

Taustamuistio: sairausvakuutuksen sairaanhoidon korvaukset

Muistion tarkoitus

Muistion tarkoitus on kuvata sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksia, joista säädetään sairausvakuutuslain (1224/2004, SVL) 3 luvussa. Muistio on taustamateriaalia sosiaali- ja terveysministeriön asettaman monikanavahoituksen purkamisen valmistelun hoito- ja tutkimuskorvausten valmisteluryhmän virkamiesselvitykseen.

Yksityisen hoidon korvausten kuvaus

Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausten tavoite on täydentää julkista terveydenhuoltoa ja pienentää asiakkaan kustannuksia, jotka aiheutuvat yksityisten terveydenhuoltopalvelujen käyttämisestä.

Sairaanhoitona korvataan lääkärin suorittama tutkimus mahdollisen sairauden toteamiseksi ja hoidon määrittelemiseksi sekä lääkärin antama hoito. Lisäksi korvataan sairausvakuutuslain mukaisen etuuden hakemista varten tarvittavan lääkärintodistuksen tai -lausunnon hankkimisesta aiheutuneet kustannukset.

Sairaanhoitona korvataan hammaslääkärin suorittama suun ja hampaiden hoito, suun ja hampaiden tutkimus kerran joka toinen kalenterivuosi tai vakuutetun terveydentilan edellyttämän tarpeen perusteella kerran kalenterivuodessa sekä oikomishoito silloin, kun kysymyksessä on muun sairauden kuin hammassairauden parantamiseksi välttämätön hoito. Korvausta ei makseta hammasproteettisista toimenpiteistä eikä hammasteknisistä kustannuksista.

Lääkärin ja hammaslääkärin määräämä tutkimus- ja hoitotoimenpide korvataan, kun tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut sairausvakuutuslaissa tarkoitettu muu terveydenhuollon ammattihenkilö (sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kätilö, fysioterapeutti, laboratoriohoitaja, erikoishammasteknikko, psykologi ja suuhygienisti) tai kun toimenpide on tehty yksityisen terveydenhuollon toimintayksikössä. Psykologin tutkimus korvataan, kun kysymyksessä on lääkärin määräämä vakuutetun muuhun tutkimukseen tai hoitoon liittyvä tutkimus. Psykoterapiaa korvataan vain lääkärin antamana.

Lääkärin määräämänä fysioterapiana korvataan terapeuttinen käsittely sekä lääkärin määräämä muu fysikaalinen hoito edellyttäen, että hoidon on antanut fysioterapeutti tai että hoito on annettu fysioterapiapalveluja tuottavassa yksityisen terveydenhuollon toimintayksikössä. Lisäksi korvataan fysioterapiasta ja ihosairauden valohoidosta aiheutuneita kustannuksia, jotka vakuutettu on maksanut yksityiselle palveluntuottajalle, jos terveyskeskuslääkäri tai sairaalalääkäri on ohjannut vakuutetun hakeutumaan hoitoon yksityiselle palveluntuottajalle ja on kirjoittanut tälle lähetteen.

Lääkäriin ja hammaslääkäriin suorittaman tutkimuksen ja antaman hoidon sekä lääkärin tai hammaslääkäriin samalla kerralla määräämisen tutkimuksen ja hoidon kustannuksista korvataan enintään vahvistetun korvaustaksan määrä. Kela päivittää korvaustaksat vuosittain ja julkaisee taksaluettelon. Samassa yhteydessä päivitetään mahdolliset toimenpiteiden voimassaoloajat ja nimenmuutokset.

Rintamaveteraanien ja miinanraivaajien hammashoidon korvaamisesta säädetään rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta annetussa laissa (678/1992). Lain perusteella korvausta maksetaan rintamaveteraaneille, joilla on rintamasotilastunnus, rintamapalvelustunnus, rintamatunnus tai veteraanitunnus, sekä miinanraivaajille, joilla on Sota-arkiston todistus. Suun ja hampaiden tutkimus voidaan korvata useamman kerran kalenterivuoden aikana. Lisäksi korvausta voi saada pidempikestoisesta tutkimuksesta. Suun ja hampaiden tutkimus ja ehkäisevä hoito korvataan korkeammilla korvaustaksoilla kuin muille vakuutetuille. Rintamaveteraanit ja miinanraivaajat saavat korvausta muun hammashoidon lisäksi protetiikan kliinisen ja teknisen työn toimenpiteistä sekä erikoishammasteknikon antamasta kokoproteesihoidosta, kun hammaslääkäri on tehnyt tutkimuksen ja antanut hoitomääräyksen.

Lääkäripalkkioiden ja hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvaustaksojen perusteista ja enimmäismääristä sekä perusteista lääkärin- ja hammaslääkäripalkkioiden yleis- ja erikoistaksoille säädetään valtioneuvoston asetuksessa (1336/2004). Korvaustaksojen perusteiden ja enimmäismäärien perusteella Kansaneläkelaitos vahvistaa luettelon korvattavista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä sekä niiden korvaustaksoista. Korvaustaksojen perusteet ja vahvistettavat korvaustaksat perustuvat tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatuun, sen vaatimaan työhön ja aiheuttamaan kustannukseen, korvattavan palvelun hoidolliseen arvoon ja korvauksiin käytettävissä oleviin varoihin.

Sairausvakuutuslain mukaisten hoito- ja tutkimuskorvausten tarkoituksena on ollut lisätä vakuutettujen taloudellisia mahdollisuuksia käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluja ja siten tukea vapautta valita terveyspalvelujen tuottaja. Korvausten tehtävänä ei ole ollut luoda vakuutetuille oikeuksia suomalaisen julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa laajempaan palveluvalikoimaan, vaan korvata tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksia. Hoito- ja tutkimuskorvausten tarkoituksena on toimia julkisen terveydenhuollon palveluja täydentävänä järjestelmänä. Vakuutetulla on mahdollisuus valita sekä palveluntuottaja että lääkäri, hammaslääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Korvausjärjestelmän kautta julkisia varoja on kohdennettu tarpeelliseksi katsottuun tutkimukseen ja hoitoon. Samalla sairaudesta aiheutuvia kustannuksia on tasattu valtakunnallisesti vakuutettujen kesken. Korvaustaksajärjestelmällä on osaltaan tavoiteltu sitä, että asiakkaat saavat lääketieteellisesti perusteltua tutkimusta ja hoitoa ja että järjestelmän rahoittajat saavat tietoa rahoituksen kohdentumisesta.

Suorakorvausmenettely palvelun yhteydessä ja lähes reaaliaikainen tietojen välitys palveluntuottajilta Kansaneläkelaitokseen on mahdollistanut ajantasaisen tietopohjan kaikista toimenpiteistä ja palveluista, joita yksityiset palveluntuottajat ovat tuottaneet ja joita Kansaneläkelaitos on korvannut.

Kela auditoi yksityisiä palveluntuottajia, jotka ovat sairaanhoitokorvauksen suorakorvausmenettelyn piirissä. Suorakorvaussopimuksia on 7 000 kappaletta Kelan ja palveluntuottajien välillä. Vuosina 2014 - 2020 on auditoitu yhteensä 151 palveluntuottajaa ja niistä noin 16 000 riskikohdennettua taksakoodia. Näistä

keskimäärin noin 75 prosentissa on havaittu poikkeama. Nämä ovat olleet lähinnä potilasasiakirjamerkin-
töjen puutteita: merkinnät ovat puuttuneet kokonaan tai niistä ei ole voitu todentaa, vastasiko toimenpide
tai vastaanottokäynti tilitettyä korvausta. Esimerkiksi viime vuonna auditoinnilla havaittiin poikkeamia jo-
kaisella palveluntuottajalla, lukuun ottamatta yhtä palveluntuottajaa. Yhteen suorakorvaustapahtumaan
saattoi liittyä useampi poikkeama ja poikkeamien jakauma oli vuonna 2020 seuraava: 77 prosenttia poik-
keamista oli merkittäviä, 3 prosenttia lieviä ja 20 prosenttia kehittämisehdotuksia.

Sanktiokeinona Kela voi purkaa suorakorvaussopimuksen, mutta toistaiseksi suorakorvaussopimuksia ei
ole purettu auditointitoiminnan pohjalta. Muita mahdollisia sanktioita ovat pidättäytyminen maksukerta-
palkkioista ja sakko sekä etuuskäsittelyssä tehdään takaisinperintää maksetuista korvauksista, jos korvaa-
misen edellytykset eivät ole täyttyneet.

Sairaanhoitovakuutuksen rahoitus ja tilastotietoja korvauksista

Vuonna 2019 korvauksia maksettiin yhteensä 142,6 miljoonaa euroa. Lääkäripalkkioiden korvauksia mak-
settiin 54,8 miljoonaa euroa. Hammashoidon korvauksia maksettiin 48,3 miljoonaa euroa, josta hammas-
lääkäripalkkioiden korvauksia 43,6 miljoonaa euroa ja suuhygienistinpalkkioiden korvauksia 4,7 miljo-
onaa euroa. Tutkimuksen ja hoidon korvauksia maksettiin 39,5 miljoonaa euroa.

Vuonna 2019 lääkäripalkkioiden korvausten saajia oli 1 507 000 ja korvattuja käyntejä 3,33 miljoonaa.
Hammashoidon korvausten saajia oli 996 000 ja korvattuja käyntejä 2,3 miljoonaa. Tutkimuksen ja hoidon
korvausten saajia oli 1 152 000 ja korvattuja käyntejä 3,0 miljoonaa.

Vuonna 2019 lääkäripalkkioiden korvausprosentti oli 14,9 prosenttia (16,40 euroa). Hammashoidon kor-
vausprosentti oli 14,0 prosenttia (20,97 euroa), josta hammaslääkäripalkkioiden 14,1 prosenttia ja suuhy-
gienistinpalkkioiden 12,9 prosenttia. Tutkimuksen ja hoidon korvausprosentti oli 13,1 prosenttia (13,08 eu-
roa). Yksityisen terveydenhuollon asiakkailta peritään myös toimisto-/palvelumaksu (10–25 euroa) sekä
Kanta-maksu (noin 2 euroa).

Tilastotietoa yksityisen terveydenhuollon osalta kertyy laaja-alaisesti sairausvakuutuksesta korvattavan toi-
minnan osalta. Tietoa kertyy myös muun yksityisen toiminnan osalta. Hoitoilmoitusrekisteriin (Hilmo) ker-
tyy yksityisten palveluntuottajien vuodeosastohoitoa ja päiväkirurgiaa koskevia tietoja. Yksityisen tervey-
denhuollon avohoidon tiedonkeruu Avohilmo-rekisteriin on käynnistymässä.

Sairaanhoitokorvauksiin kohdennetut säästövelvoitteet

Vuoden 2016 alusta alkaen sairaanhoitokorvausmenoja leikattiin säästösyistä yhteensä 78 miljoonaa eu-
roa. Kela toteutti säästöt leikkaamalla lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista ja tutkimuksesta ja hoidosta
maksettavia korvauksia.

Vuosien 2021–2024 julkisen talouden suunnitelman yhteydessä hallitus linjasi, että yksityisen sairaanhoi-
don korvauksia leikataan siten, että valtion osuuden säästö on 22,65 miljoonaa euroa vuonna 2023. Lisäksi
linjattiin, että korvauksen poisto ei saa koskea suun terveyttä ja mielenterveyttä. Kun valtio rahoittaa sai-
raanhoitokorvauksista vain 67 prosenttia, säästön tulee olla suurempi, jotta valtion menoja säästyisi riittävä

määrä. Lisäksi julkisen talouden suunnitelman yhteydessä arvioitiin alustavasti, että sairaanhoitokorvausten alentamisesta aiheutuva asiakassiirtymä julkiselle sektorille olisi noin 10 miljoonaa euroa ja potilasdirektiivin korvausmallin muutoksesta valtiolle nettolisäystä noin 10 miljoonaa euroa. Näiden muutosten huomioiminen kasvattaa yksityisen hoidon korvauksien säästösummaa noin 64 miljoonaan euroon.

Yksityisen sairaanhoidon korvauksia maksettaisiin vuonna 2023 arviolta 147,9 miljoonaa euroa ilman yllä mainittuja säästövelvoitteita. Tästä lääkärinpalkkioiden korvausten osuus olisi arviota 56,4 miljoonaa euroa, hammaslääkärinpalkkioiden ja suuhygienistien korvausten osuus arviolta 50,7 miljoonaa euroa sekä tutkimuksen ja hoidon korvausten osuus 40,8 miljoonaa euroa.

Hoito- ja tutkimuskorvausten korvaustaksat ovat euromääräisiä, eikä niitä ole sidottu hinta- ja kustannuskehitystä kuvaavaan indeksiin. Julkisen talouden tasapainottamiseksi hoito- ja tutkimuskorvauksiin on viime vuosina kohdennettu useita säästötoimenpiteitä. Tämän seurauksena korvaustaso on nykyisin niin matala (13 - 15 prosenttia), että korvaukset eivät enää tosiasiallisesti lisää mahdollisuuksia palveluntuottajan valintaan.

Aiemmissä selvityksissä on arvioitu ehdotusta lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioiden, tutkimuksen ja hoidon korvausten poistamisesta terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen purkamiseksi. Korvausten poistamisen on arvioitu todennäköisesti jossain määrin lisäävän julkisen terveydenhuollon palvelujen kysyntää, mikä puolestaan lisäisi julkisen terveydenhuollon menoja. On kuitenkin pidetty epätodennäköisenä, että hoito- ja tutkimuskorvauksilla tuettu yksityisen terveydenhuollon kysyntä siirtyisi sellaisenaan julkisen terveydenhuollon kysynnäksi.

Selvityksissä on todettu, että kansainvälisten tutkimusten mukaan terveystalouksissa hintajousto on pientä eli terveystalouksien hinta vaikuttaa vain vähän terveystalouksien käyttöön. Hintajousto kuitenkin vaihtelee palvelutyyppien mukaan. Hoito- ja tutkimuskorvausten korvaustason alenemisen vaikutusta yksityisten sairaanhoitopalvelujen käyttöön ja korvauksiin on tutkittu vuoden 2016 alusta toteutettujen korvaustason alentamisen jälkeen. Blomgrenin, Maljasen ja Virran (2017) rekisteri- ja tilastotietojen perusteella tehdyn tutkimuksen mukaan lähes kaikkien tarkasteltujen yksityisten terveystalouksien käyttö vähentyi suhteellisesti sitä enemmän, mitä pienituloisemmasta ryhmästä oli kyse. Pienituloisimmillakaan palveluiden käytön väheneminen ei kuitenkaan ollut kovin suurta. Muutosten seurauksena tuloryhmien väliset erot yksityissektorin palvelujen käytössä kuitenkin suurenevät entisestään.¹ Hoito- ja tutkimuskorvausten lakkauttaminen saattaisi siten jossain määrin lisätä sosioekonomisia eroja yksityisten terveystalouksien käytössä, koska ilman lakisääteisen sairausvakuutuksen kompensatiota pienituloisten henkilöiden taloudelliset mahdollisuudet täydentää saatavilla olevia julkisen terveydenhuollon palveluja yksityisen terveydenhuollon palveluilla voisivat heikentyä. Nykyisen korvaustason mataluudesta johtuen tämä vaikutus olisi kuitenkin vähäinen.

¹ [Blomgren Jenni, Maljanen Timo, Virta Lauri \(2017\) Yksityisten sairaanhoitopalveluiden käyttö, kustannukset ja Kela-korvaukset vuosina 2013–2016. Kuinka paljon Kela-korvausten alentamiset ovat vaikuttaneet palveluiden käyttöön? Työpapereita 121/ 2017. Kelan tutkimus, s. 4.](#)

Yksityiset sairauskuluvakuutukset

Hoito- ja tutkimuskorvausten poistamisen on aiemmissa selvityksissä arvioitu todennäköisesti jossain määrin lisäävän myös yksityisten sairauskuluvakuutusten käyttöä mikä puolestaan saattaisi lisätä terveyspalvelujen saatavuuden eriarvoisuutta. Yksityisissä vakuutuksissa vakuutusmaksut ja vakuutusehdot määräytyvät vakuutettavan riskin mukaan. Lakisääteisessä sairausvakuutuksessa vakuutusmaksut määräytyvät tulojen mukaan ja kaikilla vakuutetuilla on maksuista riippumatta yhtäläinen oikeus lakisääteisiin korvauksiin ja etuuksiin. Yksityiset vakuutukset voisivat mahdollisesti lisääntyä erityisesti työsuhde-etuina, jolloin eriarvoisuus työssä olevien ja työelämän ulkopuolella olevien henkilöiden välillä kasvaisi. Yksityisten sairauskuluvakuutusten kysyntään vaikuttavat kuitenkin ensisijaisesti väestön taloudelliset mahdollisuudet vakuutusten hankintaan sekä julkisen terveydenhuollon palvelujen saatavuus. Koska sairausvakuutuslain mukaisten hoito- ja tutkimuskorvausten nykyinen korvaustaso on matala, korvausten säilyttäminen ei siten juurikaan hillitsisi yksityisten vakuutusten kasvavaa kysyntää.

Covid-19-epidemian johdosta sairausvakuutuslakiin tehdyt väliaikaisesti voimassa olevat muutokset

Sairausvakuutuslain 3 lukuun hoito- ja tutkimuskorvauksista lisättiin 1.1.2021—31.12.2021 voimassa oleva 7 a pykälä covid-19-tartunnan toteamiseksi tehtävän tutkimuksen korvaustaksasta. Lakiin lisättiin covid-19-tartunnan toteamiseksi tehtävän tutkimuksen korvaamista koskevat säännökset, joiden mukaan taksanvahvistamismenettely poikkeaisi normaalista tutkimusten taksanvahvistamismenettelystä. Lakiin lisättiin asetuksenantovaltuutus valtioneuvoston asetuksen antamiselle. Valtioneuvoston asetuksella covid-19-tartunnan toteamiseksi tehtävän tutkimuksen korvaustaksasta (voimassa 1.1.2021—31.12.2021) 22.12.2020/1175 säädetään koronavirustutkimuksen korvaustaksasta siten, että sen määrä on Kansaneläkelaitoksen taksanvahvistamismenettelyllä vahvistamaa koronavirustutkimuksen korvaustaksaa suurempi. Kansaneläkelaitos voi maksaa covid-19-tartunnan toteamiseksi tehtävän tutkimuksen korvauksen tutkimuksen tehneelle palveluntuottajalle myös silloin, kun tutkimuksen omavastuuosuuden olisi maksanut vakuutetun sijasta hänen työnantajansa.

Sairausvakuutuslakiin on tehty myös muutos koskien covid-19-rokotuksen rokotustoimenpiteen korvattavuuden ja korvaustaksan lisäämiseksi väliaikaisesti voimassa olevaksi säännökseksi sairausvakuutuslakiin. Sairausvakuutuslain 2 luvun 8 pykälä covid-19-taudilta suojaamiseksi annetun rokotteen rokottamistoimenpiteen korvaustaksasta on väliaikaisesti voimassa 27.3.2021—31.12.2021.

Julkisissa tiloissa annettavan yksityisen hoidon korvattavuus

Sairausvakuutuslain 2 luvun 3 pykälän on lailla 1319/2018 väliaikaisesti muutetussa muodossa voimassa 1.1.2019—31.12.2022. Pykälän 3 momentin mukaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tiloissa järjestetyn yksityisen terveydenhuollon palveluiden kustannusten korvaamisen edellytyksenä on, että tilojen vuokranantaja on ilmoittanut Kansaneläkelaitokselle vuokraussopimuksen tehneen palvelun antajan yksi-

löintitiedot sekä toimipaikkaa ja vuokrasopimuksen kestoja koskevat tiedot. Tilojen vuokranantajan on huolehdittava siitä, että tilojen vuokraaminen ei vaaranna kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteistä toimintaa.

Väliaikainen lainmuutos perustuu alun perin pääministeri Matti Vanhasen hallituksen hallitusohjelmakirjaukseen, jonka mukaan julkisten tilojen käyttöä tehostetaan tämän vaikuttamatta asiakkaan saamaan sairaanhoitokorvaukseen. Väliaikaisen lainmuutoksen tavoitteena oli mahdollistaa sairausvakuutuslain mukaisten korvausten maksaminen yksityisen sairaanhoidon kustannuksista riippumatta siitä, missä hoito on annettu. Uudistuksen arvioitiin tehostavan tilojen käyttöä ja tarjoavan yksityisille terveydenhuoltopalvelujen antajille toimintamahdollisuuksia myös niillä paikkakunnilla, joissa yksityisiä, terveydenhuollon käyttöön soveltuvia tiloja on heikosti saatavilla. Samalla uudistuksen arvioitiin lisäävän palveluiden saatavuutta ja potilaan valinnanmahdollisuuksia. Toisaalta uudistuksen vaikutusten terveydenhuollon palveluiden tarjontaan arvioitiin olevan ainakin alkuvaiheessa vähäinen. Samalla kannettiin huolta uudistuksen vaikutuksista julkisen ja yksityisen terveydenhuollon väliseen rajanvetoon.

Väliaikaisen lainmuutoksen mukaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tiloissa järjestetyn yksityisen terveydenhuollon palvelujen kustannusten korvaaminen edellyttää, että tilojen vuokranantaja on ilmoittanut Kansaneläkelaitokselle vuokraussopimuksen tehneen palvelujen tuottajan yksilöintitiedot sekä toimipaikkaa ja vuokrasopimuksen kestoja koskevat tiedot. Tilojen vuokranantajan on huolehdittava siitä, että tilojen vuokraaminen ei vaaranna kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteistä toimintaa. Jos yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajana on osakeyhtiö, jonka enemmistöomistajana on yksi tai useampi kunta tai kuntayhtymä, kustannusten korvaaminen edellyttää lisäksi sitä, että muun kuin kunnan tai kuntayhtymän omistusosuus on yhteensä vähintään 25 prosenttia yhtiön osakepääomasta. Muun kuin kunnan tai kuntayhtymän omistusosuutta ei kuitenkaan edellytetä tilanteissa, joissa toiminta on yhtiöitetty kuntalaissa säädetyn yhtiöittämisvelvollisuuden täyttämiseksi.

Julkisissa tiloissa annetun yksityisen terveydenhuollon korvaaminen toteutettiin väliaikaisella lakimuutoksella, koska ei pystytty arvioimaan millaisiin toiminnallisiin muutoksiin kunnissa tai kuntayhtymissä lainmuutoksen johdosta ryhdyttäisiin. Myöskään vaikutuksia yksityisten palveluntarjoajien toimintaedellytyksiin tai palvelumarkkinoiden kehitykseen ei kyetty arvioimaan. Lisäksi avoimena kysymyksenä oli terveydenhuollon julkisen rahoituksen uudistaminen. Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta edellytti, että väliaikaiseen lainsäädäntöön liitettäisiin seuranta- ja arviointitutkimus, jotta kokeilun vaikutukset pystytään kattavasti selvittämään ja saatua kokemuksia hyödyntämään tulevissa uudistuksissa. Valiokunta piti tärkeänä, että seurannan perusteella arvioidaan lainmuutoksen vaikutuksia potilaiden asemaan, kunnallisiin palveluihin ja yksityisten toimijoiden kilpailuasemaan.

Vuosina 2018 ja 2019 julkisissa tiloissa toimi Kelan tilastojen perusteella 75 yksityistä palveluntuottajaa ja 60 itsenäistä ammatinharjoittajaa. Vuonna 2018 julkisissa tiloissa annetusta hoidosta maksettiin korvauksia hieman yli 5 000 vakuutetulle yhteensä reilut 125 500 euroa. Vuonna 2019 korvauksia maksettiin hieman alle 4900 vakuutetulle yhteensä hieman vajaat 112 900 euroa.

Kelan tilastotietojen perusteella vuosina 2016—2017 julkisissa tiloissa annetun hoidon korvauksista 92 prosenttia maksettiin lääkärinpalkkioista, 5 prosenttia tutkimuksesta ja hoidosta, 2 prosenttia hammaslääkärin ja suuhygienistin antamasta hoidosta ja 1 prosentti fysioterapiasta. Vuosina 2018—2019 korvauksista

88 prosenttia maksettiin lääkärinpalkkioista, 11 prosenttia tutkimuksesta ja hoidosta ja 1 prosentti fysioterapiasta.

Korvauksia on maksettu saajan kotikunnan mukaan eniten pääkaupunkiseudun kunnissa (Helsinki, Espoo, Vantaa, Järvenpää, Kerava ja Tuusula) ja pääkaupunkiseudun ulkopuolella Kuopiossa ja Tampereella asuville vakuutetuille.

Korvausten saajien kotikuntina on myös yksittäisiä pieniä kuntia, mutta näissä korvausten saajat ja maksetut korvaukset ovat vähäisiä. Korvauksia on myös maksettu yksittäisille pienillä paikkakunnilla sijaitsevien palvelutuottajien tarjoamista terveydenhuoltopalveluista.

Maksettujen korvausten määrä on kaikkiaan jäänyt melko pieneksi. Korvauksia on maksettu eniten kotikuntatiedon mukaan suurissa kaupungeissa asuville vakuutetuille. Väliaikainen lainmuutos julkisissa tiloissa annettavan yksityisen hoidon korvattavuudesta on ollut voimassa 1.3.2011 lukien. Muutos on tarjonnut mahdollisuuden tarjota yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajille toimintamahdollisuuksia myös niillä paikkakunnilla, joissa yksityisiä terveydenhuollon käyttöön soveltuja tiloja on heikosti saatavilla. Voidaan arvioida, että lainmuutoksella on ollut vähäinen julkisten tilojen käyttöä tehostava vaikutus ja se on hieman lisännyt palvelujen saatavuutta ja potilaan valinnanmahdollisuuksia. Vaikutukset yksityisten toimijoiden kilpailuasemaan tai kunnallisiin palveluihin voidaan arvioida vähäisiksi toimintavolyymien ollessa alhaisia.

Ulkomailla aiheutuneiden sairaanhoitokustannusten korvaaminen

Ensimmäisestä 1960-luvulla säädetyistä sairausvakuutuslaista alkaen Suomessa sairausvakuutetuilla on ollut oikeus hakea korvauksia Kansaneläkelaitokselta, jos he ovat sairastuneet äkillisesti tilapäisen ulkomailla oleskelun aikana ja maksaneet itse hoidon tuottamisesta aiheutuneet kustannukset. Korvauksen määrittämiseen ja siihen liittyvään hakemusprosessiin sovelletaan samoja säännöksiä kuin tilanteissa, joissa henkilö olisi asioinut Suomen yksityisessä terveydenhuollossa.

Vakuutetun äkillisen ulkomailla sairastumisen seurauksena maksetut korvaukset ovat kuitenkin vain yksi rajat ylittävän terveydenhuollon etuuksien ulottuvuuksista. Henkilöiden oikeudet saada terveydenhuollon palveluita toisesta EU- tai Eta-maasta ja Sveitsistä sekä saada korvauksia näistä kustannuksista ovat erityisesti Suomen EU-jäsenyyden myötä tarkentuneet ja laajentuneet merkittävästi.

Rajat ylittävästä terveydenhuollosta on kyse silloin, kun henkilö saa tai hänelle syntyy tarve saada terveydenhuoltopalveluita muualla kuin asuinmaassaan. Rajat ylittävää terveydenhuoltoa ovat myös ne tilanteet, joissa asuinmaa lainsäädännössä määritellyn syyn (muun muassa työnteko) perusteella ei ole taloudellisesti vastuussa henkilölle asuinmaassa annetun terveydenhuoltopalvelun kustannuksista. Näissä tilanteissa henkilö ei välttämättä itse liiku asuinmaansa rajojen ulkopuolelle.

Rajat ylittävää terveydenhuoltoa sääteleviä säännöksiä löytyy erityisesti sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetuista EU-asetuksista 883/2004 ja 987/2009 sekä Suomea sitovista kansainvälisistä sosiaaliturva- ja sairaanhoitosopimuksista. Kansallisesti alaa säädellään pääosin rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevalla lailla (1201/2013, rajalaki). Rajalain tavoitteena oli koota rajat ylittävään terveydenhuoltoon

ja rajat ylittävän terveydenhuollon palveluista aiheutuneiden kustannusten korvaamista liittyviä menetteilyitä yhteen kansalliseen erityislakiin sekä implementoida EU:n direktiivi potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa 2011/24/EU (niin kutsuttu potilasdirektiivi).

EU halusi vuonna 2011 hyväksytyn potilasdirektiivin avulla kirjata lainsäädäntöön ne jäsenvaltioiden toimintaa sitovat periaatteet, jotka EU-tuomioistuin oli vuosien varrella vahvistanut omassa oikeuskäytännössään. Tavoitteena oli selkeyttää potilaan oikeuksia tilanteissa, joissa hän käyttää terveydenhuoltopalveluita EU:n alueella. Samalla kun haluttiin edistää potilaan vapaata liikkuvuutta ja valinnanvapautta, haluttiin vahvistaa EU:n sisämarkkinavapauksia erityisesti terveydenhuoltopalveluiden tarjoamisen vapauden osalta. Tarkoituksena ei kuitenkaan ollut sovittaa sosiaaliturvajärjestelmiä yhteen. Direktiivi huomioi jäsenvaltion toimivallan terveydenhuollon järjestämistä ja tarjoamista koskeissa asioissa ja kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien erot.

Direktiivin johtavana pääperiaatteena on, että henkilöillä on lähtökohtaisesti vapaa oikeus käyttää kaikkia EU:n alueella tarjolla olevia, sekä julkisia että yksityisiä, terveydenhuollon palveluita. Henkilön sairaanhoidon kustannuksista vastuussa olevan jäsenmaan on korvattava annetusta hoidosta aiheutuneet kustannukset, jos henkilön toisesta maasta hakema palvelu kuuluu myös kustannuksista vastuussa olevan maan terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Kun potilasdirektiiviä toimeenpantiin Suomessa, käytiin laajamittaista keskustelua siitä mikä korvausmalli tulisi Suomen osalta ottaa käyttöön. Suomen kaltaisessa järjestelmässä, jossa varsinkin korvaustaso eroaa suuresti julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä, potilasdirektiivin vapaata liikkuvuutta koskevat tavoitteet ja sen tarkoitus olla muuttamatta kansallista järjestelmää joutuivat väistämättä ristiriitaiseen tilanteeseen.

Lopulta päädyttiin kytkemään potilasdirektiivin mukainen korvausmalli sairausvakuutuslakiin (1224/2004). Voimassa olevan rajalain nojalla henkilöllä on oikeus saada sairausvakuutuslain mukainen korvaus, jos hän vartta vasten matkustaa toiseen EU- tai Eta-maahan tai Sveitsiin saadakseen siellä hoitoa eikä hänelle ole myönnetty EU-asetuksen 883/2004 mukaista ennakkolupaa (nk. omatoiminen hoitoon hakeutuminen). Vuonna 2019 Kansaneläkelaitokselta haettiin korvauksia omatoimiseen hoitoon hakeutumiseen liittyvistä kustannuksista noin 3 miljoonan euron edestä. Korvauksia maksettiin yhteensä noin 550 000 euroa. Vastaavasti vuonna 2020 maksettiin 1,5 miljoonan euron kustannuksista korvauksia yhteensä vajaat 300 000 euroa (huom! Covid19 rajoitti henkilöiden matkustamista). Yli puolet maksetuista korvauksista koskee Virossa annettua hoitoa.

Sairausvakuutuslain mukaisista korvauksista käytävä kansallinen keskustelu vaikuttaa täten myös potilasdirektiivin implementoinnin yhteydessä valittuun omatoimisen hoitoon hakeutumisen korvausmalliin. Suomen valitsema nykyinen korvausmalli on edelleen mahdollinen, jos sairausvakuutuslain mukaiset korvaukset säilyvät ja koko Suomen terveydenhuollon palveluvalikoima säilyy korvauksen piirissä. Mahdollisilla rahoitusvastuisiin kohdistuvilla muutoksilla ei tässä yhteydessä ole vaikutuksia. Rajalain omatoimisen hoitoon hakeutumisen korvausmallia on kuitenkin muutettava, jos samalla päädyttäisiin rajoittamaan sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen piirissä olevien toimenpiteiden määrää. Asiakkailta on oikeus saada jälkikäteen korvauksia, jos annettu hoito tai tehty toimenpide on julkisin varoin tukemana saatavana Suomessa.

Tässä yhteydessä on huomioitava, että Euroopan komissio on potilasdirektiivin implementointiin liittyen antanut Suomelle virallisen huomautuksen ja perustellun lausunnon vuosina 2015 ja 2016. Komission näkemyksen mukaan Suomessa käyttöön otettu korvausmalli korvata omatoimisen hoitoon hakeutumisen kustannuksia on potilasdirektiivin vastainen. Komissio on kehottanut Suomea ryhtymään toimenpiteisiin sen varmistamiseksi, että potilaan maksettavaksi jäisi sama summa, jonka hän olisi maksanut kyseisestä hoidosta Suomen kunnallisen järjestämisvastuun piiriin kuuluvassa terveydenhuollossa. Suomi on käydyissä keskusteluissa pitänyt kiinni kannastaan, että valittu malli vastaa Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rakennetta. Keskustelut ovat vielä kesken. Omatoimisen hoitoon hakeutumisen korvausmallia voi taten olla tarpeen muuttaa, vaikka monikanavarahoituksen purkamiseen liittyen päädyttäisiin säilyttämään nykytila.

Lisäksi on muistettava, että sairausvakuutetuilla on pelkän kansallisen lain nojalla oikeus saada Kansaneläkelaitoksen myöntämiä sairaanhoitokorvauksia, jos he tilapäisen oleskelun aikana sairastuvat EU- tai Eta-maan tai Sveitsin ulkopuolella. Jos korvaukset päätettäisiin lakkauttaa tämä tarkoittaa myös sitä, että henkilöllä olisi oikeus saada korvauksia EU- ja Eta-maiden ja Sveitsin ulkopuolella aiheutuneista kustannuksistaan vain, jos hänellä on yksityinen matkavakuutus.