terveyspalveluiden käyttö

Halukkuus hakeutua hoitoon ulkomailla on yhteydessä varsinaiseen hakeutumiseen toisessa maassa tapahtuvaan hoitoon. Tilanteessa, jossa kotimainen hoito sekä julkisella että yksityisellä puolella (ml. mahdollinen työterveyshoito ja mahdollisen yksityisen hoitokuluvakuutuksen kautta korvattavat käynnit) pääpiirteittäin toimivat, vain osa halukkuudesta kuitenkin realisoituu toiminnaksi.

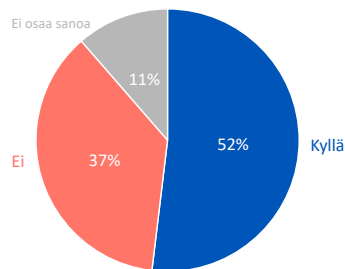
Jotta saisimme jotain tuntumaa mahdollisiin toteutuviin potilassiirtymiin potilasdirektiivin implementoinnin korjaamisen jälkeisessä hypoteettisessa tilanteessa, kysyimme vastaajilta ensin viimeisen 12 kuukauden aikana toteutuneista julkisen ja yksityisen terveydenhoidon käynneistä. Tämän jälkeen kysyimme, mikä osa näistä todellisista käynneistä olisi käytännössä voinut siirtyä ulkomaille edellä kuvatun kohdan 4 mukaisessa hypoteettisessa tilanteessa.

Kuten kuvan 8 yläosasta havaitaan, yleisesti ottaen hoitokäyntejä on vähän tai ei lainkaan. Reilulla puolella vastaajista on ollut vähintään yksi yksityisen sektorin ja reilulla kuudellakymmenellä prosentilla vähintään yksi julkisen sektorin käynti viimeisen 12 kuukauden aikana; vain julkisella on käynyt 32,5 % ja vain yksityisellä 22,5 % vastaajista; molemmilla on käynyt 29,1 % ja ei kummallakaan 15,9 % vastaajista. Kuvan 8 alaosa paljastaa, että edellä kuvatun kohdan 4 mukaisessa tilanteessa (eli komission Suomelta edellyttämä direktiivin implementointi, soveltuvia palveluita tarjolla ja Suomessa hoitojonoa): 23 % sekä yksityisellä että julkisella käynneistä katsoo, että joku osa (eli ei vastannut 0 % tai ”en osaa sanoa”) hänen toteutuneista käynneistään olisi korvautunut ulkomaisella käynnillä, sekä 9 % vastaajista katsoo, että yli puolet hänen toteutuneista yksityisistä lääkärikäynneistään olisi korvautunut ulkomaisilla käynneillä, ja 8 % katsoo, että yli puolet hänen toteutuneista julkisista käynneistä olisi korvautunut ulkomaisilla käynneillä. Potilasdirektiivin korjattu implementointi johtaisi siis kohtalaisen merkittävään siirtymään kotimaisesta julkisesta ulkomaiseen yksityiseen terveydenhoitoon; lähinnä samanlainen siirtymä tapahtuisi toki myös kotimaisista ulkomaisiin yksityisiin terveyspalveluihin.



Kuva 8: Yksityiset ja julkiset lääkärikäynti sekä arvio siitä, mikä osuus näistä olisi saattanut siirtyä ulkomaille. Lähde: Avancen ja Taloustutkimuksen 1 757 vastaajan potilasdirektiivikysely 15–20.10.2020 (painotettu).

Selvitimme tämän kyselyn yhteydessä myös yksityisten ja julkisten lääkärikäyntien välistä korvattavuutta kysymyksellä 10: *Ajattele viimeistä käyntiäsi yksityisellä lääkäriä. Kannaltasi järkevä matka-aika ja muut tekijät huomioiden, olisiko kunnallinen tai muu julkinen terveyskeskus tai sairaala pystynyt tarjoamaan vastaavan palvelun ja korvannut siten kyseisen yksityisen käyntisi?* Kuten kuvasta 9 havaitaan, yksityiset ja julkiset terveyspalvelut ovat varsin hyvin toisiaan korvaavia – 52 % vastaa myöntävästi edellä olevaan kysymykseen (tai 58 % niistä, jotka vastasivat muuta kuin ”en osaa sanoa”).



Kuva 9: Vastaus kysymykseen, olisiko julkinen käynti voinut korvata viimeisen yksityisen käynnin. Lähde: Avancen ja Taloustutkimuksen 1 757 vastaajan potilasdirektiivikysely 15–20.10.2020 (painotettu).

Aiemmin tässä raportissa käsiteltyjen näkökohtien lisäksi kysyimme lisäksi taustatietoina seuraavia. *Vapaaehtoinen hoitovakuutus*: 24 % vastaajista oli (henkilökohtainen) terveydenhoitokuluja kattava vapaaehtoinen vakuutus. *Työterveyshuolto*: 54 % vastaajista oli sellaisen työterveyshuollon tai opiskelijoiden terveydenhuollon piirissä, joka sisältää vähintään yleislääkäritasoiset palvelut.

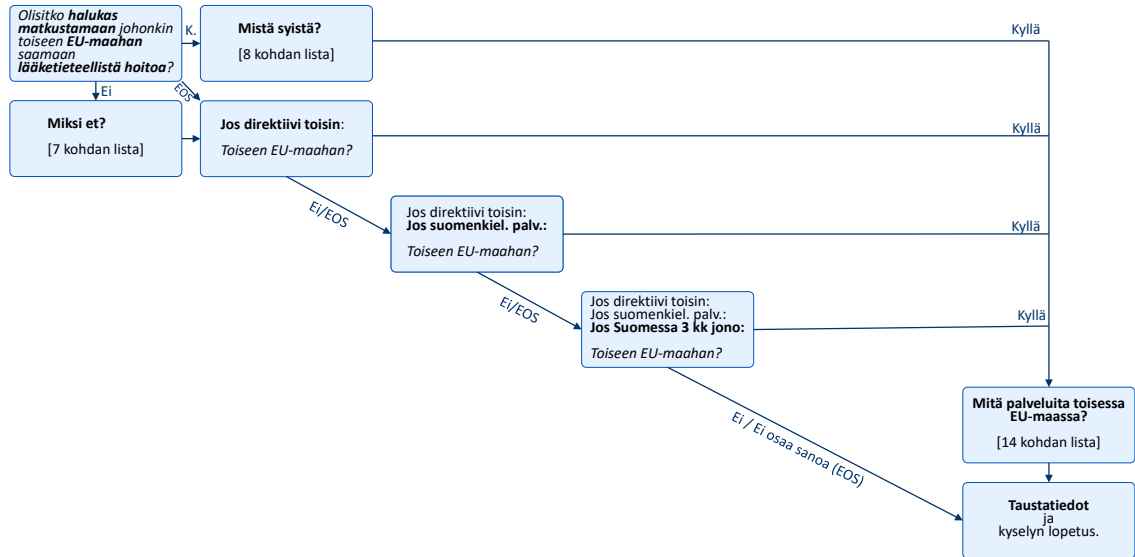
Johtopäätöksiä

Komission rikkomusmenettely koskien potilasdirektiivin kansallista implementointia Suomessa on ollut vireillä jo vuodesta 2015 alkaen. Rikkomusmenettelyn alkuvaiheessa Suomen oli vielä mahdollista argumentoida, että asia korjattaisiin Sipilän hallituksen sote-uudistuksen yhteydessä. Potilaan valinnanvapauden toteutuessa tämä olisikin ollut melko helppoa.

Sen jälkeen, kun Sipilän hallituksen sote-uudistus kaatui, komissio on odottanut Suomelta toimenpiteitä, jotka korjaisivat potilasdirektiivin kansallisen implementoinnin. Osapuolet hakenevat asiassa ensisijaisesti neuvotteluratkaisua. Tarvittaessa komissio on kuitenkin valmis viemään Suomen EU-tuomioistuimeen, jos asia ei muuten etene.

Toteutuessaan Marinin hallituksen esittämä sote-uudistus – yhdessä potilasdirektiivin korjatun implementoinnin kanssa – johtaisi tilanteeseen, jossa ulkomaiset yksityiset terveyspalvelut olisivat suomalaisille potilaille merkittävästi kotimaisia halvempia. Niinpä, jos suomalainen kävisi esimerkiksi Haaparannassa Ruotsin puolella yksityisellä yleislääkärillä, itselle maksettavaksi jäisi korkeintaan pari kymppiä; samasta käynnistä Suomen puolella potilaalle itselleen maksettavaksi jäisi helposti nelinkertainen summa. Jos kotimaista julkista ja yksityistä palvelutuotantoa ei saada joustavasti sopeutettua ulkomaille kohdistuvan kysynnän lisääntyessä, tämä aiheuttaa julkis- ja yksityistaloudellisia ongelmia. Lisäksi tilanne, jossa suomalaisille on – julkisen sektorin korvauskäytännön takia – kannattavampaa käydä ulkomailla saamassa hoitoa, asettaa elinkeinoharjoittajat niiden maantieteellisen sijainnin perusteella eriarvoiseen asemaan tavalla, joka ei todennäköisesti olisi yhteensopiva sisämarkkinoiden toimintaa säätelevän lainsäädännön kanssa.

Liite 1: Kaaviokuva toteutetun kyselyn perusrakenteesta (ks. myös Liite 2, jossa täsmälliset kysymysmuotoilut ym.)



Liite 2: Kyselylomakkeen Taloustutkimus Oy:n järjestelmään ohjelmoitu versio (ks. myös Liite 1, josta selviää kyselyn yleinen rakenne ja kulku vastausten perusteella)

Tämän lyhyen kyselyn tuloksia hyödynnetään **terveyspalveluiden** kehittämisessä EU:n potilasdirektiivin mukaan. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti.

Vuonna 2011 voimaan tullut **EU:n potilasdirektiivi** vahvistaa potilaan edellytyksiä saada hoitoa toisessa jäsenvaltiossa. Potilaalla on oikeus korvaukseen toisessa valtiossa saamastaan hoidosta samoilla perusteilla kuin jos hoito olisi annettu kotimaassa.

Suomi on toistaiseksi tulkinnut potilasdirektiiviä siten, että toisessa maassa annetun hoidon kustannuksista korvataan suomalaiselle potilaalle ainoastaan yksityisen terveydenhuollon **Kela-korvausta vastaava osuus**.

Jos Suomi tulkitseisi direktiiviä kuten esimerkiksi Ruotsi jo nyt tekee, **suomalaiselle potilaalle korvattaisiin toisessa maassa annetun hoidon kustannukset siihen enimmäismäärään asti, joka vastaavan hoidon tuottamisesta olisi aiheutunut Suomen julkisessa terveydenhuollossa**.

Ruotsin mallin mukaisella tulkinnalla suomalaispotilaan saama korvaus olisi tyypillisesti **moninkertainen** nykytilaan verrattuna.

Koronavirusepidemia vaikuttaa tällä hetkellä voimakkaasti liikkumiseen ja terveydenhoitoon. Ajattele vastatessasi tilannetta, joka vallitsi **ennen virusepidemian alkua**. Toisin sanoen pyydämme vastaamaan ajatuksella, että

- tulevaisuudessa valtioiden rajat ylittävä liikkuminen on kaikin puolin samanlaista kuin ennen epidemiaa ja
- fyysiset kohtaamiset esimerkiksi terveydenhoidossa sujuvat kuten ennenkin.

Seuraavassa **lääketieteellinen hoito** voi olla

- **pienempi** toimenpide, kuten yleislääkärillä käynti tai hampaan paikkaus, tai
- **suurempi** toimenpide, kuten lonkka- tai sydänleikkaus taikka vaativa syöpähoito.

Pyydämmekin ajattelemaan kaikkia mahdollisia hoitotyyppejä.

k1| 1. Ajattelen koronan jälkeistä aikaa ja Suomen nykyistä tulkintaa potilasdirektiivistä (eli korvaus ulkomaisesta hoidosta vastaa Kela-korvausta):

Olisitko halukas matkustamaan johonkin toiseen EU-maahan saamaan lääketieteellistä hoitoa?

- m 1 Kyllä
m 2 En
m 3 En osaa sanoa

If = 1, Only ask 'k2'

If = 2, Only ask 'k3'

If = 2, 3, Only ask 'k4'

k2| 2. Mistä seuraavista syistä olisit halukas matkustamaan johonkin toiseen EU-maahan saamaan lääketieteellistä hoitoa?

Valitse kaikki halukkuuttasi lisäävät syyt.

(7 maximum responses)

- q 1 Jos siellä saisi hoitoa, jota **ei Suomessa ole tarjolla**.
q 2 Jos hoito olisi siellä **laadukkaampaa**.
q 3 Jos siellä saisi hoitoa **tunnetulta erikoislääkäriltä**.
q 4 Jos hoitoa saisi siellä **nopeammin**.
q 5 Jos hoitoa saisi siellä **edullisemmin**.
q 6 Jos saisin siellä hoitoa **lähempänä kotiani** sijaitsevalta palveluntarjoajalta.
m 7 En osaa sanoa. (fixed)
q Muu (mikä)

Randomize responses

k3| 3. Mistä seuraavaksi luetelluista syistä et olisi halukas matkustamaan johonkin toiseen EU-maahan saamaan lääketieteellistä hoitoa?

Valitse kaikki matkustushalukkuuttasi vähentävät syyt.

(6 maximum responses)

- q 1 Olen **tyytyväinen** Suomessa saatavaan hoitoon.
q 2 Minulle on **kätevämpää** saada hoitoa asuinpaikkani lähellä.
q 3 Minulla **ei ole riittävästi tietoa** hoidon saatavuudesta ja laadusta ulkomailla.
q 4 Mahdollisten **kieliongelmiä** takia.
q 5 Minulla **ei ole varaa** hoitoon ulkomailla.
m 6 En osaa sanoa. (fixed)
q Muu (mikä)

Randomize responses

k4 | 4. Jos Suomi tulkitisi EU:n potilasdirektiiviä Ruotsin tapaan, toisessa maassa annettu julkinen tai yksityinen hoito korvattaisiin kuten Suomen julkisessa terveydenhuollossa annettu hoito; nykytilanteeseen verrattuna tämä tyypillisesti moninkertaistaisi potilaan saaman korvauksen. Monesti potilaalle ulkomaisesta hoidosta maksettavaksi jäävä summa vastaisi Suomen julkisessa terveydenhuollossa maksamaasi asiakasmaksua.

**Jos Suomi korvaisi hoitokulut Ruotsin tapaan (potilaalle jäisi lähinnä Suomen julkista hoitoa vastaava maksu):
Olisitko halukas matkustamaan johonkin toiseen EU-maahan saamaan lääketieteellistä hoitoa?**

- m 1 Kyllä
- m 2 En
- m 3 En osaa sanoa

If = 2, 3, Only ask 'k5'

k5 | 5. Suomen toteuttaessa potilasdirektiivin Ruotsin tapaan syntyisi suomenkielisiä, laadukkaita ja nopeasti saatavilla olevia terveyspalveluita erityisesti Suomen rajojen tuntumaan tai muuten hyvien kulkuyhteyksien päähän.

**Jos Suomi korvaisi hoitokulut Ruotsin* tapaan ja tarjolla olisi suomenkielisiä erikoistuneita palveluita:
Olisitko halukas matkustamaan johonkin toiseen EU-maahan saamaan lääketieteellistä hoitoa?**

- m 1 Kyllä
- m 2 En
- m 3 En osaa sanoa

If = 2, 3, Only ask 'k6'

*Ruotsin mallissa suomalaiselle potilaalle korvattaisiin toisessa maassa annetun hoidon kustannukset siihen enimmäismäärään asti, joka vastaavan hoidon tuottamisesta olisi aiheutunut Suomen julkisessa terveydenhuollossa.

k6 | 6. Toisinaan hoitoon pääsy kotimaassa viivästyy mutta ulkomailla hoitoon pääsisi heti.

Jos Suomi korvaisi hoitokulut Ruotsin* tapaan, tarjolla olisi suomenkielistä erikoistunutta palvelua ja hoitoon pääsy Suomessa kestäisi yli kolme kuukautta mutta ulkomailla hoitoon pääsisi heti:

Olisitko halukas matkustamaan johonkin toiseen EU-maahan saamaan lääketieteellistä hoitoa?

- m 1 Kyllä
- m 2 En
- m 3 En osaa sanoa

If <> 2, 3, Only ask 'k7'

*Ruotsin mallissa suomalaiselle potilaalle korvattaisiin toisessa maassa annetun hoidon kustannukset siihen enimmäismäärään asti, joka vastaavan hoidon tuottamisesta olisi aiheutunut Suomen julkisessa terveydenhuollossa.

**k7 | 7. Mitä seuraavista terveyspalveluista saattaisit käyttää toisessa EU-maassa?
Valitse kaikki mahdollisesti haluamasi palvelutyytit.**

(13 maximum responses)

- q 1 Diagnostointi.
- q 2 Hammashoito tai suukirurgia.
- q 3 Lonkan tekonivelleikkaus.
- q 4 Munuaiskivien hoito.
- q 5 Polven tekonivelleikkaus.
- q 6 Tyräleikkaus.
- q 7 Sydänleikkaus.
- q 8 Syöpähoito.
- q 9 Kaihileikkaus.
- q 10 Yleislääkärikäynti.
- q 11 Erikoislääkärikäynti (esim. ihotaudit, ortopedia tai gynekologia).
- q 12 Joku muu leikkaus kuin edellä mainitut tyytit. (fixed)
- m 13 En osaa sanoa. (fixed)
- q Muu (mikä)

Randomize responses

k8 | 8. Montako käyntiä yksityisellä lääkärillä sinulla on ollut viimeisen 12 kuukauden aikana?

- m 1 Ei yhtään
- m 2 1 käynti
- m 3 2–5 käyntiä
- m 4 6–9 käyntiä

- m 5 Vähintään 10 käyntiä
- m 6 En osaa sanoa

If = 2, 3, 4, 5, Only ask 'k9'

k9| 9. Jos Suomi korvaisi hoitokulut Ruotsin* tapaan, saisit ulkomailla suomenkielistä palvelua ja Suomessa hoitoon olisi jonoa:

Ajatellen tilannetta ilman koronaa, mikä osa yksityisistä lääkärikäynneistäsi viimeisen 12 kuukauden aikana olisi voinut siirtyä ulkomaille?

- m 1 0 %
- m 2 1–9 %
- m 3 10–24 %
- m 4 25–49 %
- m 5 50–74 %
- m 6 75–99 %
- m 7 100 %
- m 8 En osaa sanoa

*Ruotsin mallissa suomalaiselle potilaalle korvattaisiin toisessa maassa annetun hoidon kustannukset siihen enimmäismäärään asti, joka vastaavan hoidon tuottamisesta olisi aiheutunut Suomen julkisessa terveydenhuollossa.

k10| 10. Ajattele viimeistä käyntiäsi yksityisellä lääkäriellä. Kannattasi järkevä matka-aika ja muut tekijät huomioiden, olisiko kunnallinen tai muu julkinen terveyskeskus tai sairaala pystynyt tarjoamaan vastaavan palvelun ja korvannut siten kyseisen yksityisen käyntisi?

- m 1 Kyllä
- m 2 En
- m 3 En osaa sanoa

k11| 11. Montako käyntiä kunnallisella tai muulla julkisella lääkäriellä sinulla on ollut viimeisen 12 kuukauden aikana?

- m 1 Ei yhtään
- m 2 1 käynti
- m 3 2–5 käyntiä
- m 4 6–9 käyntiä
- m 5 Vähintään 10 käyntiä
- m 6 En osaa sanoa

If = 2, 3, 4, 5, Only ask 'k12'

k12| 12. Jos Suomi korvaisi hoitokulut Ruotsin* tapaan, saisit ulkomailla suomenkielistä palvelua ja Suomessa hoitoon olisi jonoa:

Ajatellen tilannetta ilman koronaa, mikä osa julkisista lääkärikäynneistäsi viimeisen 12 kuukauden aikana olisi voinut siirtyä ulkomaille?

- m 1 0 %
- m 2 1–9 %
- m 3 10–24 %
- m 4 25–49 %
- m 5 50–74 %
- m 6 75–99 %
- m 7 100 %
- m 8 En osaa sanoa

*Ruotsin mallissa suomalaiselle potilaalle korvattaisiin toisessa maassa annetun hoidon kustannukset siihen enimmäismäärään asti, joka vastaavan hoidon tuottamisesta olisi aiheutunut Suomen julkisessa terveydenhuollossa.

k13| 13. Onko sinulla itsellesi terveydenhoitokuluja kattava vapaaehtoinen vakuutus?

- m 1 Kyllä
- m 2 Ei
- m 3 En osaa sanoa

k14| 14. Oletko sellaisen työterveyshuollon tai opiskelijoiden terveydenhuollon piirissä, johon sisältyy vähintään yleislääkäritasoiset palvelut?

- m 1 Kyllä
- m 2 Ei
- m 3 En osaa sanoa