

Hannele Häkkinen, Jean-Tibor IsoMauno
Päivi Koivuranta-Vaara, Tero Tyni

28.3.2014

6/80/2014

Till kommun- och stadsstyrelserna
och samkommunernas styrelser

Valfrihet inom den offentliga hälso- och sjukvården

I början av år 2014 trädde 48 § i hälso- och sjukvårdslagen i kraft. Enligt paragrafen har kommuninvånaren möjlighet att välja sin vårdenhet var som helst i landet. Valfriheten vid icke brådskande vård gäller primärvård och specialiserad sjukvård. Valfriheten är begränsad till den offentliga hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdskostnaderna för de kunder som använder rätten att välja vårdenhet kan debiteras av den kommun eller samkommun som har ansvaret för tillhandahållandet av servicen med stöd av 58 § i hälso- och sjukvårdslagen.

I början av år 2014 trädde lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013) i kraft. Genom lagen genomförs EU:s patientrörlighetsdirektiv. Lagen stärker patientens rättigheter och förutsättningar att få vård i en EU- eller EES-stat eller i Schweiz. Huvudansvaret för tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdstjänster kvarstår hos patientens hemland. När en person söker sig till vård i en annan stat ska den stat som ansvarar för sjukvårdskostnaderna ersätta patienten för vårdkostnaderna enligt sin lagstiftning. För att ersättning ska utbetalas, krävs att vården över huvud taget ingår i den lagstadgade hälso- och sjukvården i Finland.

Närmare upplysningar:

Hannele Häkkinen (valfrihet), tfn 050 375 2164

Jean-Tibor IsoMauno (valfrihet, klientavgifter), tfn 050 407 7397

Päivi Koivuranta-Vaara (valfrihet), tfn 050 538 4647

Tero Tyni (valfrihet, fakturering), tfn 050 364 8163

Källor:

Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010

Lag om gränsöverskridande hälso- och sjukvård 1201/2013

Statsrådets förordning om tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården 63/2014

Statsrådets förordning om delegationen för gränsöverskridande hälso- och sjukvård 64/2014

Statsrådets förordning om administrationen av kostnader för gränsöverskridande hälso- och sjukvård 65/2014

Sjukförsäkringslag 1224/2004

EU:s direktiv om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (det s.k. patientrörlighetsdirektivet 2011/24/EU)

Kommunförbundets cirkulär 30/80/2011: Kommunfakturering enligt 58 § i hälso- och sjukvårdslagen

FPAs handböcker Sjukvård i Finland för personer från andra länder och Statlig ersättning för vårdkostnader - anvisningar för den offentliga hälso- och sjukvården

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om gränsöverskridande hälso- och sjukvård och till vissa lagar som har samband med den RP 103/2013

Vanliga frågor om valfrihet och fakturering inom hälso- och sjukvården-

<http://www.kommunerna.net/sv/sakkunnigtjanster/social-halsovard/Halso-och-sjukvardstjanster/valfrihet/Sidor/default.aspx>

Bilaga

Valfrihet och kvalitetsinformation inom hälso- och sjukvården



Valfrihet inom den offentliga hälso- och sjukvården

Riksomfattande valfrihet enligt hälso- och sjukvårdslagen

I början av år 2014 trädde 48 § i hälso- och sjukvårdslagen i kraft. Paragrafen utvidgar kommuninvånarens möjligheter att välja sin vårdenhet. Valfriheten gäller både primärvård och specialiserad sjukvård och uttryckligen icke brådskande vård. Valfriheten enligt hälso- och sjukvårdslagen är begränsad till den offentliga hälso- och sjukvården.

Valfrihet inom primärvården

En person kan välja vilken som helst hälsostation i hela landet till att ansvara för sin primärvård. En skriftlig anmälan om valet ska lämnas till hälsocentralen eller hälsostationen både i den kommun som har vårdansvaret och den valda kommunen. Också ett elektroniskt meddelande, till exempel e-post, tolkas som en skriftlig anmälan. Anmälan är inte sekretessbelagd, men den ska arkiveras som en del av personens journalhandlingar.

Vårdansvaret övergår till den valda hälsocentralen senast tre veckor efter att anmälan kommit in. Valet kan gälla endast en hälsovårdscentral och hälsostation. Personen kan välja hälsovårdscentral och hälsostation på nytt tidigast ett år efter det föregående valet. Vid val av hälsocentral och hälsostation väljer personen i fråga alla tjänster inom primärvården, bland annat öppen sjukvård, rådgivningsverksamhet, övrig hälsorådgivning, mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och kortvarig vård vid hälsocentralens vårdavdelning. Primärvård tillhandahålls personen på samma sätt som den befolkning som hälsocentralen och hälsostationen ansvarar för.

Rätten att välja gäller inte skol- och studerandehälsovård eller långvarig institutionsvård. Kommunen är inte heller skyldig att ordna hemsjukvård utanför sitt område.

Kunder som långvarigt har placerats i andra kommuner i boendetjänster och andra tjänster kan utnyttja valfriheten enligt hälso- och sjukvårdslagen. På så sätt kan ett förfarande med betalningsförbindelse undvikas.

Valfrihet inom den specialiserade sjukvården

Om en läkare eller tandläkare bedömer att en person behöver specialiserad sjukvård, får personen välja vilken behandlande verksamhetsenhet inom den kommunala specialiserade sjukvården han eller hon vill anlita i vilken kommun som helst i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren. Valet av vårdenhet gäller varje enskild remiss. Om patienten behöver specialiserad sjukvård på nytt kan vårdenheten väljas oberoende av föregående val. I remissen bör nämnas att det handlar om patientens valfrihet. Det vore bra om sjukvårdsdistriktet följer upp utnyttjandet av valfriheten.

Tillfällig vistelse utanför hemkommunen

Kommuninvånare har sedan 1.5.2011 haft möjlighet att få icke brådskande vård enligt vårdplanen under en tillfällig vistelse utanför hemkommunen utan att den vårdansvariga hälsocentralen ändras. Orsaken till vistelsen kan vara t.ex. arbete, studier, fritid eller att någon anhörig eller annan närstående bor där.

När det gäller primärvården ska personen ha gjort en anmälan om sitt val till hälsocentralen i både hemkommunen och den valda kommunen. Vården kan inledas senast tre veckor efter att anmälan mottagits.

Personen kan också få specialiserad sjukvård enligt vårdplanen på sin tillfälliga vistelseort utan att vårdansvaret ändras. Vårdenheten ska väljas i samförstånd med den remitterande läkaren eller tandläkaren.

Val av vårdgivare

Patienten kan från 1.5.2011 också för behandling välja läkare eller annan legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, till exempel sjukskötare eller hälsovårdare, inom gränserna för vad en ändamålsenlig verksamhet vid vårdenheten tillåter.

Fortsatt vård av en patient ska genomföras så att patienten hänvisas till vård av den läkare eller tandläkare som tidigare har behandlat honom eller henne alltid när det är möjligt med avseende på ett ändamålsenligt ordnande av vården.

Information till medborgarna

När valmöjligheterna utvidgas behöver medborgarna information om vad valfriheten innebär och hur den fungerar i praktiken. De bör också erbjudas information om servicens kvalitet och tillgänglighet i begriplig form. Som bilaga till detta cirkulär följer en rekommendation av en sakkunniggrupp om den information som erbjuds medborgarna om hälso- och sjukvårdstjänsternas kvalitet.

Tjänsteutbudsrådet

I samband med social- och hälsovårdsministeriet verkar tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården vars uppgift är att följa och utvärdera tjänsteutbudet inom hälsovården och ge rekommendationer om vilka åtgärder, undersökningar och vård- och rehabiliteringsmetoder som ska hör till eller uteslutas ur tjänsteutbudet. I sina rekommendationer ska rådet beakta forskningsrön och annan evidens från olika områden samt etiska frågor inom hälso- och sjukvården och frågor som gäller ordnandet av hälso- och sjukvården.

Till tjänsteutbudet hör ändå inte sådan åtgärd, undersökning, vård eller rehabilitering inom hälsovården som innebär en orimligt stor risk för patientens liv eller hälsa med tanke på de hälsofördelar som kan uppnås eller vars effekt är liten och vars kostnader är orimliga i förhållande till de hälsofördelar som kan uppnås och det terapeutiska värdet.

Ersättning för resekostnader

Patienten kan få ersättning av FPA för resan till sjukhuset eller hälsocentralen. Om patienten på basis av valfriheten har valt sin vård inom primärvården längre bort än vid närmaste möjliga vårdenhet, ersätts resan högst enligt de kostnader som skulle uppkomma för en resa till huvudhälsocentralen i den egna kommunen eller samkommunen. Huvudhälsocentralen är en hälsocentral som tillhandahåller de mest omfattande hälso- och sjukvårdstjänsterna i kommunen eller samkommunen.

Om patienten har valt en vårdenhet inom den specialiserade sjukvården längre bort än vid närmaste möjliga sjukhus, ersätts resan högst enligt de kostnader som skulle uppkomma för en resa till närmaste universitetssjukhus.

Specialiserad sjukvård i samband med primärvård

Vid ikraftträdandet av hälso- och sjukvårdslagen tolkades det att den specialiserade sjukvård som tillhandahålls i samband med primärvården omfattas av valfriheten inom den specialiserade sjukvården. Patienten kan ändå inte välja nivåstrukturering av vården. (THL, Valfrihet och tillgång till service (på finska)

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketti/terveydenhuolto/valinnanvapaus)

Efter att valfriheten utvidgats har social- och hälsovårdsministeriet ännu inte gett några klara riktlinjer i frågan. Därför är det rekommendabelt att be om en betalningsförbindelse, med andra ord säkerställa hemkommunens ståndpunkt. Tolkningsproblemen gäller sådana hälso- och sjukvårdstjänster som kommunerna köper av privata producenter och vilkas pris och kvalitet kan avvika från pris- och kvalitetsnivån inom den offentliga hälso- och sjukvården. Enligt Kommunförbundets uppfattning bör den specialiserade sjukvård som kommunen själv producerar fortsättningsvis omfattas av valfriheten.

Faktureringsanvisning för primärvården

I Kommunförbundets cirkulär (30/80/2011) presenteras ett ersättningsförfarande mellan kommunerna och samkommunerna.

Enligt 58 § i hälso- och sjukvårdslagen ansvarar patientens hemkommun för sina invånares hälso- och sjukvårdskostnader. Ersättningen ska basera sig på produktifieringen eller det produktpris som ligger till grund när enheten inom hälso- och sjukvården följer upp sin verksamhet. Från ersättningen avdras de klientavgifter som patienten har betalat och övriga verksamhetsintäkter som serviceproducenten har fått i samband med vården. I praktiken innebär

detta att det är hemkommunen som faktureras för primärvård såsom tidigare var fallet vid brådskande vård, dvs. faktureringen sker per besök eller vårdepisod.

När valfriheten utvidgas omfattar faktureringen allt fler icke brådskande hälso- och sjukvårdstjänster, vilkas produktspecifika kostnader bör utredas.

Faktureringsanvisning för den specialiserade sjukvården

I Kommunförbundets cirkulär (30/80/2011) presenteras ett ersättningsförfarande mellan kommunerna och samkommunerna.

Kommunförbundets anvisning och även social- och hälsovårdsministeriets ståndpunkt är att sjukvårdsdistriktet fakturerar det vårdansvariga sjukvårdsdistriktet för patientens vård. Faktureringspriset bör vara detsamma som sjukvårdsdistriktet debiterar av sina medlemskommuner, bortsett från utjämningsförfarandet för dyr vård, som görs i "hemsjukvårdsdistriktet".

Tack vare att fakturan skickas direkt till sjukvårdsdistriktet riktas kostnaderna direkt till utjämningsystemet för dyr vård i hemsjukvårdsdistriktet. Detta erbjuder sjukvårdsdistriktet också en möjlighet att följa användningen av valfriheten. Om en kommun får en faktura som orsakats av tillhandahållande av specialiserad sjukvård som hör till sjukvårdsdistriktets ansvar kan kommunen begära att fakturan skickas till sjukvårdsdistriktet eller vidarebefordra fakturan till distriktet.

Gränsöverskridande hälso- och sjukvård

Lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013) trädde i kraft 1.1.2014. Genom den genomfördes Europeiska unionens patientrörlighetsdirektiv (2011/24/EU). Utgångspunkten för direktivet är att personen fritt ska få anlita hälso- och sjukvårdstjänster i en annan EU-stat. I lagen regleras också andra frågor som gäller gränsöverskridande hälso- och sjukvård, till exempel olika aktörers ansvar och skyldigheter.

Om en person som är försäkrad i en annan EU-stat söker vård hos den offentliga hälso- och sjukvården i Finland, ska kommunen enligt lagen utan att diskriminera personen ordna dessa tjänster för honom eller henne på samma grunder som för den som bor i Finland.

Lagen förpliktar också den privata hälso- och sjukvården att ordna tjänster för en person som är försäkrad i en annan EU-stat utan att diskriminera personen och på samma grunder som för en person bosatt i Finland.

Kommuner har dessutom alltid skyldighet att ordna brådskande vård till var och en, oberoende av var personen i fråga är bosatt.

Att söka vård i en annan EU-stat när man kommer från Finland

En person har rätt att söka vård i en annan EU-stat och få ersättning enligt sjukförsäkringslagen för vårdkostnaderna¹.

När en person insjuknar akut under en tillfällig vistelse i en EU- eller EES-stat eller Schweiz bör han eller hon få nödvändig vård till samma pris som de personer som är fast bosatta i vistelseslandet genom att visa ett europeiskt sjukvårdskort i de hälso- och sjukvårdsenheter som omfattas av sjukförsäkringsavtalet. Om personen krävs på högre kostnader kan han eller hon i efterhand söka ersättning för kostnaderna, om vården hör till serviceutbudet inom hälso- och sjukvården i Finland.

Att söka vård i Finland när man kommer från en annan EU-stat

Offentliga hälso- och sjukvårdstjänster kan anlitas av personer vilkas sjukvårdskostnader ligger på en annan EU-stats ansvar, dvs. personer som är sjukförsäkrade i en annan EU-stat. Den som söker vård ska garanteras tillgång till vård inom den offentliga hälso- och sjukvården enligt samma förutsättningar som kommuninvånarna. Vård tillhandahålls i enlighet med finländsk lagstiftning och vårdpraxis.

¹ 2–5 kap. i sjukförsäkringslagen.

Begränsningar i mottagning för vård

En kommun eller en samkommun som ansvarar för att hälso- och sjukvårdstjänster ordnas kan under en viss tid begränsa mottagningen hos en viss verksamhetsenhet inom den offentliga hälso- och sjukvården av personer som är försäkrade i en annan EU-stat och som söker vård i Finland, om begränsningen är nödvändig för att trygga hälso- och sjukvårdstjänster för kommunens invånare.

Begränsningen kan gälla högst tolv månader åt gången och ska gälla endast den del av verksamheten vid verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården för vilken det finns en grund för begränsning. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, regionförvaltningsverket och den kontaktpunkt för gränsöverskridande hälso- och sjukvård inom FPA som avses i 24 § i lagen om gränsöverskridande vård ska utan dröjsmål underrättas om att en begränsning införs.

Att söka vård i Finland när man kommer från ett land utanför EU

En person från ett land utanför EU har inte rätt till offentlig hälso- och sjukvård om

- det inte är fråga om brådskande vård
- det inte är fråga om medicinskt nödvändig vård, om personen är försäkrad i ett EES-land eller Schweiz
- det på personen inte tillämpas annan EU-lagstiftning, annat internationellt socialskyddsavtal eller annat internationellt avtal där det bestäms om personens rätt att anlita offentlig hälso- och sjukvård i Finland.

Avgifter som tas ut för den offentliga hälso- och sjukvårdens tjänster

En person som är sjukförsäkrad i en annan EU-stat och som söker icke brådskande vård inom den offentliga hälso- och sjukvården i Finland kan debiteras en avgift som högst motsvarar kostnaderna för produktionen av tjänsten (1–3 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården, 734/1992). Avgiften kan tas ut av personen på förhand innan tjänsten produceras.

En person som är sjukförsäkrad i ett EU- eller EES-land eller i Schweiz har rätt att få medicinskt nödvändig vård för klientavgiften i kommunen i fråga, om personen visar upp ett intyg om rätt att få vårdförmåner². I allmänhet är det fråga om det europeiska sjukvårdskortet (läs mer i FPA:s handbok Sjukvård i Finland för personer från andra länder).

Den riksomfattande kontaktpunkten för gränsöverskridande hälso- och sjukvård inom FPA

Inom FPA har 1.1.2014 öppnats en riksomfattande kontaktpunkt för gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Kontaktpunkten erbjuder information om att söka vård i utlandet när man kommer från Finland och tvärtom. (<http://www.kela.fi/web/sv/kontaktpunkt>)

Resekostnader vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård

Patientens resekostnader utomlands ersätts högst som i hemlandet, dvs. från personens fasta bostadsort till den närmaste vårdplatsen för offentlig hälso- och sjukvård där motsvarande vård erbjuds. Inom primärvården betyder detta den närmaste hälsocentralen och inom den specialiserade sjukvården det närmaste universitetssjukhuset.

FINLANDS KOMMUNFÖRBUND



Tuula Haatainen
vice verkställande direktör



Tarja Myllärinen
direktör, social- och hälsovård

² EU-förordningar om samordningen av socialskyddssystemen (883/2004 och 987/2009).