

Bakgrundspromemoria: sjukförsäkringens sjukvårdsersättningar

Syfte med promemorian

Syftet med promemorian är att beskriva sjukförsäkringens sjukvårdsersättningar, som det föreskrivs om i 3 kap. i sjukförsäkringslagen (1224/2004, SFL). Promemorian är ett bakgrundsmaterial som togs fram för en tjänstemannautredning som skulle genomföras av den beredningsgrupp för vård- och undersökningser-sättningar som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet för beredning av en avveckling av flerkanalnsfi-nansiering.

Beskrivning av ersättningarna för privat vård

Syftet med sjukförsäkringens sjukvårdsersättningar är att komplettera den offentliga hälso- och sjukvården och minska kundens kostnader för användning av privata hälso- och sjukvårdstjänster.

Såsom sjukvård ersätts sådana undersökningar som en läkare utfört för konstaterande av en eventuell sjuk-dom eller bestämmande av vård samt den vård som en läkare gett. Dessutom ersätts kostnaderna för an-skaffning av läkarintyg eller läkarutlåtande som behövs för ansökan om förmåner enligt sjukförsäkringsla-gen.

Såsom sjukvård ersätts av en tandläkare utförd vård av mun och tänder, undersökning av mun och tänder en gång vartannat kalenderår eller en gång per kalenderår, om den försäkrades hälsotillstånd förutsätter årliga undersökningar, samt regleringsvård när det är fråga om vård som är nödvändig för behandlingen av någon annan sjukdom än en tandsjukdom. Ersättning betalas inte för tandprotetiska åtgärder eller tand-tekniska kostnader.

Undersöknings- och vårdåtgärder som föreskrivits av en läkare eller tandläkare ersätts, om undersökningen eller vården har utförts eller getts av en sådan annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (sjukskötare, hälsovårdare, barnmorska, fysioterapeut, laboratorieskötare, specialtandtekniker, psykolog och munhygienist) som avses i sjukförsäkringslagen eller om åtgärden har vidtagits vid en verksamhetsen-het inom den privata hälso- och sjukvården. Undersökningar utförda av en psykolog ersätts, om det är fråga om av en läkare föreskrivna undersökningar som hänför sig till någon annan undersökning eller vård av den försäkrade. Psykoterapi ersätts endast då den getts av en läkare.

Såsom av läkare föreskriven fysioterapi ersätts terapeutisk behandling samt annan fysikalisk vård som fö-reskrivits av en läkare, förutsatt att vården har getts av en fysioterapeut eller att vården har getts vid en verksamhetsenhet inom den privata hälso- och sjukvården som tillhandahåller fysioterapitjänster. Därtill

ersätts sådana kostnader för fysioterapi och ljusbehandling vid hudsjukdom som den försäkrade har betalat till en privat serviceproducent, om en hälsovårdscentralläkare eller sjukhusläkare har hänvisat den försäkrade till vård hos en privat serviceproducent och har skrivit remiss till denna.

Kostnader för undersökning och vård som utförts eller getts av läkare och tandläkare samt kostnader för undersökning och vård som ordinerats av en läkare eller tandläkare på en och samma gång ersätts högst till ett belopp som motsvarar en fastställd ersättningstaxa. FPA uppdaterar ersättningstaxorna årligen och publicerar en förteckning över taxorna. Samtidigt uppdateras eventuella giltighetstider för åtgärder och namnändringar.

Bestämmelser om ersättning av kostnader för tandvård för frontveteraner och minröjare finns i lagen om anordnande av och ersättning för tandvården för frontveteraner (678/1992). Enligt lagen betalas ersättning till frontveteraner som innehar frontmannatecken, fronttjänstecken, fronttecken eller veterantecken samt till minröjare som har ett intyg av Krigsarkivet. Undersökning av mun och tänder kan ersättas flera gånger per kalenderår. Därtill kan ersättning betalas för långvarigare undersökningar. Undersökning samt förebyggande vård av mun och tänder ersätts till en högre ersättningstaxa än för andra försäkrade. Utöver annan tandvård får frontveteraner och minröjare ersättning även för kliniska och tekniska protetiska åtgärder samt helprotesbehandling som utförts av en specialtandtekniker, då en tandläkare har gjort en undersökning och utfärdat en behandlingsordination.

Genom förordning av statsrådet (1336/2004) föreskrivs om grunderna och maximibeloppen för ersättningstaxor för läkar- och tandläkararvoden och för undersökning och vård samt om grunderna för grund- och specialtaxorna för läkar- och tandläkararvoden. Utifrån grunderna och maximibeloppen för ersättningstaxorna ska Folkpensionsanstalten fastställa en förteckning över undersöknings- och vårdåtgärder som ska ersättas samt ersättningstaxorna för dem. Grunderna för ersättningstaxorna och de ersättningstaxor som ska fastställas baserar sig på undersöknings- och vårdåtgärdens art, det arbete den förutsätter och de kostnader den medför, det terapeutiska värdet av den tjänst som ska ersättas samt på de tillgängliga medlen för ersättningar.

Syftet med ersättningar för vård och undersökningar enligt sjukförsäkringslagen har varit att utöka de försäkrades ekonomiska möjligheter att anlita tjänster inom den privata hälso- och sjukvården och därmed stödja friheten att välja hälso- och sjukvårdsproducent. Avsikten med ersättningarna har inte varit att ge de försäkrade rätt till ett bredare serviceutbud än vad den finländska offentliga hälso- och sjukvården erbjuder utan att ersätta kostnader för nödvändig sjukvård. Syftet med ersättningarna för vård och undersökningar är att de ska fungera som ett system som kompletterar de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna. Den försäkrade har möjlighet att välja både tjänsteproducent och läkare, tandläkare eller någon annan utbildad person inom hälso- och sjukvården.

Via ersättningssystemet har offentliga medel styrts till undersökning och vård som ansetts nödvändig. Samtidigt har kostnaderna för sjukdom utjämnats mellan de försäkrade på riksomfattande nivå. Syftet med systemet med ersättningstaxor har också varit att kunderna ska få medicinskt motiverad undersökning och vård och att finansierarna ska få information om hur finansieringen inriktas.

Direktorsättningsförfarandet i samband med tjänster och förmedlingen av uppgifter i nära nog realtid från tjänsteproducenterna till Folkpensionsanstalten har möjliggjort ett uppdaterat kunskapsunderlag i fråga

om alla åtgärder och tjänster som privata tjänsteproducenter har producerat och som Folkpensionsanstalten har ersatt.

FPA utför revisioner hos de privata tjänsteproducenter som omfattas av direktersättningsförfarandet för sjukvårdsersättningen. Det finns 7 000 direktersättningsavtal mellan FPA och tjänsteproducenter. Mellan 2014 och 2020 har FPA utfört revisioner hos 151 tjänsteproducenterna, och av dessa var cirka 16 000 riskbaserade taxakoder. I genomsnitt har man observerat en avvikelse i cirka 75 procent av dessa. Det har huvudsakligen varit frågan om brister i anteckningarna i patientdokumenten: anteckningar har saknats helt eller så har det inte varit möjligt att verifiera om en åtgärd eller ett besök på en mottagning motsvarat den ersättning som redovisats. Till exempel i föl observerades avvikelser hos alla reviderade tjänsteproducenter utom en. Det kunde finnas flera avvikelser som hänförde sig till en och samma direktersättningshändelse, och år 2020 fördelade sig avvikelserna på följande sätt: 77 procent av avvikelserna var betydande, 3 procent lindriga och 20 procent utvecklingsförslag.

Som sanktion kan FPA använda uppsägning av direktersättningsavtal, men hittills har inga avtal sagts upp på basis av revisionsverksamheten. Andra möjliga sanktioner är att hålla inne arvoden per betalningstillfälle och utfärda böter. Dessutom kan FPA vid behandling av en förmån återkräva betalda ersättningar, om villkoren för ersättning inte har uppfyllts.

Finansieringen av sjukvårdsförsäkringen och statistiska uppgifter om ersättningar

År 2019 betalades ersättningar till ett belopp av sammanlagt 142,6 miljoner euro. Ersättningarna för läkararvoden uppgick till 54,8 miljoner euro. För tandvården uppgick ersättningarna till 48,3 miljoner euro, varav 43,6 miljoner euro betalades för tandläkares arvoden och 4,7 miljoner euro för munhygienisters arvoden. För undersökningar och vård betalades 39,5 miljoner euro.

År 2019 var antalet mottagare av ersättning för läkararvoden 1 507 000 och antalet besök som ersattes var 3,33 miljoner. Antalet mottagare av ersättning för tandvård var 996 000 och antalet besök som ersattes var 2,3 miljoner. Antalet mottagare av ersättning för undersökning och vård var 1 152 000 och antalet besök som ersattes var 3,0 miljoner.

År 2019 var procentsatsen för ersättningarna för läkararvoden 14,9 (16,40 euro). Procentsatsen för ersättningarna för tandvård var 14,0 (20,97 euro) – för tandläkararvodena 14,1 och för munhygienistarvodena 12,9. Procentsatsen för ersättningarna för undersökning och vård var 13,1 (13,08 euro). Inom privat hälso- och sjukvård tas det också ut en kontors-/serviceavgift (10–25 euro) och en Kanta-avgift (cirka 2 euro) av kunderna.

För den privata hälso- och sjukvårdens del samlas det in mycket statistiska uppgifter om den verksamhet som ersätts av sjukförsäkringen. Uppgifter samlas också in om annan privat verksamhet. I vårdanmälningsystemet (Hilmo) samlas det in uppgifter om de privata tjänsteproducenternas bäddavdelningsvård och dagkirurgi. Insamlingen av uppgifter om öppenvården inom den privata hälso- och sjukvården ska snart börja införas i registret Avohilmo.

Besparingsskyldigheter i fråga om sjukvårdsersättningarna

Av besparingskäl minskades sjukvårdsersättningsutgifterna med totalt 78 miljoner euro från och med ingången av 2016. FPA genomförde besparingarna genom att sänka ersättningarna för läkar- och tandläkararvodena samt för undersökning och vård.

I samband med planen för de offentliga finanserna 2021–2024 angav regeringen som riktlinje att ersättningarna för privat sjukvård ska minskas så att statens andel blir 22,65 miljoner euro mindre år 2023. En annan riktlinje var att avskaffandet av ersättningar inte får gälla oral och mental hälsa. Då staten finansierar endast 67 procent av sjukvårdsersättningarna måste besparingen vara större för att statens utgifter ska minska tillräckligt. Dessutom bedömdes preliminärt i samband med planen för de offentliga finanserna att kundövergången till den offentliga sektorn på grund av sänkta sjukvårdsersättningar kommer att bli cirka 10 miljoner euro och att ändringen av ersättningsmodellen i patientrörelsedirektivet kommer att medföra en nettoökning för staten på cirka 10 miljoner euro. Dessa ändringar innebär att den summa som sparas in på ersättningarna för privat vård blir cirka 64 miljoner euro.

Utan ovan nämnda besparingsskyldigheter skulle ersättningarna för privat sjukvård uppgå till uppskattningsvis 147,9 miljoner euro år 2023. Av denna summa skulle uppskattningsvis 56,4 miljoner euro gå till ersättningar för läkararvoden, 50,7 miljoner euro för tandläkararvoden och munhygienister och 40,8 miljoner euro för undersökning och vård.

Taxorna för ersättningen för vård och undersökningar uppges i euro och är inte bundna till något index som följer pris- och kostnadsutvecklingen. För att balansera den offentliga ekonomin har ersättningarna för vård och undersökningar under de senaste åren varit föremål för kostnadsbesparingar i flera repriser. På grund av detta är ersättningsnivån i dag så låg (13–15 procent) att ersättningarna i själva verket inte längre utökar möjligheterna att välja serviceproducent.

I tidigare utredningar har man diskuterat förslaget att avskaffa ersättningarna för läkar- och tandläkararvoden och för undersökning och vård för att avveckla flerkanalsfinansieringen inom hälso- och sjukvården. Det har bedömts att ett avskaffande av ersättningarna sannolikt i viss mån skulle öka efterfrågan på offentliga hälsovårdstjänster, vilket i sin tur skulle öka utgifterna inom den offentliga hälso- och sjukvården. Det har emellertid ansetts vara osannolikt att efterfrågan på privata hälsovårdstjänster som stöds av ersättningar för vård och undersökningar som sådan omvandlas till efterfrågan på offentliga hälsovårdstjänster.

Det konstateras i utredningarna att priselasticiteten enligt internationella undersökningar är liten i fråga om hälsovårdstjänster, vilket betyder att priset på hälsovårdstjänster inverkar endast lite på anlitandet av dem. Priselasticiteten varierar dock beroende på typ av tjänst. Det har gjorts undersökningar av hur den lägre nivån på ersättningarna för vård och undersökning som trädde i kraft vid ingången av 2016 inverkat på användningen av privata sjukvårdstjänster. I den undersökning som Blomgren, Maljanen och Virta (2017) genomförde utifrån registerdata och statistiska data kom de fram till att ju mindre inkomster en grupp hade, desto större var minskningen av deras användning, vilket gällde nästan alla privata hälso- och sjukvårdstjänster som undersöktes. Men inte ens i de grupper som hade de lägsta inkomsterna var minsk-

ningen särskilt stor. Till följd av ändringen blev dock skillnaderna mellan inkomstgrupperna i fråga om användningen av tjänsterna inom den privata sektorn ännu större.¹ Ett avskaffande av ersättningarna för vård och undersökningar skulle följaktligen i någon mån kunna öka de socioekonomiska skillnaderna i fråga om användningen av privata hälsovårdstjänster, eftersom de ekonomiska möjligheterna för låginkomsttagare att utan kompensation från den lagstadgade sjukförsäkringen komplettera tillgängliga offentliga hälso- och sjukvårdstjänster med privata skulle försämrats ytterligare. På grund av den nuvarande låga ersättningsnivån skulle denna inverkan dock vara liten.

Privata sjukkostnadsförsäkringar

Att avskaffa ersättningarna för vård och undersökningar har i tidigare utredningar bedömts sannolikt i viss mån också öka användningen av privata sjukkostnadsförsäkringar, vilket skulle kunna bidra till att ojämlikheten i fråga om tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster ökar. I privata försäkringar bestäms premierna och försäkringsvillkoren enligt den försäkrades risk. I den lagstadgade sjukförsäkringen bestäms premierna enligt inkomsterna, och alla försäkrade har oavsett premien lika rätt till lagstadgade ersättningar och förmåner. Det är möjligt att de privata försäkringarna ökar i synnerhet i form av personalförmåner, vilket skulle öka ojämlikheten mellan arbetstagare och personer utanför arbetslivet. Efterfrågan på privata sjukkostnadsförsäkringar påverkas dock främst av befolkningens ekonomiska möjligheter att teckna försäkring och av tillgången till offentliga hälsovårdstjänster. Eftersom den nuvarande nivån på ersättningarna för vård och undersökningar enligt sjukförsäkringslagen är låg, skulle bibehållande av ersättningarna inte i nämnvärd mån dämpa den ökande efterfrågan på privata försäkringar.

Temporära ändringar i sjukförsäkringslagen på grund av covid-19-epidemin

Till sjukförsäkringslagens kap. 3 om ersättningar för vård och undersökningar har det fogats en ny 7 § om ersättningstaxan för undersökningar för konstaterande av smitta av covid-19. Denna paragraf gäller 1.1.2021–31.12.2021. Till lagen fogades sådana bestämmelser om ersättning för undersökningar för konstaterande av smitta av covid-19 enligt vilka förfarandet för fastställande av ersättningstaxan avviker från det normala förfarandet för fastställande av taxor för undersökningar. Till lagen fogades även ett bemyndigande att utfärda förordning av statsrådet. Genom statsrådets förordning om ersättningstaxan för undersökningar för konstaterande av smitta av covid-19 1175/2020, som gäller 1.1.2021–31.1.2021, utfärdades bestämmelser om ersättningstaxan för coronavirusundersökningar så att taxan är större än den ersättningstaxa för coronavirusundersökningar som Folkpensionsanstalten fastställt genom förfarandet för fastställande av taxor. Folkpensionsanstalten kan betala ersättning för undersökningar för konstaterande

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.](#)

av smitta av covid-19 till den serviceproducent som utfört undersökningen också när självriskandelen för undersökningen har betalats av den försäkrades arbetsgivare i stället för av den försäkrade själv.

En ändring har gjorts även i sjukförsäkringslagen; till lagen har det fogats temporära bestämmelser om rätten att få ersättning för vaccinering med ett covid-19-vaccin och om ersättningstaxan för vaccineringen. Ersättningstaxan enligt 2 kap. 8 § i sjukförsäkringslagen för vaccinering med ett vaccin som används för att skydda mot sjukdomen covid-19 gäller temporärt 27.3.2021–31.12.2021.

Ersättningar för privat vård som tillhandahålls i offentliga lokaler

2 kap. 3 § i sjukförsäkringslagen har ändrats genom L 1319/2018 och gäller i ändrad form temporärt 1.1.2019–31.12.2022. Enligt paragrafens 3 mom. är en förutsättning för att kostnader för privata hälso- och sjukvårdstjänster som ordnas i den kommunala social- och hälsovårdens lokaler ska ersättas att hyresvärden har lämnat specificerade uppgifter till Folkpensionsanstalten om den tillhandahållare av service som ingått hyresavtalet samt uppgifter om verksamhetsstället och hyresavtalets längd. Den som hyr ut lokalerna ska se till att uthyrningen inte äventyrar den lagstadgade verksamheten inom den kommunala social- och hälsovården.

Den temporära lagändringen baserar sig på en skrivning i regeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens regering enligt vilken användningen av offentliga lokaler ska effektiviseras utan att det påverkar den sjukförsäkringsersättning som klienten får. Syftet med den temporära lagändringen var att möjliggöra betalning av på sjukförsäkringslagen baserade ersättningar för kostnader för privat sjukvård oberoende av var vården getts. Det antogs att reformen effektiviserar användningen av lokalerna och erbjuder de privata tjänsteproducenterna inom hälso- och sjukvården möjlighet att ordna verksamhet även på sådana orter där det finns få privata lokaler som är lämpliga för hälso- och sjukvård. Det antogs att reformen samtidigt ökar tillgången på tjänster och patientens valmöjligheter. Det antogs dock att reformen åtminstone till en början har obetydliga konsekvenser för utbudet på hälso- och sjukvårdstjänster. Samtidigt oroade man sig för hur reformen påverkar gränsdragningen mellan den offentliga och den privata hälso- och sjukvården.

Enligt den temporära lagändringen är en förutsättning för att kostnader för privata hälso- och sjukvårdstjänster som ordnas i den kommunala social- och hälsovårdens lokaler ska ersättas att hyresvärden har lämnat specificerade uppgifter till Folkpensionsanstalten om den tillhandahållare av service som ingått hyresavtalet samt uppgifter om verksamhetsstället och hyresavtalets längd. Den som hyr ut lokalerna ska se till att uthyrningen inte äventyrar den lagstadgade verksamheten inom den kommunala social- och hälsovården. Om den som producerar privata hälso- och sjukvårdstjänster är ett aktiebolag där en eller flera kommuner eller samkommuner är majoritetsaktieägare betraktas som en privat tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster förutsätts för ersättning av kostnader dessutom att minst 25 procent av bolagets aktiekapital ägs av andra än kommuner eller samkommuner. Om bolagiseringen har genomförts för att uppfylla bolagiseringskyldigheten enligt kommunallagen krävs dock inte att någon annan än en kommun eller samkommun har ägarandel i bolaget.

Reformen genomfördes genom en temporär ändring, eftersom det inte gick att bedöma hur kommunerna eller samkommunerna skulle förändra verksamheten med anledning av lagändringen. Det gick inte heller

att bedöma konsekvenserna för de privata serviceproducenternas verksamhetsbetingelser eller för utvecklingen på servicemarknaden. En annan öppen fråga gällde revideringen av den offentliga finansieringen av hälso- och sjukvården. Social- och hälsovårdsutskottet förutsatte att den temporära lagstiftningen förenas med en uppföljande undersökning och utvärdering för att klarlägga hela vidden av konsekvenserna av försöket och för att erfarenheterna ska kunna nyttiggöras i kommande reformer. Enligt utskottet var det viktigt att konsekvenserna av lagändringen för patienternas ställning, de kommunala tjänsterna och privata aktörers konkurrensvillkor följs upp och bedöms.

Enligt FPA:s statistik hade 75 privata tjänsteproducenter och 60 egenföretagare verksamhet i offentliga lokaler 2018 och 2019. År 2018 betalades ersättningar på totalt drygt 125 500 euro till lite mer än 5 000 försäkrade för vård som gavs i offentliga lokaler. År 2019 betalades ersättningar på totalt knappa 112 900 euro till lite mindre än 4 900 försäkrade.

Enligt FPA:s statistik för 2016–2017 betalades 92 procent av ersättningarna för vård i offentliga lokaler för läkararvoden, 5 procent för undersökning och vård, 2 procent för vård av tandläkare och munhygienist och 1 procent för fysioterapi. Under 2018–2019 betalades 88 procent av ersättningarna för läkararvoden, 11 procent för undersökning och vård och 1 procent för fysioterapi.

Baserat på de försäkrades hemkommuner har ersättningar betalats mest till försäkrade som bor i huvudstadsregionens kommuner (Helsingfors, Esbo, Vanda, Träskända, Kervo och Tusby) och utanför huvudstadsregionen till försäkrade som bor i Kuopio och Tammerfors.

Det finns också ersättningsmottagare i enskilda små kommuner, men i dessa är antalet ersättningsmottagare litet och de betalade ersättningarna små. Ersättningar har också betalats till enskilda individer för hälso- och sjukvårdstjänster tillhandahållna av tjänsteproducenter på små orter.

Sammantaget har ersättningsbeloppen varit ganska små. Enligt uppgifterna om hemkommun har ersättningar betalats mest till försäkrade som bor i stora städer. Den temporära lagändringen om ersättningar för privat vård i offentliga lokaler har gällt från och med den 1 mars 2011. Tack vare ändringen har det varit möjligt att erbjuda producenter av privat hälso- och sjukvård verksamhetsmöjligheter även på sådana orter där det finns få lokaler som är lämpliga för privat hälso- och sjukvård. Det kan bedömas att lagändringen effektiviserat användningen av offentliga lokaler en aning och något ökat tillgången på tjänster och patienternas valmöjligheter. Då verksamhetsvolymerna varit små kan man bedöma att effekterna på de privata aktörernas konkurrensvillkor och de kommunala tjänsterna varit små.

Ersättning av sjukvårdskostnader som uppkommit utomlands

Sedan den första sjukförsäkringslagen stiftades på 1960-talet har de sjukförsäkrade i Finland haft rätt att ansöka om ersättningar från Folkpensionsanstalten, om de har insjuknat plötsligt under en tillfällig vistelse utomlands och själva har betalat kostnaderna för vården. På fastställandet av ersättningen och tillhörande ansökningsprocess tillämpas samma bestämmelser som hade tillämpats om personen fått vård inom den privata hälso- och sjukvården i Finland.

Ersättningarna som betalas till följd av en försäkrads plötsliga insjuknande utomlands är dock endast en dimension när det gäller förmåner i fråga om gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Rättigheterna att

anlita hälso- och sjukvårdstjänster i ett annat EU- eller EES-land eller Schweiz samt att få ersättningar för dessa kostnader har i synnerhet tack vare Finlands EU-medlemskap preciserats och utvidgats.

Det är frågan om gränsöverskridande hälso- eller sjukvård när en person får eller behöver hälso- eller sjukvårdstjänster utanför sitt bosättningsland. Det är också frågan om gränsöverskridande hälso- eller sjukvård i situationer där bosättningslandet av ett skäl som anges i lagstiftningen (bl.a. arbete) inte är ekonomiskt ansvarigt för kostnaderna för hälso- eller sjukvård som en person fått i bosättningslandet. I dessa situationer överskrider personen inte nödvändigtvis gränserna för sitt bosättningsland.

Bestämmelser om gränsöverskridande hälso- och sjukvård finns särskilt i EU-förordningarna 883/2004 och 987/2009 om samordning av de sociala trygghetssystemen samt i internationella överenskommelser om social trygghet och sjukvård som är bindande för Finland. Nationellt regleras området huvudsakligen genom lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013, nedan gränslagen). Syftet med gränslagen var att samla förfarandena i anslutning till gränsöverskridande hälso- och sjukvård och i anslutning till ersättning för kostnader i samband med gränsöverskridande hälso- och sjukvårdstjänster i en nationell speciallag och att implementera EU:s direktiv om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård 2011/24/EU (det s.k. patientrörlighetsdirektivet).

Genom patientrörlighetsdirektivet, som antogs 2011, önskade EU i lagstiftningen införa principer som binder medlemsstaternas verksamhet, principer som EU-domstolen under årens lopp hade fastställt i sin egen rättspraxis. Målet var att klargöra patienternas rättigheter i situationer där de använder hälso- och sjukvårdstjänster inom EU. Samtidigt önskade man främja patienternas fria rörlighet och valfrihet, stärka friheterna på den europeiska inre marknaden, i synnerhet friheten att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster. Syftet var dock inte att harmonisera staternas olika system för social trygghet. Direktivet tar hänsyn till medlemsstatens behörighet i frågor som rör organisering och tillhandahållande av hälso- och sjukvård samt skillnaderna mellan de nationella hälso- och sjukvårdssystemen.

Direktivets ledande princip är att alla i princip har fri rättighet att använda alla hälso- och sjukvårdstjänster, både offentliga och privata, som är tillgängliga inom EU. Den medlemsstat som ansvarar för en persons sjukvårdskostnader måste ersätta kostnaderna för vården, om den tjänst som personen begärt i en annan stat även hör till urvalet av hälso- och sjukvårdstjänster i det land som ansvarar för kostnaderna. När patientrörlighetsdirektivet genomfördes i Finland, fördes en omfattande diskussion om vilken ersättningsmodell som skulle införas för Finland. I ett system av Finlands slag, där särskilt ersättningsnivån skiljer sig betydligt mellan offentlig och privat vård, uppstod oundvikligen en konflikt mellan patientrörlighetsdirektivets mål om fri rörlighet och dess mål att inte ändra nationella system.

Till sist beslutades att ersättningsmodellen enligt patientrörlighetsdirektivet fogas till sjukförsäkringslagen (1224/2004). Enligt gällande gränslag har en person rätt att få en ersättning enligt sjukförsäkringslagen om han eller hon reser till ett annat EU-land, ett EES-land eller Schweiz enkom för att få vård och inte har beviljats ett förhandstillstånd enligt EU-förordningen 883/2004 (s.k. uppsökande av vård på eget initiativ). År 2019 ansöktes från Folkpensionsanstalten ersättningar på cirka 3 miljoner euro för kostnader i samband uppsökande av vård på eget initiativ. Folkpensionsanstalten betalade totalt cirka 550 000 euro. År 2020 däremot betalades ersättningar på knappt 300 000 för kostnader på 1,5 miljoner euro (Obs! Covid-19 begränsade människors resande). Över hälften av ersättningarna har betalats för vård i Estland.

Den nationella debatten om ersättningarna enligt sjukförsäkringslagen inverkar således också på den ersättningsmodell som i samband med implementeringen av patientrörlighetsdirektivet valdes för uppsökandet av vård på eget initiativ. Den ersättningsmodell som Finland valt är fortfarande möjlig, om ersättningarna enligt sjukförsäkringslagen bibehålls och ersättningar även framöver beviljas för Finlands hela utbud av hälso- och sjukvårdstjänster. Eventuella ändringar i finansieringsansvaret har inga konsekvenser i detta sammanhang. Ersättningsmodellen för uppsökande av vård på eget initiativ enligt gränslagen måste däremot ändras, om man beslutar att begränsa antalet åtgärder som det på grundval av sjukförsäkringslagen betalas ersättning för. Kunderna har rätt att få ersättning i efterhand, om vården eller åtgärden i fråga finns tillgänglig i Finland med stöd från offentliga medel.

I detta sammanhang bör det noteras att Europeiska kommissionen i anknytning till implementeringen av patientrörlighetsdirektivet gav Finland en formell underrättelse och ett motiverat yttrande 2015 och 2016. Kommissionen ansåg att den ersättningsmodell som införts i Finland för ersättning av kostnader vid uppsökande av vård på eget initiativ står i strid med patientrörlighetsdirektivet. Kommissionen uppmanade Finland att vidta åtgärder för att säkerställa att patienterna står för samma belopp som de hade betalat för vården i fråga inom Finlands offentliga hälso- och sjukvård. I de diskussioner som förts i Finland har man bibehållit sin ståndpunkt att den valda modellen motsvarar strukturen på Finlands hälso- och sjukvårdssystem. Diskussionerna pågår fortfarande. Det kan således bli nödvändigt att ändra ersättningsmodellen för uppsökande av vård på eget initiativ, även om man i samband med avveckling av flerkanalsfinansieringen stannar för att bevara nuläget.

Det bör också beaktas att sjukförsäkrade enbart med stöd av nationell lagstiftning har rätt att få sjukvårdsersättningar från Folkpensionsanstalten, om de under en tillfällig vistelse insjuknar i ett annat land än ett EU-land, ett EES-land eller Schweiz. Om man beslutade att avskaffa ersättningarna skulle det också innebära att endast de som har en privat reseförsäkring har rätt att få ersättningar för kostnader i ett annat land än ett EU-land, ett EES-land eller Schweiz.