

RP 36/2025 rd

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om temporär ändring av sjukförsäkringslagen och 7 § b i lagen om utkomststöd

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att sjukförsäkringslagen och lagen om utkomststöd ändras temporärt.

Genom propositionen förverkligas föresatsen i regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering att förbättra tillgången till primärvård och förkorta värdköerna genom att rikta ersättningar för behandling och undersökning inom den privata sjukvården till allmänläkartjänster för försäkrade som har fyllt 65 år.

Syftet är att utveckla systemet för ersättning från Folkpensionsanstalten för privat sjukvård som en del av systemet för hälso- och sjukvård som helhet, att öka kundernas valfrihet och tillgången till primärvårdstjänster och att minska belastningen på den offentliga hälso- och sjukvården.

Det föreslås en sådan ändring av lagen att 65 år fyllda försäkrades besök hos allmänläkare inom den privata hälso- och sjukvården ersätts så att självriskan är högst lika stor som den besöksavgift som tas ut vid läkarbesök inom den offentliga primärvården. För de mottagningsbesök för vilka ersättning betalas ska det fastställas maximipriser och ersättningstaxor. Det föreslås att ersättning för läkararvoden ska kunna betalas på basis av högst tre besök hos läkare under kalenderåret.

Dessutom föreslås det en sådan ändring av lagen att en del av de undersökningar som ordinerats hos en läkare som avses i lagen ska ge rätt till ersättning. För provtagning och undersökningar ska det fastställas maximipriser, och de försäkrade ska ersättas till ett belopp som utgör 50 procent av maximipriserna. Enligt förslaget kan en försäkrad betalas ersättning för undersökning och behandling på basis av högst tre läkarordinationer under kalenderåret.

En förutsättning för betalning av ersättningar ska vara att en tjänsteproducent inom den privata hälso- och sjukvården har ingått avtal med Folkpensionsanstalten om produktion av tjänsterna. En förutsättning för ingående av avtal är att det ingåtts avtal med Folkpensionsanstalten om ett direktersättningsförfarande. Tjänsteproducenten ska förbinda sig att producera tjänster till högst de maximipriser som Folkpensionsanstalten fastställer, och hos den försäkrade får inte tas ut poliklinik- eller ex-peditionavgifter eller andra motsvarande avgifter. Närmare bestämmelser om vilka avgifter som får tas ut hos en försäkrad får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Närmare bestämmelser om grunderna för fastställande av maximipriserna och ersättningstaxorna får enligt förslaget utfärdas genom förordning av statsrådet. Det föreslås vidare att maximipriser när det gäller läkararvoden och behandling och undersökning ska fastställas av Folkpensionsanstalten. Folkpensionsanstalten ska likaså fastställa en förteckning över de läkararvoden och av läkare ordinerade undersöknings- och behandlingsåtgärder som ska ersättas och över ersättningstaxorna för dem.

De föreslagna ändringarna påverkar inte de ersättningar för vård och undersökningar som betalas med stöd av det kapitel i sjukförsäkringslagen som gäller ersättningar för vård och undersökningar.

Dessutom föreslås det en sådan ändring av lagen om utkomststöd att självriskandelarna för de läkararvoden och ersättningar för undersökning och behandling som föreslås bli fogade till sjukförsäkringslagen ska beaktas som övriga grundutgifter när utkomststöd beviljas.

Propositionen hänför sig till den andra tilläggsbudgetpropositionen för 2025 och avses bli behandlad i samband med den.

Lagarna avses träda i kraft den 1 september 2025. Lagen om temporär ändring av sjukförsäkringslagen föreslås gälla till och med den 31 december 2027 och lagen om temporär ändring av 7 b § i lagen om utkomststöd till och med den 29 februari 2028.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL	1
MOTIVERING	6
1 Bakgrund och beredning.....	6
1.1 Bakgrund.....	6
1.2 Beredning.....	7
2 Nuläge och bedömning av nuläget	7
2.1 Sjukvårdstjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården	7
2.1.1 Förändringar i social- och hälsovårdens villkor	7
2.1.2 Personal och arbetsfördelning inom hälso- och sjukvården	10
2.1.3 Överföring av uppgifter inom hälso- och sjukvården	13
2.1.4 Äldres anlitan­de av hälsovårdstjänster och tillgången till vård	14
2.1.4.1 Äldres användning av olika mottagningsformer.....	19
2.2 Allmänt om förmåner och ersättningar inom sjukförsäkringen.....	20
2.2.1 Finansiering av sjukförsäkringen.....	21
2.2.2 Ersättningar för vård och undersökningar inom den privata sjukvården.....	22
2.2.3 Tjänster inom företagshälsovården	23
2.2.4 Reseersättningar.....	24
2.3 Bedömning av nuläget i fråga om ersättningarna för vård och undersökningar.....	24
2.3.1 Allmänt	24
2.3.2 Direktersättningsförfarande	30
2.3.3 Fördelningen av ersättningar för vård och undersökningar	31
2.3.3.1 Granskning enligt inkomstgrupp	31
2.3.3.2 Regional granskning	32
2.4 Utkomststöd.....	34
2.4.1 Lagstiftning.....	34
2.4.2 Bedömning av nuläget samt äldre personer som får utkomststöd	35
2.5 Tillhandahållande och anlitan­de av tjänster inom den offentliga respektive privata hälso- och sjukvården	36
2.6 Marknaden för och prissättningen av privat hälso- och sjukvård	37
3 Målsättning	39
4 Förslagen och deras konsekvenser	40
4.1 De viktigaste förslagen	40
4.2 De huvudsakliga konsekvenserna.....	41
4.2.1 Allmänt om bedömningen av konsekvenserna	41
4.2.2 Ekonomiska konsekvenser.....	44
4.2.2.1 Konsekvenser för den offentliga ekonomin och utgifterna för sjukförsäkringen.....	44
4.2.2.2 Konsekvenser för hushållen.....	46
4.2.2.3 Konsekvenser för företag.....	47
4.2.3 Konsekvenser för myndigheterna	49
4.2.3.1 Konsekvenser för välfärdsområdena	49
4.2.3.2 Konsekvenser för Folkpensionsanstalten och försäkringskassorna.....	51
4.2.4 Andra samhäll­liga konsekvenser	52
4.2.4.1 Konsekvenser för medborgarnas ställning.....	52
4.2.4.2 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen	54

4.2.4.3	Konsekvenser för barn och unga	55
4.2.4.4	Konsekvenser för de grundläggande och mänskliga rättigheterna	55
5	Alternativa handlingsvägar.....	57
5.1	Handlingsalternativen och deras konsekvenser	57
5.1.1	Annan fördelning av finansieringen	57
5.1.2	Alternativ för avgränsning av målgruppen	57
5.1.3	Alternativ i anslutning till pristaken	58
5.1.4	Tjänster som avses i propositionen	58
6	Remissvar	59
6.1	Remissvar om regeringspropositionen	59
6.1.1	Inledning.....	59
6.1.2	Propositionens effekter och mål	59
6.1.3	Vårdkontinuitet, vårdens effektivitet och splittring av vården	60
6.1.4	Bedömning av vårdbehovet och multiprofessionalitet	60
6.1.5	Konsekvenser för välfärdsområdena och den offentliga hälso- och sjukvården	61
6.1.6	Jämlikhet.....	62
6.1.7	Ersättningsmodellens innehåll.....	63
6.2	Remissvar om promemorian i fråga om de skyldigheter som åläggs tjänsteproducenter.....	64
6.2.1	Inledning.....	64
6.2.2	Remissvar om promemorian.....	65
6.2.2.1	Skyldighet att erbjuda fysiska mottagningar	65
6.2.2.2	Skyldighet att förbinda sig att erbjuda undersökningar som ordinerats av andra tjänsteproducenter.....	65
6.2.2.3	Skyldighet att använda eget laboratorium	65
6.2.2.4	Skyldighet att erbjuda laboratorietjänster	65
6.2.2.5	Separat tillhandahållande av tjänster	66
6.2.2.6	Skyldighet att ingå avtal om direktersättning	66
6.2.3	Sammandrag	66
7	Specialmotivering.....	66
7.1	Sjukförsäkringslagen	66
7.2	Lagen om utkomststöd.....	70
8	Bestämmelser på lägre nivå än lag	71
9	Ikraftträdande	71
10	Verkställighet och uppföljning	71
11	Förhållande till andra propositioner	71
11.1	Förhållande till budgetpropositionen.....	71
12	Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning.....	71
12.1	Inledning.....	71
12.2	Rätt till social trygghet och tillräckliga social- och hälsovårdstjänster	72
12.3	Jämlikhet.....	73
12.4	Bemyndiganden att utfärda förordning.....	76
12.5	Slutsats.....	77
LAGFÖRSLAG.....		78
1.	Lag om temporär ändring av sjukförsäkringslagen	78
2.	Lag om temporär ändring av 7 b § i lagen om utkomststöd	81

BILAGOR	82
PARALLELTEXT	82
1. Lag om temporär ändring av sjukförsäkringslagen	82
2. Lag om temporär ändring av 7 b § i lagen om utkomststöd	87
FÖRORDNINGSGUTKAST	88
Statsrådets förordning om i 3 a kap. i sjukförsäkringslagen avsedda ersättningar till 65 år fyllda försäkrade för behandling och undersökning	88

MOTIVERING

1 Bakgrund och beredning

1.1 Bakgrund

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering strävar regeringen efter att genom sina åtgärder minska välfärdsområdenas börda och förkorta värdköerna inom primärvården. Enligt regeringsprogrammet förbättras tillgången till primärvård genom att det under regeringsperioden anvisas finansiering av engångsnatur för förkortningen av värdköerna inom primärvården med hjälp av den nya modell för FPA-ersättningen som regeringen utvecklat. Finansieringen allokeras till målåren på ett ändamålsenligt sätt, men med så stor framförhållning och så verkningsfullt som möjligt. Regeringen reserverar sammanlagt 335 miljoner euro för ändamålet, men enligt regeringsprogrammet preciseras det vid den fortsatta beredningen hur finansieringen exakt anvisas och periodiseras över åren. I regeringsprogrammet sägs det vidare att man fortsätter med FPA-ersättningen i dess nuvarande form till dess att den nya FPA-ersättningsmodell som regeringen utvecklat genomförs med den finansiering som nämns ovan.

I fråga om de ersättningar för vård och undersökningar inom den privata hälso- och sjukvården som finansieras med sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring (nedan även FPA-ersättning) preciserade regeringen föresatserna enligt regeringsprogrammet under budgetförhandlingarna den 19 september 2023. I samband med det reserverade regeringen totalt 335 miljoner euro i statlig medfinansiering under valperioden för ändringar i FPA-ersättningarna.

Under budgetförhandlingarna enades regeringen om att reservera finansiering på 97,5 miljoner euro, varav den statliga medfinansieringen uppgår till 65,3 miljoner euro, för att höja FPA-ersättningarna 2024. De beslut som regeringen fattade under budgetförhandlingarna verkställdes genom att ersättningstaxorna för besök hos allmänläkare, specialistläkare och specialister i psykiatri höjdes den 1 januari 2024. Även ersättningstaxorna för psykiatriska åtgärder, såsom psykoterapi, höjdes. Likaså höjdes ersättningstaxan för tandläkares grundundersökning.

Regeringen drog upp riktlinjer för en färdplan för utvecklingen av FPA-ersättningarna i oktober 2024.¹ Enligt färdplanen ska FPA-ersättningarna reformeras stegvis. I den första fasen lämnades regeringens proposition RP 174/2024 rd till riksdagen. I propositionen föreslogs det till ersättningarna för privat vård och undersökning bli fogat rätt till ersättning för assisterad befruktning.

I den andra fasen lämnades regeringens proposition RP 195/2024 rd till riksdagen. I propositionen föreslogs det att vård som ges av specialister i gynekologi och obstetrik ersätts enligt en specialtaxa. Det föreslogs vidare att sjukförsäkringslagen (1224/2004) ändras så att besök hos en munhygienist för undersökning och behandling ersätts också utan remiss från en tandläkare högst två gånger per kalenderår och besök hos en fysioterapeut utan remiss från en läkare högst fyra gånger per kalenderår.

I den tredje fasen genomförs, i enlighet med färdplanen, ett nationellt försök med valfrihet för försäkrade som har fyllt 65 år. Försöket går ut på att de som har fyllt 65 år ska få besöka en

¹ Social- och hälsovårdsministeriets pressmeddelande 9.10.2024: Regeringens reform av FPA-ersättningarna. Adress: https://stm.fi/-/hallitus-uudistaa-kela-korvauksia?languageId=sv_SE.

privat allmänläkare och betala en självrisk som är lika stor som den besöksavgift som tas ut inom den offentliga hälso- och sjukvården. Det är meningen att försöket ska träda i kraft den 1 september 2025. Vid sidan av försöket med valfrihet har regeringen dragit upp riktlinjer för ett försök med husläkare. Enligt regeringsprogrammet är avsikten att förbättra tillgången till vård och vårdkontinuiteten med hjälp av en modell med husläkare. Social- och hälsovårdsministeriet har i samarbete med finansministeriet inlett ett husläkarprogram som syftar till att främja modellen med husläkare. Målet för programmet är att förbättra tillgången till vård och vårdens kontinuitet inom primärvården genom att utnyttja både den offentliga och den privata sektorns tjänster.² Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte den 20 januari 2025 en ledningsgrupp till stöd för genomförandet av husläkarprogrammet.³

1.2 Beredning

Denna proposition har beretts vid social- och hälsovårdsministeriet som ett samarbete mellan den tjänsteberedningsgrupp som har utsetts till stöd för beredningen och dess tre undergrupper. I grupperna har det funnits företrädare för social- och hälsovårdsministeriet, Folkpensionsanstalten, Konkurrens- och konsumentverket, Institutet för hälsa och välfärd och finansministeriet.

Under beredningen hördes intressentgrupper. Till tjänsteproducenter inom den privata hälso- och sjukvården har det skickats en enkät i syfte att utreda propositionens konsekvenser för tjänsteproducenterna. Dessutom ordnades ett diskussionsmöte för organisationer som företräder tjänsteproducenterna den 23 januari 2025 och för arbetsmarknadens parter den 30 januari 2025.

Det finskspråkiga utkastet till proposition var ute på remiss mellan den 11 februari och den 9 mars 2025 och det svenskspråkiga utkastet mellan den 14 februari och den 12 mars 2025. Utlåtanden begärdes av sammanlagt 55 remissinstanser, och dessutom hade alla intresserade möjlighet att yttra sig på webbplatsen Utlåtande.fi. Remissvaren finns offentligt tillgängliga i statsrådets projektportal på adressen <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM143:00/2024>.

2 Nuläge och bedömning av nuläget

2.1 Sjukvårdstjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården

2.1.1 Förändringar i social- och hälsovårdens villkor

Under 2020-talet har villkoren inom social- och hälsovården förändrats avsevärt. I strukturreformen av social- och hälsovårdstjänsterna överfördes ansvaret för ordnandet av social- och hälsovården, räddningsväsendet och andra särskilt föreskrivna tjänster och uppgifter från kommunerna till välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen vid ingången av 2023. Målet var att flytta tyngdpunkten inom social- och hälsovården till tjänster på basnivå och förebyggande verksamhet. Ett syfte med reformen var att förbättra social- och

² Social- och hälsovårdsministeriets pressmeddelande 19.11.2024: Regeringen inleder ett program för att genomföra modellen med husläkare. Adress: https://stm.fi/-/hallitus-kaynnistaa-omalaakari-ohjelman?languageId=sv_SE.

³ Social- och hälsovårdsministeriets pressmeddelande 20.1.2025: Ledningsgruppen för husläkarprogrammet har tillsatts. Adress: https://stm.fi/-/omalaakariohjelman-johtoryhman-asetettu?languageId=sv_SE.

hälsovårdstjänsternas effektivitet och produktivitet, dämpa ökningen av kostnaderna för tjänsterna och göra dem transparentare och öppnare.

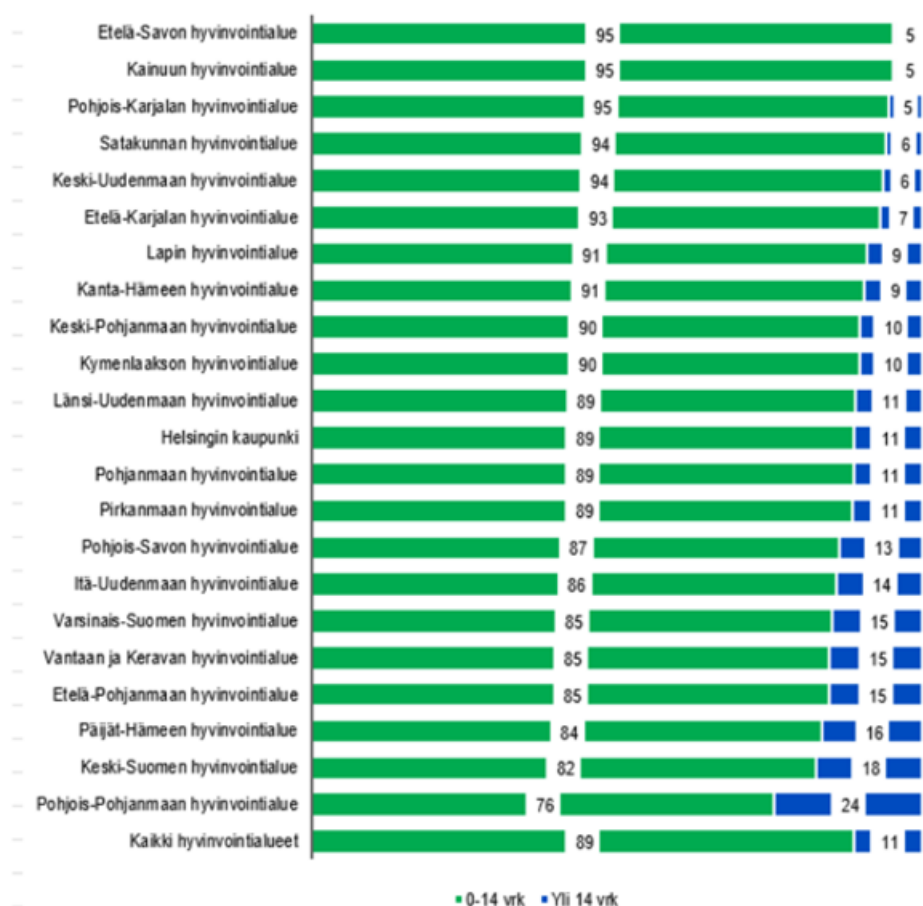
Social- och hälsovårdens servicesystem i Finland står inför utmaningar på grund av den vård-, service- och rehabiliteringsskuld som av flera olika orsaker har växt under en längre tid, det svåra läget inom de offentliga finanserna och särskilt den snabbt förvärrade personalbristen. Problem med tillgången till kompetent arbetskraft förekommer i praktiken i hela Finland, i alla yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och inom nästan alla serviceformer. Befolkningsprofilen håller på att förändras i och med att andelen äldre ökar och försörjningskvoten försämras. Befolkningsstrukturen och befolkningens placering på olika håll i landet har förändrats och förändras ständigt. Befolkningen, och därmed också arbetskraften, koncentreras till tillväxtcentrum. Detta ökar servicebehovet och medför samtidigt ytterligare utmaningar när det gäller att få social- och hälsovårdspersonalen att räcka till. Så mycket som en tredjedel av social- och hälsovårdspersonalen går i pension inom de följande tio åren. Trots det växande servicebehovet ökar antalet personer som arbetar inom social- och hälsovården i framtiden inte på ett sätt som motsvarar behovet, utan antalet minskar sannolikt. Staten och servicesystemet har påbörjat och genomför flertalet utvecklingsåtgärder i syfte att utbilda personal för branschen och öka dess attraktionskraft och förmåga att hålla kvar de anställda. Social- och hälsovårdsministeriet har inlett Programmet för ett gott arbete⁴, som baserar sig på regeringsprogrammet för Petteri Orpos regering och innefattar både långsiktiga och kortsiktiga åtgärder för att minska bristen på arbetskraft inom social- och hälsovården.

Tillgången till primärvård granskas med början från bedömningen av vårdbehovet ända till det genomförda besöket, i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010). Det har länge funnits utmaningar när det gäller tillgången till primärvårdstjänster i Finland. Befolkningen upplever att väntetiderna för att få vård är för långa, vilket märks i kundnöjdhetenkäter och i form av minskat förtroende för den offentliga hälso- och sjukvården. Om undersökningar och vård fördröjs kan det dessutom leda till ett större servicebehov än om vården och rehabiliteringen ges i rätt tid, och långa väntetider kan också öka det oändamålsenliga anlitandet av jourtjänster och kostnaderna i anslutning till köhanteringen.

Av de uppgifter om besök hos primärvården som lämnats till Avohilmo-registret bildas databasrapporter om tillgången till vård. Av figur 1 framgår tillgången till öppen sjukvård inom primärvården i välfärdsområdena inom den längsta väntetiden på 14 dygn år 2024. Figuren omfattar alla åldersgrupper. I genomsnitt genomfördes 89 procent av besöken i välfärdsområdena inom den längsta väntetiden på 14 dygn.

⁴ Social- och hälsovårdsministeriets projektsida: Programmet för ett gott arbete ska locka och hålla kvar arbetskraft inom social- och hälsovården. Adress: <https://stm.fi/sv/programmet-for-social-och-halsovardspersonalens-tillracklighet-och-tillganglighet>.

Figur 1. Tillgången till öppen sjukvård inom primärvården i välfärdsområdena inom den längsta väntetiden på 14 dygn år 2024, alla åldersgrupper. Källa: Institutet för hälsa och välfärd.



De längsta väntetiderna för att få icke-brådskande vård inom primärvården har förlängts genom regeringens proposition RP 134/2024 rd, som lämnades hösten 2024. Genom propositionen frångicks den längsta väntetiden på 14 dygn för att få icke-brådskande vård inom primärvårdens öppna sjukvård i fråga om personer som fyllt 23 år, och den tidigare längsta väntetiden på tre månader återinfördes. I propositionen bedömdes det att den förlängning av väntetiden för att få vård som förslagen leder till kan medföra direkta och indirekta negativa konsekvenser, såsom förvärrade sjukdomar till följd av eventuella dröjsmål i samband med vården, och därmed föranleda ökade kostnader för vården och i sista hand en försämring av befolkningens hälsotillstånd. Till följd av propositionen bedömdes kunderna i mindre utsträckning än tidigare söka sig till primärvårdens öppna sjukvård inom välfärdsområdena, då de längsta väntetiderna för att få vård föreslogs bli längre och det bedömdes att också de faktiska väntetiderna sannolikt förlängs. Kundmängderna förväntades öka i fråga om de tjänster som erbjuds parallellt med välfärdsområdenas tjänster, alltså privata tjänster som ersätts via sjukvårdsförsäkringen och företagshälsovårdens sjukvårdstjänster.

2.1.2 Personal och arbetsfördelning inom hälso- och sjukvården

Tillgången till social- och hälsovårdspersonal, och personalens tillräcklighet, har försämrats kraftigt i hela landet under de senaste åren. Det råder personalbrist för nästan alla yrkesgruppers och tjänsters del, men det finns variationer mellan olika regioner, tidsperioder och yrkesgrupper. Under de senaste åren har i synnerhet bristen på sjukskötare och närvårdare ökat.

Nästan 50 procent av läkarna är anställda i huvudsyssla vid sjukhus och 25 procent vid hälsovårdscentraler. Av läkarna arbetar 16 procent vid privata läkarcentraler och läkarmottagningar och 11 procent på andra verksamhetsställen.⁵ Det råder brist på läkararbetskraft inom så gott som alla medicinska specialiteter.

Var fjärde läkare i ett välfärdsområde arbetar deltid. Det har blivit vanligare med deltidsarbete bland läkare under de senaste åren, och den vanligaste orsaken är en strävan att få arbetsbördan att minska. Denna orsak accentueras särskilt bland läkare inom primärvården. Bland läkare vid hälsovårdscentraler har det upprepade gånger noterats en större belastning än bland andra läkare till följd av ständig brådska, en arbetsmängd som de inte har kontroll över och resursbrist.⁶

År 2023 arbetade cirka 213 000 personer inom den offentliga social- och hälsovården. Inom hälsovårdstjänsterna arbetade cirka 126 000 anställda (59,2 %). Siffrorna inkluderar inte inhyrd personal eller personal som skaffats i form av köpta tjänster från den privata sektorn. De tjänster inom hälso- och sjukvården som omfattade det största antalet anställda var sjukhustjänster och hälsovårdscentraler. Där arbetade sammanlagt 95,7 procent av hela hälso- och sjukvårdspersonalen. År 2023 uppgick andelen personer som arbetar inom sjukhustjänster till 66,7 procent (cirka 84 200 anställda) av alla som arbetade inom hälso- och sjukvården. Det året uppgick andelen anställda vid hälsovårdscentraler till 29,1 procent (cirka 36 700 anställda) av dem som arbetade inom hälso- och sjukvården.

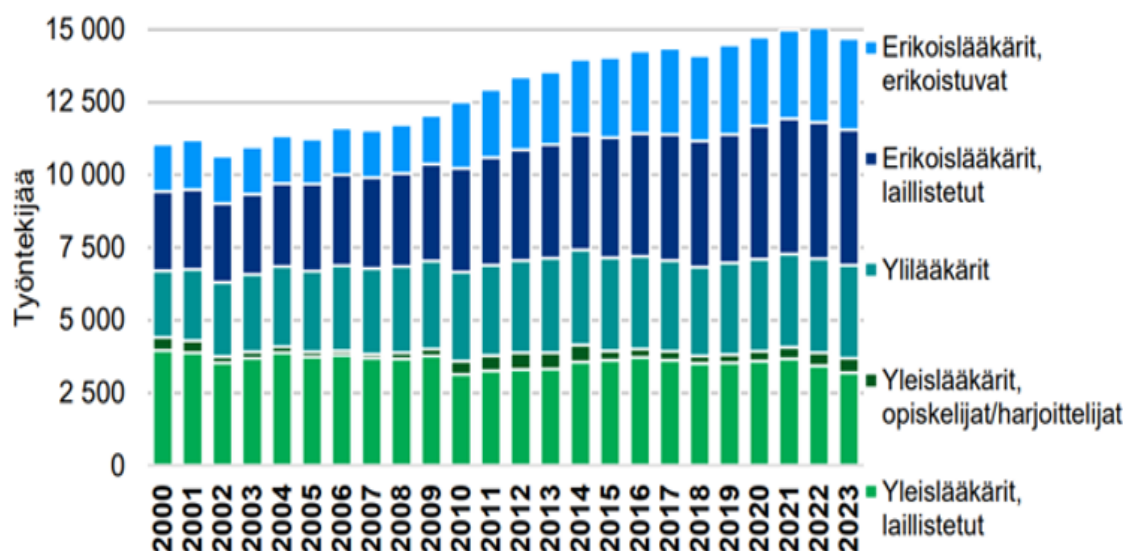
Antalet anställda inom den offentliga sektorns social- och hälsovårdstjänster i förhållande till invånarantalet varierar från region till region. Antalet anställda inom hälso- och sjukvården i förhållande till invånarantalet var störst i Mellersta Österbottens välfärdsområde, där det 2023 fanns 337 anställda per 10 000 invånare. Minst anställda i förhållande till invånarantalet fanns det i Vanda och Kervo välfärdsområde, där det 2023 fanns 112 anställda per 10 000 invånare.

Läkarnas andel av de anställda inom hälso- och sjukvården uppgick 2023 till 11,5 procent (cirka 14 500 anställda). Inom hälso- och sjukvården arbetade merparten av läkarna, (73,0 %) inom sjukhustjänster (cirka 10 600 anställda). Vid hälsovårdscentralerna arbetade 25,8 procent av läkarna (cirka 3 800 anställda). Av figur 2 framgår utvecklingen av antalet läkare, indelade i undergrupper, inom den offentliga hälso- och sjukvården under 2000-talet.

⁵ Specialistläkar- och specialisttandläkarsituationen och utbildningsbehovet fram till 2035. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2022:21. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5395-6> (på finska med svenskt presentationsblad).

⁶ Se Läkarförbundet: Lääkärit työssä. Adress: <https://www.laakariliitto.fi/tutkittua-tietoa/laakarityossa/>.

Figur 2. Antalet läkare, indelade i undergrupper, inom den offentliga sektorn 2023. Källa: Institutet för hälsa och välfärd.

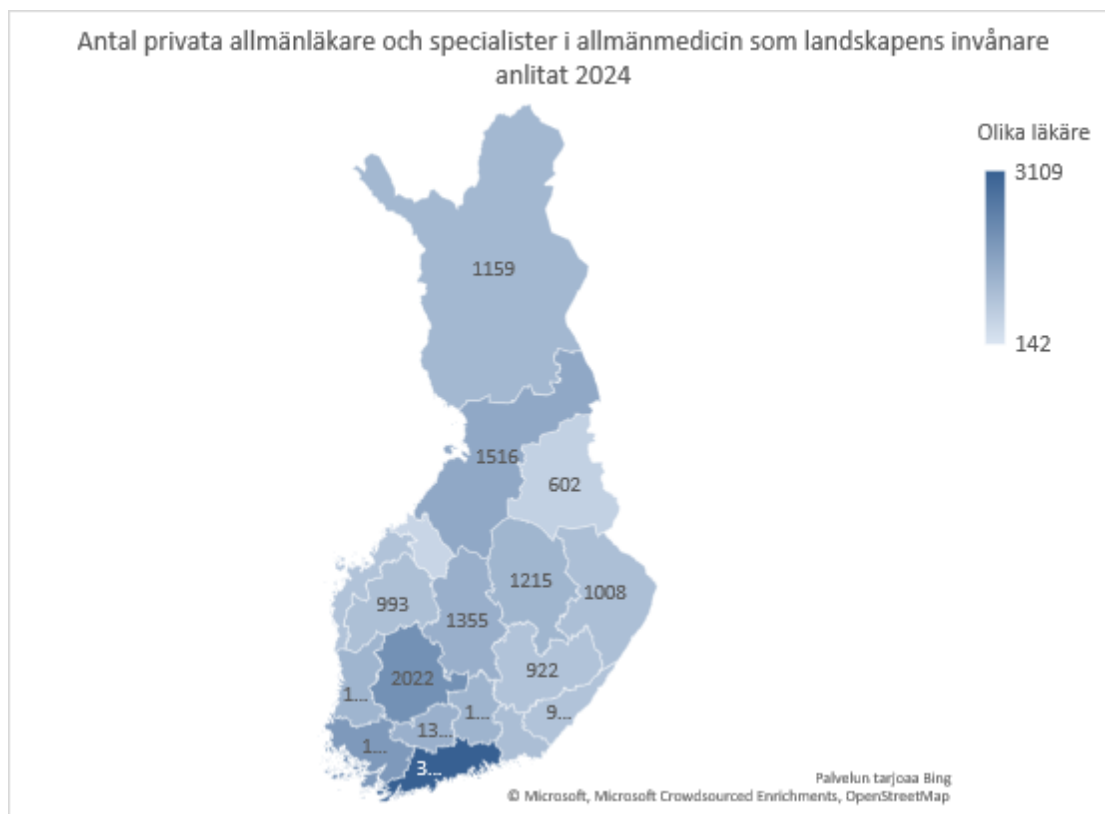


År 2023 uppgick andelen sjukskötare, hälsovårdare och barnmorskor till 36,9 procent (cirka 46 600 anställda) av de anställda inom hälso- och sjukvården. Inom hälso- och sjukvården arbetade merparten av sjukskötarna, hälsovårdarna och barnmorskorna, 69,8 procent (cirka 32 500 anställda), inom sjukhustjänster 2023. Vid hälsovårdscentralerna arbetade 28,4 procent av sjukskötarna, hälsovårdarna och barnmorskorna (cirka 13 200 anställda).⁷

Av figur 3 framgår antalet allmänläkare och specialister i allmänmedicin enligt landskap. I uppgifterna från Folkpensionsanstalten har antalet sådana läkare beaktats för vars mottagningar det betalades FPA-ersättning 2024. Sett till antalet finns det flest sådana läkare i huvudstadsregionen och Birkaland.

⁷ Institutet för hälsa och välfärd: Social- och hälsovårdspersonalen inom den offentliga sektorn 2023. Statistikrapport 19.12.2024. Adress: <https://www.julkari.fi/handle/10024/150103>. Huvudresultaten finns på svenska.

Figur 3. Antalet allmänläkare och specialister i allmänmedicin enligt landskap 2024, utifrån antalet besök som ersatts av Folkpensionsanstalten. Källa: Folkpensionsanstaltens forskning.



Inom den offentliga primärvården är det allt oftare en sjukskötare som ger patienten vård med stöd av läkarkonsultation. Antalet läkarkonsultationer ökade 2019–2023, samtidigt som de fysiska besöken minskade. Från och med 2021 har också antalet distansbesök minskat, så att antalet distansbesök hos läkare 2022–2023 var lägre än 2018–2019, alltså åren före coronapandemin.

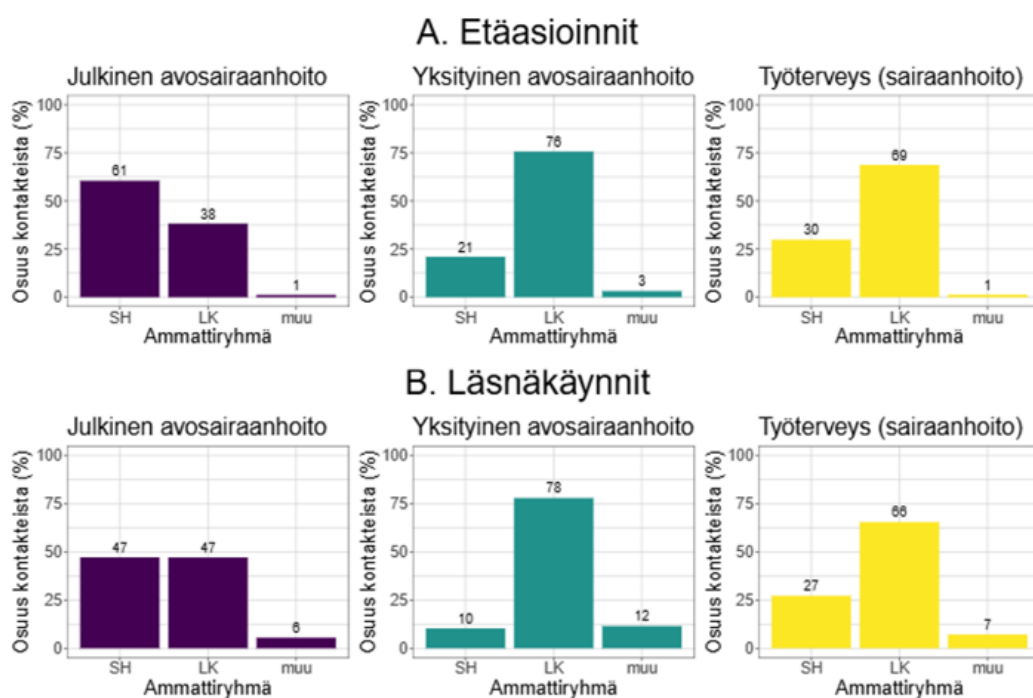
Enligt 51 § i hälso- och sjukvårdslagen ska ett välfärdsområde ordna sin verksamhet så att en patient vardagar under tjänstetid under samma dag kan få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom primärvården och få en individuell bedömning av sitt undersöknings- eller vårdbehov och av hur brådskande det är samt av vilken yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som utför sådana undersökningar eller ger sådan vård som patienten behöver. Bedömningen görs av en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

År 2024 ledde ett besök hos en sjukskötare eller hälsovårdare inom den öppna sjukvården inom den offentliga hälso- och sjukvården i cirka 26 procent av fallen inte till någon fortsatt åtgärd, såsom ett läkarbesök. Det går inte att utläsa av besöken om det har varit fråga om en bedömning av vårdbehovet eller om någon annan orsak till besöket hos sjukskötaren eller hälsovårdaren. Ett besök hos en sjukskötare eller hälsovårdare ledde i cirka 38 procent av fallen till att det

gjordes upp en plan för fortsatt vård eller ordnades fortsatt vård. I cirka 12 procent av fallen hänvisades patienten till en läkare eller tandläkare.⁸

I en undersökning av Haaga m.fl. (2025)⁹ utreddes användningen, användarna, produktionen och effekterna av digitala tjänster med hjälp av finländskt registermaterial. Enligt undersökningen avviker den privata öppna sjukvården och företagshälsovården avsevärt från den offentliga öppna sjukvården, eftersom deras verksamhet är mycket mer läkarcentrerad. I figuren nedan anges andelen kontakter med sjukskötare, läkare eller andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, indelade i offentlig öppen sjukvård, privat öppen sjukvård och sjukvård inom företagshälsovården samt distansmottagningar och fysiska mottagningar.

Figur 4. Distanskontakt med och fysiska besök hos olika yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (SH = sjukskötare, LK = läkare) Källa: Haaga m.fl. (2025).



2.1.3 Överföring av uppgifter inom hälso- och sjukvården

Lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (703/2023) innehåller bestämmelser om bland annat allmänna principer för behandlingen av kunduppgifter, personuppgiftsansvar för kunduppgifter, rätt för tjänstetillhandahållare inom hälso- och

⁸ Institutet för hälsa och välfärd: Avohilmo, Uppgifter om fortsatt vård inom hälso- och sjukvårdens öppenvård. Adress: https://sampo.thl.fi/pivot/prod/sv/avo/perus20/summary_jatko01.

⁹ Haaga, T., Kortelainen, M., Mauno, V., Nokso-Koivisto, O., Saxell, T., Seppä, M., Sääksvuori, L. (2025); Perusterveydenhuollon digiklinikka- ja etäasiointi ja läsnäkäynnit sektoreittain Avohilmo-aineistossa 4/2023–3/2024; arbetsdokument, januari 2025. Adress: <https://osf.io/ey7bn>.

sjukvården att få uppgifter och kraven på informationssystem inom social- och hälsovården. Lagen innehåller dessutom bestämmelser om de riksomfattande informationssystemtjänsterna (Kanta-tjänster) och om de krav som ställs på genomförandet av dem. Den förpliktar offentliga tjänstetillhandahållare inom social- och hälsovården att föra in klient- och patientuppgifter i de riksomfattande arkiveringstjänsterna. Det är obligatoriskt för privata tjänstetillhandahållare inom social- och hälsovården att börja använda Kanta-tjänsterna, om de använder ett informationssystem som är avsett för behandling av klient- och patientuppgifter.

Patientdatalagret är en tjänst där hälso- och sjukvården arkiverar elektroniska patientuppgifter som uppkommit i samband med vården. MittKanta är medborgarens vy av de uppgifter som sparats om personen i Patientdatalagret. De som vårdar en kund ser de uppgifter som sparats i olika social- och hälsovårdstjänster, om kunden har gett tillstånd till det i MittKanta eller vid kontakt med social- eller hälsovården. MittKanta användes av något över 3,1 miljoner finländare sammanlagt 2024.

Samtliga aktörer inom den offentliga hälso- och sjukvården har anslutit sig till Patientdatalagret. Merparten av tjänsteproducenterna inom den privata hälso- och sjukvården har också anslutit sig.¹⁰ Även om en tjänsteproducent inom hälso- och sjukvården har anslutit sig till Patientdatalagret, sparar den inte nödvändigtvis alla patientuppgifter där. Alla tjänsteproducenter har exempelvis ännu inte börjat spara uppgifter om mun- och tandvård eller bilddiagnostik.

I praktiken är patientuppgifterna tillgängliga mellan olika sektorer och tjänsteproducenter inom hälso- och sjukvården via Patientdatalagret. Dessutom har välfärdsområdena och de privata tjänsteproducenterna egna patientdatasystem via vilka det går att kontrollera uppgifter i Patientdatalagret. Dessa patientdatasystem skiljer sig åt i fråga om hur patientuppgifter kan utnyttjas i patientarbetet. För att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska kunna se patientuppgifterna måste kunden ha gett sitt samtycke till att uppgifter lämnas ut.

2.1.4 Äldres anlitan av hälsovårdstjänster och tillgången till vård

År 2023 hade 23,5 procent, det vill säga cirka 1,3 miljoner, av Finlands befolkning fyllt 65 år. Av dem var cirka 52 procent 65–74 år, cirka 36 procent 75–84 år och cirka 12 procent 85 år fyllda. De som hade fyllt 65 år stod för cirka 46 procent av hela befolkningens läkarbesök inom den offentliga primärvårdens öppna sjukvård.

Utifrån ICD-10-diagnoserna inom hälso- och sjukvårdens öppenvård finns det bland personer som fyllt 65 år fler diagnoser per antalet kunder än inom den övriga vuxna befolkningen, särskilt när det gäller sjukdomar i cirkulationsorganen, typ 2-diabetes och störningar i den mentala hälsan. I tabell 1 anges antalet diagnoser per antalet kunder enligt åldersgrupp inom den vuxna befolkningen. Inom alla undersökta diagnosgrupper syns det med början från 65–74-åringarna en avsevärd ökning av diagnoserna med stigande ålder.

¹⁰ Privata tillhandahållare av tjänster inom hälso- och sjukvården som anslutit sig till Patientdatalagret hittas på adressen <https://www.kanta.fi/sv/halso-och-sjukvarden-som-anvander-patientdataarkivet>.

Tabell 1. Diagnoser/kunder vid typ 2-diabetes, sjukdomar i cirkulationsorganen och psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, enligt åldersgrupp (diagnoser/kunder) 2023. Källa: Institutet för hälsa och välfärd, 2025¹¹

ICD-10	25–49	50–64	65–74	75–84	85 och äldre
E11 Typ 2-diabetes (vuxen typ)	3,8	4,3	6,1	8,9	18,3
I00-I99 Cirkulationsorganens sjukdomar	2,1	3,1	6,0	10,6	22,4
F00-F99 Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar	4,8	4,9	10,2	12,0	11,6

Enligt uppgifter för 2023 från Institutet för hälsa och välfärd besökte personer som hade fyllt 65 år läkare inom den offentliga primärvården i genomsnitt cirka 3 gånger per år. Inom den privata hälso- och sjukvården var antalet motsvarande besök i genomsnitt cirka 2. Av figur 4 framgår hur personer i åldersgruppen 65 år fyllda besöker läkare inom de olika sektorerna, inklusive parallella besök. Av tabell 2 framgår läkarkontakterna 2023 för personer som har fyllt 65 år och av tabell 3 motsvarande läkarkontakter för personer under 65 år.

Tabell 2. Kontakter som 65 år fyllda hade med läkare 2023, indelade i besök inom den offentliga respektive den privata hälso- och sjukvården och enligt typ av kontakt. Källa: Institutet för hälsa och välfärd¹² (3.2.2025).

Öppen sjukvård inom primärvården, personer som fyllt 65 år, läkarbesök 2023				
Läkare	Offentligt		Privat	
	Vårdhändelser	Patienter	Vårdhändelser	Patienter
Fysiskt besök	1 588 459	715 350	650 624	333 015
Distansbesök	773 398	390 076	94 855	63 079
Alla typer av kontakt	2 361 857	799 561	745 479	343 400

Tabell 3. Kontakter som personer under 65 år hade med läkare 2023, indelade i besök inom den offentliga respektive den privata hälso- och sjukvården och enligt typ av kontakt. Källa: Institutet för hälsa och välfärd (3.2.2025).

Öppen sjukvård inom primärvården, personer under 65 år, läkarbesök 2023				
Läkare	Offentligt		Privat	
	Vårdhändelser	Patienter	Vårdhändelser	Patienter
Fysiskt besök	2 038 013	1 102 381	1 852 631	888 239
Distansbesök	679 095	391 604	513 108	312 491

¹¹ Institutet för hälsa och välfärd: Statistik över primärvårdens öppna sjukvård – THL Avohilmo statistiktjänst. Adress:

https://sampo.thl.fi/pivot/prod/sv/avo/perus15/fact_ahil_perus15?&row=diagnoosi-121105&column=aika-87596&fo.

¹² Institutet för hälsa och välfärd: Terveyspalvelut julkisessa terveydenhuollossa, yksityisessä terveydenhuollossa ja työterveyshuollossa (ung. Hälsovårdstjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården, den privata hälso- och sjukvården och företagshälsovården). Adress:

https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/hilmokokonaisuus/kuutio01/summary_tiiviste1. Texten finns endast på finska.

Alla typer av kontakt	2 717 108	1 216 040	2 365 739	984 076
-----------------------	-----------	-----------	-----------	---------

I fråga om andra besök än läkarbesök stod de som hade fyllt 65 år för cirka 47 procent av besöken inom den offentliga primärvårdens öppna sjukvård.

Av tabell 4 framgår de kontakter som 65 år fyllda och av tabell 5 de kontakter som personer under 65 år hade med andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (inklusive exempelvis hälsovårdare, sjukskötare och fysioterapeuter). Åldersgruppen 65 år fyllda besökte andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i genomsnitt cirka 5 gånger inom den offentliga primärvården och i genomsnitt cirka 2 gånger inom den privata hälso- och sjukvården.

Tabell 4. Besök som 65 år fyllda gjorde hos andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården än läkare 2023, indelade i besök inom den offentliga respektive den privata hälso- och sjukvården och enligt typ av kontakt. Källa: Institutet för hälsa och välfärd (3.2.2025).

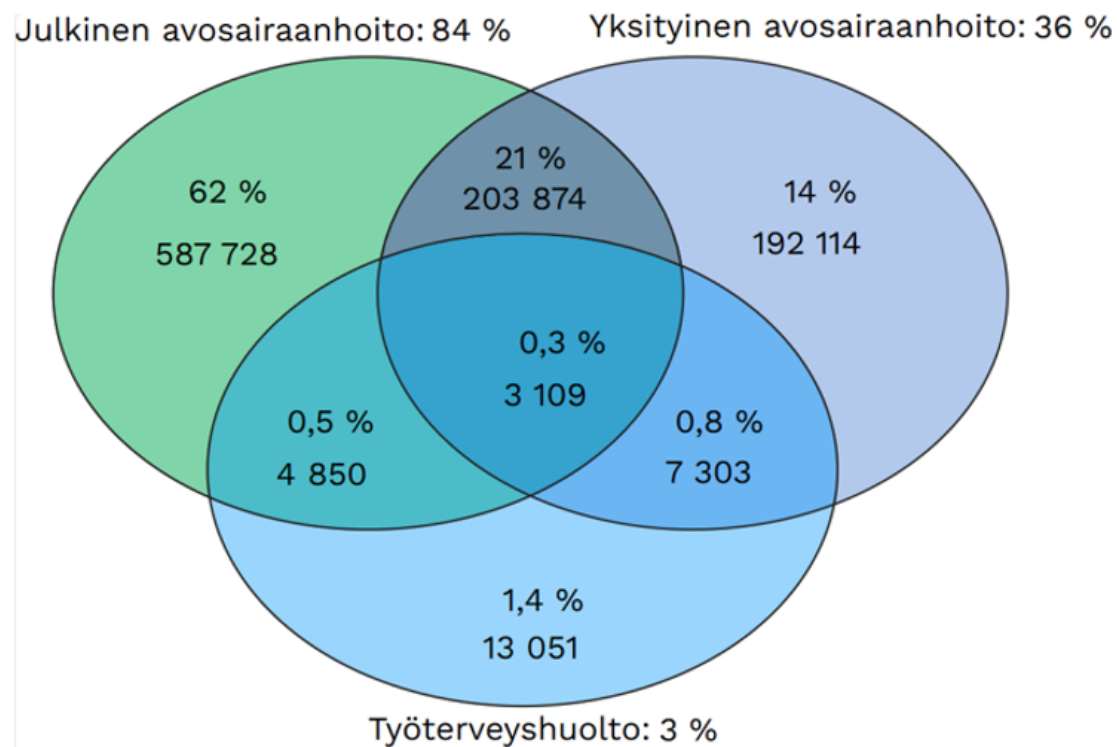
Öppen sjukvård inom primärvården, personer som fyllt 65 år, besök hos andra yrkesutbildade än läkare 2023				
Andra än läkare	Offentligt		Privat	
	Vårdhändelser	Patienter	Vårdhändelser	Patienter
Fysiskt besök	2 201 829	704 431	201 573	92 058
Distansbesök	2 630 555	712 743	13 940	9 778
Alla typer av kontakt	4 832 384	924 395	215 513	97 062

Tabell 5. Besök som personer under 65 år gjorde hos andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården än läkare 2023, indelade i besök inom den offentliga respektive den privata hälso- och sjukvården och enligt typ av kontakt. Källa: Institutet för hälsa och välfärd (3.2.2025).

Öppen sjukvård inom primärvården, personer under 65 år, besök hos andra yrkesutbildade än läkare 2023				
Andra än läkare	Offentligt		Privat	
	Vårdhändelser	Patienter	Vårdhändelser	Patienter
Fysiskt besök	2 368 360	986 867	631 596	291 049
Distansbesök	2 963 061	1 118 572	197 246	104 576
Alla typer av kontakt	5 331 421	1 543 694	828 842	367 669

Av figur 5 framgår hur personer som har fyllt 65 år parallellt anlitar de olika sektorerna inom hälso- och sjukvården för läkarbesök inom den öppna sjukvården. I siffrorna har endast de personer i denna åldersgrupp beaktats som besökte läkare en eller flera gånger 2023. Enligt figuren hade 21 procent av de 65 år fyllda besökt läkare inom både den offentliga och den privata hälso- och sjukvården. Av åldersgruppen hade 62 procent besökt läkare enbart inom den offentliga hälso- och sjukvården och 14 procent enbart inom den privata hälso- och sjukvården. Alla tre sektorer anlitas av 0,3 procent av åldersgruppen.

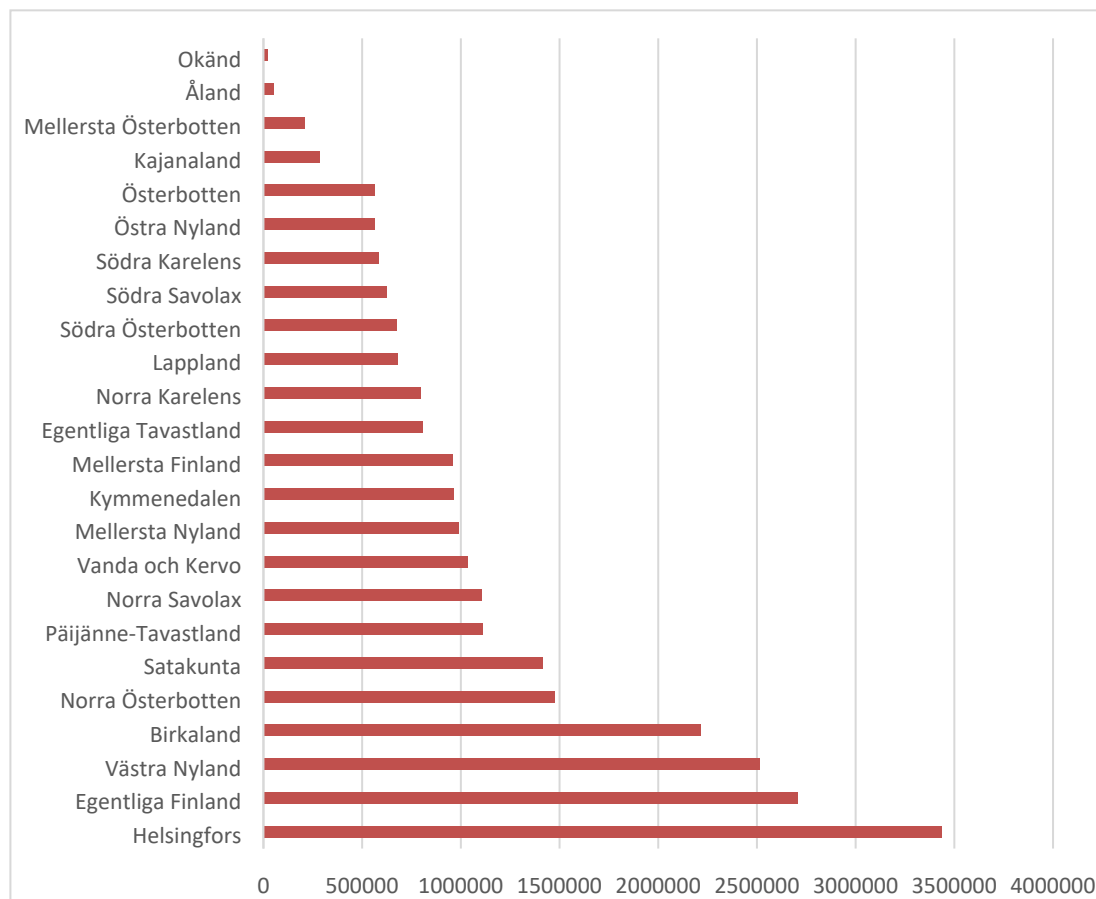
Figur 5. Patienter som har fyllt 65 år och som inom de olika sektorerna besökte läkare inom den öppna sjukvården 2023 (3.2.2025). Källa: Institutet för hälsa och välfärd.



I statistiken från Institutet för hälsa och välfärd ingår i siffrorna över privat öppen sjukvård både mottagningsbesök som har ersatts av Folkpensionsanstalten och besök för vilka FPA-ersättning inte har betalats. Av figur 6 framgår de ersättningar för läkararvoden som 2024 betalades till personer som har fyllt 65 år.

Enligt uppgifter från Folkpensionsanstalten betalades 2024 i hela landet 24 procent av alla ersättningar för arvoden till allmänläkare eller specialister i allmänmedicin till personer som har fyllt 65 år. De största relativa andelarna av dessa ersättningar till åldersgruppen i fråga för läkararvoden betalades i Södra Karelen, i Södra Savolax och på Åland, där 36 procent av ersättningarna gick till personer som har fyllt 65 år, samt i Päijänne-Tavastland, där andelen var 35 procent.

Figur 6. Samtliga ersättningar för läkararvoden som 2024 betalades till personer som har fyllt 65 år. Källa: Folkpensionsanstaltens forskning.



Enligt uppgifter från Folkpensionsanstalten hänvisades personer som hade fyllt 65 år i 23,6 procent av de besök hos allmänläkare för vilka det betalades FPA-ersättning, till laboratorieundersökningar 2022. Motsvarande siffra när det gällde hänvisning till bilddiagnostiska undersökningar var 7,5 procent. Hänvisningar till laboratorieundersökningar omfattade i genomsnitt cirka tre olika laboratorieundersökningar. Hänvisningar till bilddiagnostiska undersökningar omfattade i genomsnitt en undersökning.

Det finns skillnader i anlitaandet av hälsovårdstjänster inom åldersgruppen 65 år fyllda. Läkarbesöken inom den offentliga öppna sjukvården ökar ju äldre personen är. Det finns inga betydande skillnader mellan kvinnors och mäns genomsnittliga antal besök inom den offentliga öppna sjukvården. Av tabellen nedan framgår de genomsnittliga antalen besök indelade enligt kön och åldersgrupp.

Tabell 6. Genomsnittliga antal läkarbesök inom den offentliga öppna sjukvården, enligt kön och åldersgrupp. Källa: Institutet för hälsa och välfärd, Avohilmo.

Läkarbesök/kunder inom den offentliga öppna sjukvården				
	2023		2024	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
25–49	3,3	2,9	3,4	3,0
50–64	3,7	3,5	3,9	3,6
65–74	4,3	3,9	4,3	3,9
75–84	5,1	4,6	5,1	4,6
+85	5,8	5,5	5,9	5,5

Bland dem som har fyllt 65 år är det vanligare med sådana läkarbesök inom den privata hälso- och sjukvården som ersätts av Folkpensionsanstalten ju yngre åldersgrupp det är fråga om, men skillnaderna mellan åldersgrupperna är rätt små. Av tabellen nedan framgår de genomsnittliga antalen läkarbesök för vilka det betalats FPA-ersättning, indelade enligt åldersgrupp och kön. I statistiken har alla besök hos allmänläkare och specialistläkare som ersätts av Folkpensionsanstalten beaktats.

Tabell 7. Genomsnittliga antal läkarbesök inom den privata hälso- och sjukvården för vilka det betalats FPA-ersättning, indelade enligt kön och åldersgrupp. Källa: Kelasto.

Mottagare av sjukvårdsersättning, läkarbesök/kunder				
	2023		2024	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
25–49	2,4	2,3	2,4	2,3
50–64	2,1	2,2	2,1	2,2
65–74	2,0	1,9	2,0	1,9
75–84	2,0	1,9	2,0	1,8
+85	1,9	1,9	1,9	1,9

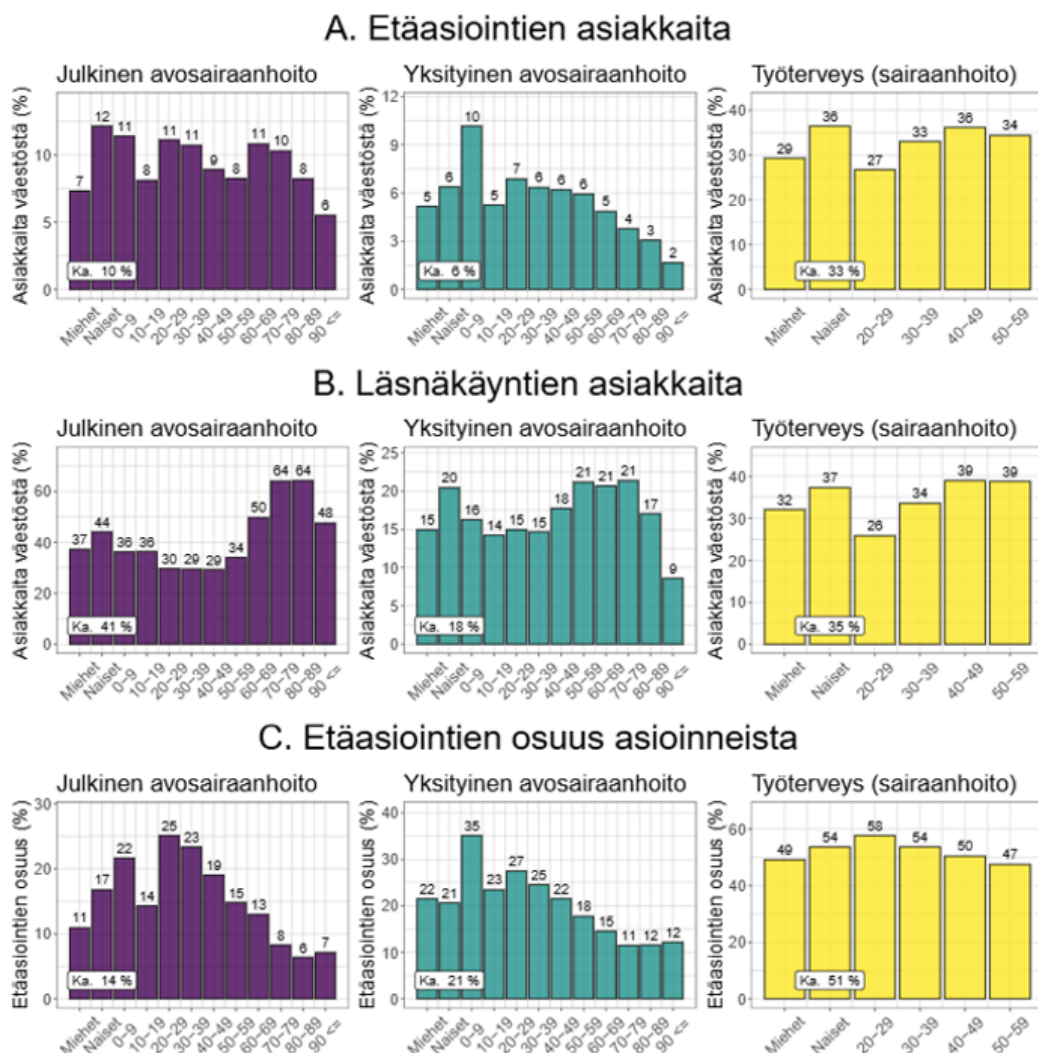
2.1.4.1 Äldres användning av olika mottagningsformer

I hur stor utsträckning människor använder sig av digitala kliniker och distansbesök har konstaterats ha samband med sociodemografiska faktorer såsom kön, ålder, inkomstnivå och modersmål både när det gäller distansbesök och fysiska besök. Det är vanligare med besök av kvinnor än män inom alla sektorer, med undantag för distansbesök inom den privata öppna sjukvården. Där var andelen män något större än andelen kvinnor.

Inom den offentliga hälso- och sjukvården är det äldre personer och den lägre halvan av inkomstfördelningen som framträder som kunder. Dessutom framträder andelen 50–79-åringar när det gäller fysiska besök inom den privata öppna sjukvården. På motsvarande sätt är det mer sällsynt att äldre gör distansbesök: andelen distansbesök är minst bland personer över 60 år. Andelen distansbesök av alla besök av personer över 65 år ligger på cirka 6–8 procent inom den offentliga öppna sjukvården och på cirka 11–12 procent inom den privata öppna sjukvården. Av

figur 7 framgår befolkningsandelarna när det gäller distansbesök och fysiska besök samt andelen distansbesök av alla besök inom primärvården, enligt kön och ålder.¹³

Figur 7. Befolkningsandelar i fråga om distansbesök och fysiska besök samt andelen distansbesök av alla besök inom primärvården, enligt kön och ålder. Källa: Haaga m.fl. (2025).



2.2 Allmänt om förmåner och ersättningar inom sjukförsäkringen

I 2 kap. i sjukförsäkringslagen anges de allmänna principerna och förutsättningarna för sjukvårdsersättningar och erhållande av ersättning. I enlighet med den lagen får en försäkrad ersättning för av privatläkare och privata tandläkare utförd och föreskriven undersökning och

¹³ Haaga, T., Kortelainen, M., Mauno, V., Nokso-Koivisto, O., Saxell, T., Seppä, M., Sääksvuori, L. (2025); Perusterveydenhuollon digiklinikka- ja etäasiointi ja läsnäkäynnit sektoreittain Avohilmoineistossa 4/2023–3/2024; arbetsdokument, januari 2025. Adress: <https://osf.io/ey7bn>.

vård, av läkare och tandläkare förskrivna läkemedel för behandling av den försäkrades sjukdom, av läkare förskrivna kliniska näringspreparat och salvbaser, av sjukskötare inom ramen för den begränsade eller tidsbegränsade förskrivningsrätten förskrivna läkemedel och salvbaser samt ersättning för resekostnader i anslutning till behandlingen av en sjukdom.

En försäkrad har enligt 2 kap. 2 § i sjukförsäkringslagen rätt att i fråga om det belopp som överstiger självriskandelen få ersättning för nödvändiga sjukvårdskostnader samt för nödvändiga kostnader vid graviditet och förlossning. En försäkrad ersätts för kostnaderna för sjukvård till det belopp kostnaderna för vården skulle ha uppgått till för den försäkrade med undvikande av onödiga kostnader, men utan äventyrande av den försäkrades hälsa.

Med stöd av sjukförsäkringslagen ersätts inte kostnader för sjukvårdstjänster som ett välfärdsområde ordnat, kostnader för läkemedelsbehandling som ges vid öppen mottagning i samband med sådana tjänster och inte heller avgifter som tagits ut med stöd av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992). Inte heller ersätts sjukvårdskostnader när tjänster inom den privata hälso- och sjukvården tillhandahålls i lokaler för den socialvård eller hälso- och sjukvård som anordnas av ett välfärdsområde. Med stöd av sjukförsäkringslagen ersätts inte heller sjukvårdskostnader för den tid en försäkrad får offentlig institutionsvård eller motsvarande vård.

Enligt 1 kap. 3 § i sjukförsäkringslagen svarar Folkpensionsanstalten för verkställigheten av sjukförsäkringen. Även arbetsplatskassorna deltar i verkställigheten av lagen.

I 15 kap. 9 § i sjukförsäkringslagen finns det bestämmelser om direktersättningsförfarandet. Ersättningen betalas till en serviceproducent som tar ut självrisk av kunden (skillnaden mellan priset på tjänsten och ersättningen enligt sjukförsäkringslagen) och ansöker om ersättning hos Folkpensionsanstalten i enlighet med ett ingånget avtal.

2.2.1 Finansiering av sjukförsäkringen

Bestämmelser om finansiering av sjukförsäkringen finns i 18 kap. i sjukförsäkringslagen. Finansieringen av sjukförsäkringen delas upp i finansieringen av sjukvårdsförsäkringen och finansieringen av arbetsinkomstförsäkringen. Sjukförsäkringsfondens minimibelopp ska vid utgången av respektive år utgöra minst åtta procent av sjukförsäkringens årliga totalutgifter. Från utgifterna dras intäkterna av sjukförsäkringsfondens egendom av.

Läkemedelsersättningar, ersättningar för vård och undersökningar, reseersättningar och utgifter för rehabilitering som Folkpensionsanstalten ordnar och ersätter är utgifter för sjukvårdsförsäkringen som ska betalas ur sjukförsäkringsfonden. Andra utgifter för sjukvårdsförsäkringen är de sjukvårdskostnader som ingår i grundskyddsandelen inom lantbruksföretagarnas försäkring för olycksfall i arbetet och yrkessjukdom samt de ersättningar som betalas med stöd av 9 § 2–4 mom. och 20 och 21 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård (1201/2013). Utgifter för sjukvårdsförsäkringen är därtill de omkostnader som Folkpensionsanstalten orsakas av verkställigheten av de ovan avsedda förmånerna och ersättningarna. Som utgifter för sjukvårdsförsäkringen beaktas dessutom den inverkan som den årliga förändringen av de ovan avsedda utgifterna har på trygghandlet av sjukförsäkringsfondens minimibelopp.

Sjukvårdsförsäkringens förmåner och ersättningar finansieras genom sjukförsäkringens sjukvårdspremie, som tas ut hos alla försäkrade på den inkomst som beskattas vid kommunalbeskattningen. Löntagarna och företagarna samt pensions- och förmånstagarna står tillsammans för de försäkrades finansieringsandel. Utgifterna för sjukvårdsförsäkringen

finansieras med statens andel (51,4 %) och de försäkrades sjukvårdspremie (48,6 %). Av statens medel finansieras också de ersättningar som betalas med stöd av 9 § 2–4 mom. och 20 och 21 § i lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård till den del ersättningarna inte kan täckas med kostnadsersättningar som erhållits från utlandet på basis av sjukvårdsförmåner som beviljats i Finland. I finansieringsandelarna har också de omkostnader beaktats som Folkpensionsanstalten orsakas av verkställigheten av förmånerna och ersättningarna. Den sjukvårdspremie som tas ut på pensions- och förmånsinkomster är högre än den som tas ut på förvärvsinkomster.

Statsrådet fastställer årligen avgiftsprocentsatserna för sjukförsäkringsavgifterna genom förordning av statsrådet. De avgifter som tas ut för att finansiera sjukförsäkringen följer förmånsutgifternas och inkomstnivåns utveckling. År 2025 utgör sjukvårdspremien 1,06 procent av den förvärvsinkomst och 1,45 procent av de pensions- och förmånsinkomster som beskattas vid kommunalbeskattningen.

2.2.2 Ersättningar för vård och undersökningar inom den privata sjukvården

I 3 kap. i sjukförsäkringslagen föreskrivs det om ersättningar för vård och undersökningar.

Från ingången av 2023 har ersättningar för vård och undersökningar inom den privata sjukvården betalats med stöd av 3 kap. 1–3 § i sjukförsäkringslagen enligt följande: 1) sådana undersökningar som en läkare utfört för konstaterande av en eventuell sjukdom eller bestämmande av vård samt den vård som en läkare gett och kostnaderna för anskaffning av läkarintyg eller läkarutlåtande som behövs för ansökan om förmåner enligt sjukförsäkringslagen, 2) av en tandläkare utförd vård av mun och tänder, undersökning av mun och tänder en gång vartannat kalenderår eller en gång per kalenderår, om tandläkaren vid en undersökning konstaterat att 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, 3) undersöknings- och vårdåtgärder som föreskrivits av en specialist i psykiatri, en specialist i mun- och käkkirurgi eller en tandläkare, om undersökningen eller vården har utförts eller getts av en sådan annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i sjukförsäkringslagen eller om åtgärden har vidtagits vid en sådan verksamhetsenhet inom den privata hälso- och sjukvården som avses i lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990), samt 4) undersökningar utförda av en psykolog, om det är fråga om av en läkare föreskrivna undersökningar som hänför sig till någon annan undersökning eller vård av den försäkrade. Andra undersöknings- och vårdåtgärder än sådana som föreskrivits av en tandläkare, en specialist i mun- och käkkirurgi eller en specialist i psykiatri, såsom laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar, ersätts inte av Folkpensionsanstalten.

Genom propositionerna 174/2024 rd och 195/2024 rd föreslogs det en utvidgning av ersättningarna för privat sjukvård. I proposition 174/2024 rd föreslogs det att rätten till ersättning för kostnader för assisterad befruktning återinförs. I proposition RP 195/2024 rd föreslogs det att besök hos en munhygienist för undersökning och behandling ska ersättas också utan remiss från en tandläkare högst två gånger per kalenderår och besök hos en fysioterapeut högst fyra gånger per kalenderår. Dessutom föreslogs det att vård som ges av specialister i gynekologi och obstetrik ska ersättas enligt en specialtaxa. Lagarna träder i kraft den 1 maj 2025.

Kostnader för privat vård och undersökning ersätts högst till ett belopp som motsvarar ersättningstaxan. Statsrådets förordning om grunderna för ersättningstaxorna enligt 3 kap. 4 och 5 § i sjukförsäkringslagen (1336/2004) innehåller bestämmelser om grunderna och

maximibeloppen för ersättningstaxorna samt om grunderna för grund- och specialtaxorna för läkar- och tandläkararvoden enligt sjukförsäkringslagen. Utifrån grunderna och maximibeloppen för ersättningstaxorna fastställer Folkpensionsanstalten en förteckning över de undersöknings- och vårdåtgärder som ska ersättas samt ersättningstaxorna för dem. Grunderna för ersättningstaxorna och de ersättningstaxor som ska fastställas baserar sig enligt 3 kap. 6 § i sjukförsäkringslagen 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 medel som står till buds för ersättningar.

Med stöd av sjukförsäkringslagen ersätts också kostnader för resor till privat hälso- och sjukvård i anslutning till behandlingen av en sjukdom, när undersökningen eller vården enligt sjukförsäkringslagen ska ersättas.

Syftet med ersättningar för vård och undersökningar inom den privata sjukvården enligt sjukförsäkringslagen har varit att utöka de försäkrades ekonomiska möjligheter att anlita tjänster inom den privata hälso- och sjukvården och på så sätt stödja friheten att välja producent av hälso- och sjukvårdstjänster. Avsikten med ersättningarna har inte varit att ge de försäkrade rätt till ett bredare serviceutbud än vad den offentliga hälso- och sjukvården erbjuder eller att jämna ut inkomstskillnader, utan att ersätta kostnader för behövlig sjukvård. Syftet med ersättningarna för vård och undersökningar är att de ska utgöra 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.

Under tidigare år har flera besparingar gjorts inom ersättningarna för vård och undersökningar inom den privata sjukvården. Vid ingången av 2023 genomfördes betydande inskränkningar i rätten till ersättning och sänkningar av ersättningstaxorna. Syftet med ändringarna var att åstadkomma besparingar i sjukförsäkringens ersättningar för vård och undersökningar inom den privata sjukvården och styra en del av medlen till välfärdsområdenas allmänna finansiering (RP 237/2022 rd).

Med stöd av den tilläggsfinansiering som man enades om under budgetförhandlingarna hösten 2023 höjdes ersättningstaxan för allmänläkare och speciallistläkare från 8 euro till 30 euro för fysiska mottagningar och till 25 euro för videomottagningar vid ingången av 2024. Ersättningstaxorna för besök hos specialister i psykiatri höjdes till 30–40 euro beroende på mottagningens längd. Även ersättningstaxorna för psykiatriska åtgärder, såsom psykoterapi, höjdes. Ersättningstaxan för tandläkares grundundersökning höjdes från 15,50 euro till 30 euro. Höjningen av ersättningarna förutsatte inga lagändringar, utan Folkpensionsanstalten fastställde ersättningstaxorna i enlighet med den gällande sjukförsäkringslagen.

2.2.3 Tjänster inom företagshälsovården

Enligt lagen om företagshälsovård (1383/2001) är arbetsgivare skyldiga att ordna företagshälsovård för sina arbetstagare i arbetsavtalsförhållanden eller tjänsteförhållanden. Förutom den lagstadgade förebyggande företagshälsovården kan arbetsgivaren ordna företagshälsovårdsinriktad sjukvård på allmänläkarnivå samt andra hälso- och sjukvårdstjänster för sina arbetstagare. En arbetsgivare har enligt sjukförsäkringslagen rätt att få ersättning för behövliga och skäligen kostnader (ersättningsklass I) för att ordna företagshälsovård grundad på arbetsgivarens skyldigheter i enlighet med lagen om företagshälsovård. Har en arbetsgivare utöver den lagstadgade företagshälsovården för sina arbetstagare ordnat sjukvård och annan hälsovård, har arbetsgivaren rätt att få ersättning för de behövliga och skäligen kostnader som föranletts av detta (ersättningsklass II). Företagare och lantbruksföretagare kan, om de så vill, ordna företagshälsovård för sig själva och få ersättning för den.

Cirka 1,9 miljoner löntagare omfattas av företagshälsovårdens sjukvård och för mer än 90 procent ingår sjukvårdstjänster i någon utsträckning i företagshälsovården.¹⁴ Arbetsgivare och tjänsteproducenter fastställer i avtalen om företagshälsovård vad den sjukvård som ingår i företagshälsovården omfattar. Företagshälsovårdens sjukvård omfattar i regel vård som ges av företagshälsovårdsläkare, företagshälsovårdare och företagsfysioterapeuter samt företagspsykologers utredningar av arbetstagares hälsa i anslutning till vård och utredning av hälsotillstånd eller bedömning av vårdmöjligheterna, vårdserier med fysioterapi med remiss av företagshälsovårdsläkare, konsultationer med specialistläkare för bedömning av arbetsförmåga eller vårdmöjligheterna så att företagshälsovårdsläkaren fortfarande har vårdansvaret, samt behövliga laboratorieundersökningar och bildiagnostiska undersökningar.¹⁵

2.2.4 Reseersättningar

Bestämmelser om reseersättningar finns i 4 kap. i sjukförsäkringslagen. Folkpensionsanstalten ersätter i regel resor till privat hälso- och sjukvård när det är fråga om sådan vård som ska ersättas enligt sjukförsäkringslagen. Enligt Folkpensionsanstaltens ersättningspraxis kan en resa inom den försäkrades eget välfärdsområde till en enhet inom hälso- och sjukvården ersättas. En förutsättning för detta är att villkoren för ersättning uppfylls.

Om kunden har sökt vård inom primärvården utanför sitt eget välfärdsområde, ersätter Folkpensionsanstalten resan enligt principen om närmaste vårdenhet. Då ersätts resan högst enligt de kostnader som orsakas av resan mellan kundens permanenta hemadress och den närmaste vårdenhet inom välfärdsområdet som tillhandahåller omfattande tjänster inom primärvården, det vill säga social- och hälsocentralen. I fråga om en resa till specialiserad sjukvård ersätts resan högst enligt vad det skulle ha kostat att resa till det universitetssjukhus inom samarbetsområdet som bestäms utifrån det egna välfärdsområdet.

2.3 Bedömning av nuläget i fråga om ersättningarna för vård och undersökningar

2.3.1 Allmänt

Av tabell 8 framgår mottagarna av FPA-ersättningar och de utbetalda ersättningarna för hela 2024 i fråga om alla ersättningar för läkararvoden, tandvårdsarvoden och undersökningar och vård. Ersättningar för läkararvoden betalades till cirka 26,6 procent och för tandläkararvoden till knappt 17 procent av befolkningen. I denna tabell innefattar tandvården tandläkararvoden och munhygienistarvoden, men inte av tandläkare ordinerad undersökning och behandling.

¹⁴ FPA:s statistiska årsbok 2023, på adressen <https://helda.helsinki.fi/items/a8263f70-18c9-40b1-aa25-dec94dfb4eda>

¹⁵ FPA, Sjukvård som ingår i företagshälsovård, på adressen <https://www.kela.fi/arbetsgivare-foretagshalsovard-sjukvard>

Tabell 8. Mottagare av FPA-ersättningar och utbetalda ersättningar 2024. Källa: Kelasto.

Förmåns lag	Mottagare	Befolkningsandelar i procent	Besök	Ersättningar euro	Kostnader euro	Ersättningsprocent
Läkararvoden	1 499 397	26,6	3 453 383	89 148 222	428 600 300	20,8
Tandvård	935 034	16,6	2 06 9 519	50 099 927	359 461 283	13,9
Undersökning och vård	455 994	8,1	580 969	4 015 197	36 946 211	10,9

Av de läkararvoden som ersattes 2024 gällde merparten besök på specialistläkares mottagningar. Antalet besök hos specialistläkare var cirka 2,75 miljoner (mottagare cirka 1,31 miljoner) och de utbetalda ersättningarna sammanlagt 73,5 miljoner euro. Antalet besök hos allmänläkare var cirka 676 280 (mottagare cirka 427 738) och de utbetalda ersättningarna sammanlagt 15,6 miljoner euro. Merparten av kostnaderna och ersättningarna för tjänster orsakas således av specialistläkararvoden. Enligt de besök som ersattes 2024 var de största specialområdena för privata specialistläkartjänster ögonsjukdomar, gynekologi och obstetrik, ortopedi och traumatologi samt allmänmedicin.

Av tabell 9 framgår ersättningarna för arvoden till allmänläkare och specialister inom de vanligaste specialområdena 2024. Av de ersatta besöken gjordes de flesta hos allmänläkare, och inom specialområdena hos specialister i ögonsjukdomar.

Tabell 9. De vanligaste läkarbesöken, mottagare och utbetalda ersättningar 2024. Källa: Kelasto.

Vårdgivare	Mottagare	Besök	Kostnader euro/besök	Ersättningar euro/besök	Ersättningsprocent
Allmänläkare	427 667	675 190	89,36	23,03	25,8 %
Specialister i allmänmedicin	190 186	270 192	99,04	24,27	24,5 %
Specialister i ögonsjukdomar	414 945	472 843	149,23	28,53	19,1 %
Specialister i gynekologi och obstetrik	260 025	306 556	134,11	28,37	21,2 %
Specialister i ortopedi och traumatologi	211 173	352 661	132,32	24,95	18,9 %

Av tabell 10 framgår mottagarna av ersättningar för undersökningar och vård, antalet åtgärder, de avgifter som tagits ut per åtgärd och som helhet samt den kalkylerade ersättningen per åtgärd. Mest ersättningar för undersökningar och vård har betalats för radiologiska undersökningar. Eftersom det finns en retroaktiv ansökningstid på sex månader för betalning av sjukvårdsersättningar, har det 2023 och 2024 fortfarande betalats ersättningar för åtgärder som

utfördes 2022 men som från och med den 1 januari 2023 inte längre har omfattats av ersättningar, såsom fysioterapi och sjukvårdsåtgärder.

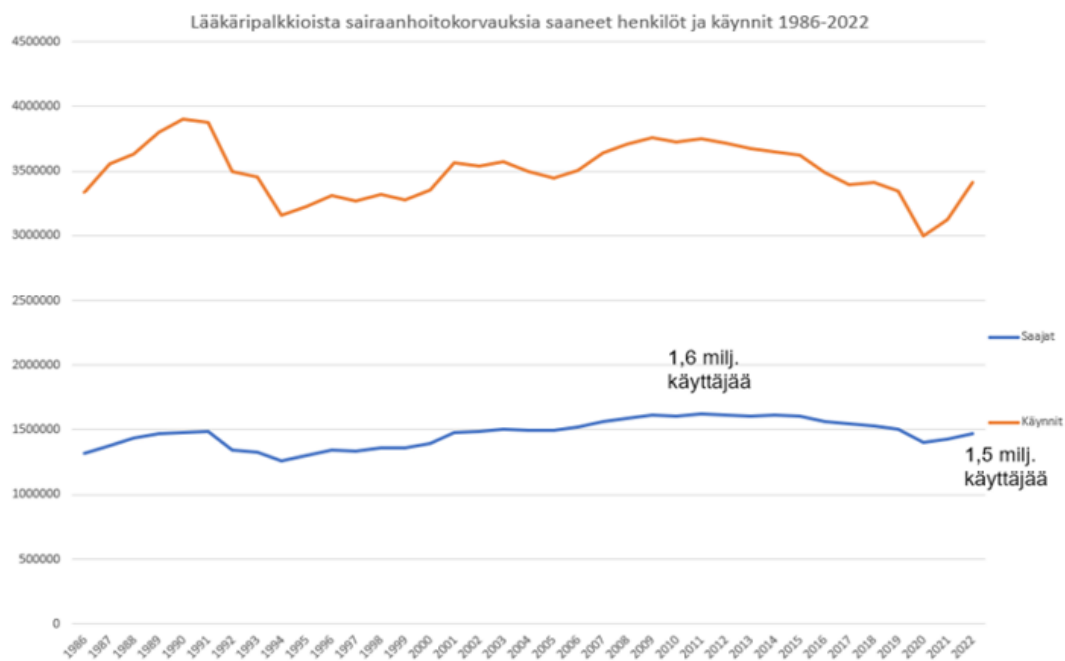
Tabell 10. Mottagare av ersättningar samt åtgärder, debiterade avgifter i genomsnitt och kalkylerade ersättningar i fråga om undersökningar och vård 2024. Källa: Kelasto.

Åtgärder	Mottagare	Antal åtgärder	Debiterade avgifter euro	Debiterad avgift euro/åtgärd	Kalkylerad ersättning euro/åtgärd
Fysioterapi	17	97	18 652	192,29	7,29
Laboratorieundersökningar	1 651	3 346	477 747	142,78	17,81
Undersökningar av psykolog	549	1 180	638 563	541,15	30,14
Radiologiska undersökningar	454 591	825 450	35 702 373	43,25	4,75
Sjukvårdsåtgärder	3	6	119	19,77	5,33

På lång sikt har anlitandet av privata läkartjänster minskat i förhållande till befolkningsutvecklingen. Åren 2014–2023 sjönk den andel av kostnaderna för privata läkartjänster som Folkpensionsanstalten ersatte. Detta beror delvis på att konsumenternas köpkraft försämrats till följd av inflationen, vilket påverkar anlitandet av privata tjänster.¹⁶ Av figur 8 framgår hur antalet personer som fått ersättningar för läkararvoden och antalet besök har utvecklats 1986–2022. Under de senaste tio åren har antalet besök och mottagare av ersättningar minskat framför allt under coronapandemin samt i någon mån efter nedskärningarna av FPA-ersättningarna 2016.

¹⁶ Folkpensionsanstaltens faktabortal: Den minskade FPA-ersättningen återspeglas på lång sikt i besöken på privata läkarmottagningar. Adress: <https://tietotarjotin.fi/sv/nyhet/1009918/den-minskade-fpa-ersattningen-oterspeglas-po-long-sikt-i-besoken-po-privata-lakarmottagningar>.

Figur 8. Antalet personer som fått ersättningar för läkararvoden och antalet besök 1986–2022. Källa: Folkpensionsanstaltens forskning.

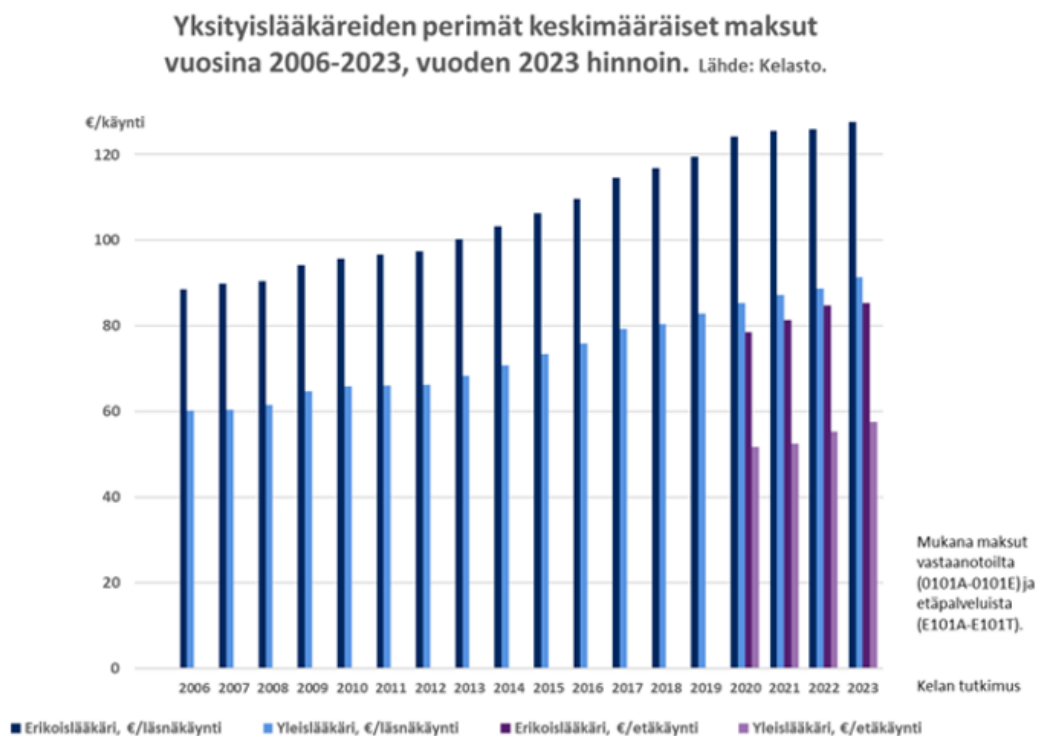


Privata tjänsteproducenter och yrkesutövare bestämmer de priser och andra avgifter som tas ut för tjänsterna. Utöver läkarens mottagningsarvode tar en privat tjänsteproducent exempelvis ut olika serviceavgifter av kunden, såsom expeditions-, Kanta- eller poliklinikavgifter. Dessa övriga avgifter kan utgöra så mycket som hälften eller en tredjedel av det totala pris som kunden betalar. De olika serviceavgifterna omfattas inte av sjukvårdsersättningen. Man får alltså inte ersättning för dem. Eftersom andelen övriga avgifter inte meddelas till Folkpensionsanstalten i samband med ansökan om ersättning, har Folkpensionsanstalten ingen information om de avgifter som tas ut.¹⁷ I figurerna nedan har andra avgifter som kunden betalat således inte beaktats, utan endast läkararvudet.

Av figur 9 framgår de genomsnittliga avgifter som privata allmänläkare och specialistläkare tog ut för fysiska besök 2006–2023 och för distansbesök från och med 2020. Priserna har omvandlats till 2023 års prisnivå med hjälp av Statistikcentralens prisindex för offentliga utgifter för hälso- och sjukvård. Samtliga mottagningsavgifter har stigit årligen, och framför allt de senaste tio åren har avgifterna stigit kraftigare.

¹⁷ Enligt privata tjänsteproducenters taxor togs som avgifter i anslutning till besök på mottagning vid granskningstidpunkten i juli 2024 exempelvis ut service- eller poliklinikavgifter på cirka 30 euro, serviceavgifter för seriebesök på 10 euro och Kanta-avgifter på något under 4 euro.

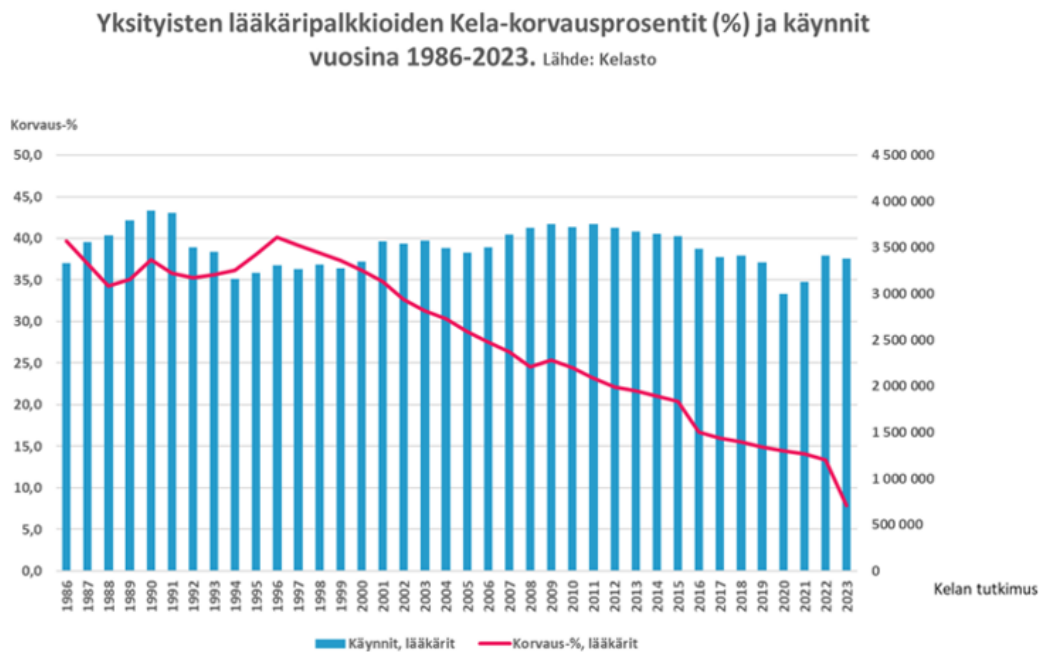
Figur 9. Privatläkares genomsnittliga arvoden 2006–2023. Källa: Folkpensionsanstaltens forskning.



Ersättningstaxorna för ersättningarna för vård och undersökningar är i euro, och de är inte bundna till index som beskriver pris- och kostnadsutvecklingen. För att balansera den offentliga ekonomin har flera sparåtgärder inriktats på ersättningarna för vård och undersökningar. Bland annat till följd av detta har ersättningsnivån i förhållande till priserna för tjänsterna sjunkit, och ersättningarna har de facto knappast alls ökat möjligheterna att välja tjänsteproducent. I figurena nedan har de höjningar av ersättningarna som trädde i kraft i början av 2024 inte beaktats.

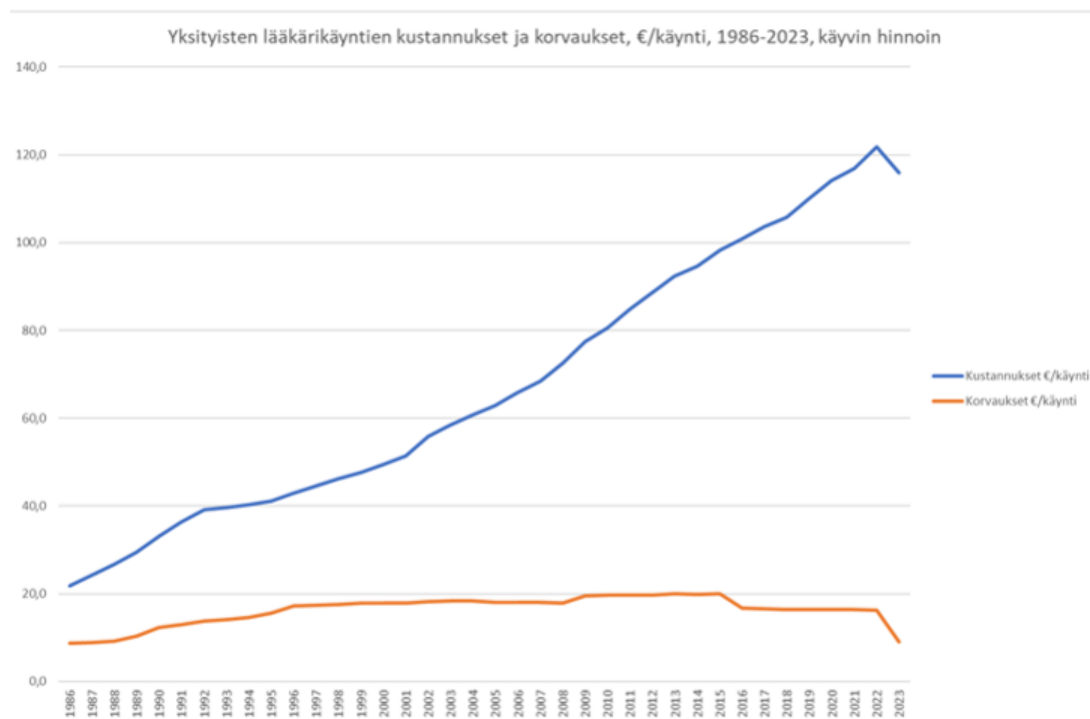
Av figur 10 framgår ersättningsprocent för privatläkararvoden och antalet besök 1986–2023. Den genomsnittliga ersättningsgraden har beräknats genom att de totala kostnaderna har delats med antalet ersättningar. Under depressionen på 1990-talet avtog ökningen av kostnaderna per enhet. Ersättningstaxorna höjdes inte på 1990-talet, utan den ökning som syns i figuren förklaras med att användningen av tjänster och de totala kostnaderna minskade under depressionen. Figuren anger gängse priser, så inflationens inverkan har inte beaktats. Av figuren framgår att den sänkta ersättningsgraden knappast alls har påverkat antalet besök, utan de har hållit sig på samma nivå oberoende av ersättningsgradens utveckling.

Figur 10. Ersättningsprocent för ersättningar för privatläkararvoden och antalet besök 1986–2023. Källa: Folkpensionsanstaltens forskning.



Av figur 11 framgår kostnaderna för besök hos privatläkare och betalda ersättningar för dem 1986–2023. Enligt figuren ökar kostnaderna för besök hos privatläkare kontinuerligt, men ersättningsnivån har förblivit låg. Sålunda har ersättningarna täckt en allt mindre andel av kostnaderna för ett läkarbesök.

Figur 11. Kostnader och ersättningar för besök hos privatläkare 1986–2023. Källa: Folkpensionsanstaltens forskning.



Vid ingången av 2024 höjdes nivån på ersättningarna för vård och undersökningar inom den privata sjukvården genom att tilläggsfinansiering anvisades för dem. För besök hos privatläkare betalades sammanlagt cirka 89 miljoner euro i FPA-ersättningar 2024, vilket var cirka 58 miljoner euro mer än 2023. År 2024 fick 1 496 414 personer ersättning för kostnaderna för besök hos privatläkare. Mottagarna var 2,6 procent fler än 2023. Antalet personer som fick ersättning ökade i de flesta välfärdsområdena. Antalet ökade mest i Norra Österbottens, Norra Savolax och Birkalands välfärdsområden. Antalet personer som fick ersättning minskade i Vanda och Kervo, Kymmenedalens och Kajanalands välfärdsområden.¹⁸

2.3.2 Direktersättningsförfarande

Privata näringsidkare och serviceproducenter som är införda i registret över tjänsteproducenter Soteri får delta i systemet med avtal om direktersättning. En serviceproducent kan ansluta sig till direktersättningsförfarandet genom att ingå ett anslutningsavtal med Folkpensionsanstalten. Redovisningen kan lämnas på pappersblankett eller genom ett elektroniskt redovisningsförfarande. Folkpensionsanstalten betalar ersättning (arvode per betalningstillfälle)

¹⁸ Nyhet från Folkpensionsanstalten 21.1.2025: Yksityislääkäriin vastaanoton kustannuksia korvattiin vuonna 2024 noin 58 miljoonaa euroa enemmän kuin vuotta aikaisemmin (ung. År 2024 betalades cirka 58 miljoner euro mer i ersättningar för besök hos privatläkare än året innan). Adress: <https://tietotarjotin.fi/uutinen/945364/yksityislaakarinn-vastaanoton-kustannuksia-korvattiin-vuonna-2024-noin-58-miljoonaa-euroa-enemman-kuin-vuotta-aikaisemmin>. Texten finns endast på finska.

till en serviceproducent som lämnar redovisningen elektroniskt. Enligt uppgifter från Folkpensionsanstalten var 1 163 avtal om direktersättningsförfarande i fråga om läkarbehandling i kraft i januari 2025. Av dem är 485 elektroniska avtal. Största delen av de övriga avtalen gäller specialistläkare. Förfarandet med avtal om direktersättning tillämpas i stor omfattning i hela landet, och 86 procent av ansökningarna lämnas till Folkpensionsanstalten genom ett elektroniskt förfarande för redovisning av direktersättningar.

2.3.3 Fördelningen av ersättningar för vård och undersökningar

2.3.3.1 Granskning enligt inkomstgrupp

Enligt en forskningsblogg som Folkpensionsanstalten publicerade 2021 fördelar sig ersättningarna från sjukvårdsförsäkringen sett till inkomstgrupp som helhet jämnt mellan hög- och låginkomsttagare, eftersom läkemedelsersättningarna utgör den största delen av ersättningarna. Ersättningarna för privatläkar- och tandläkararvoden koncentreras till medel- och höginkomsttagare medan låginkomsttagare får mer reseersättningar. Särskilt ersättningarna för undersökningar och vård och ersättningarna för privattandläkararvoden koncentreras till höginkomsttagare.¹⁹

Enligt en forskningsblogg som Folkpensionsanstalten publicerade i september 2024 riktades en större del av höjningen av FPA-ersättningarna i början av 2024 till hög- och medelinkomsttagare, eftersom de anlitar mer privatläkartjänster än låginkomsttagare. Antalet privatläkarbesök per person var systematiskt större ju högre inkomster en person hade. Antalet privatläkarbesök ökade ungefär på samma sätt i alla inkomstgrupper mellan 2023 och 2024.²⁰

Enligt en granskning gjord av Folkpensionsanstalten besökte personer som hade fyllt 65 år både privata allmänläkare och specialistläkare i större omfattning 2023 ju högre inkomster de hade. Kvinnor i pensionsåldern i den högsta inkomstkventilen besökte privatläkare i genomsnitt 1,3 gånger under året, vilket var ungefär tre gånger så ofta som kvinnor i den lägsta inkomstkventilen. För kvinnornas del fördelades besöken hos allmänläkare respektive specialistläkare mycket lika i de olika inkomstgrupperna, så att andelen besök hos allmänläkare i alla inkomstgrupper var 13–14 procent av alla besök hos privatläkare. Andelen besök hos ögonläkare var emellertid större i de lägre inkomstgrupperna. I den lägsta inkomstgruppen var andelen besök hos ögonläkare 40 procent av besöken hos privatläkare, medan andelen i den högsta inkomstgruppen var 25 procent.

¹⁹ Mikkola & Räsänen: Kela-korvausten pienentyminen näkyy erityisesti pienituloisten korvauksissa – onko sairaanhoitojärjestelmä reilu? (ung. Sänkningen av FPA-ersättningarna syns särskilt i ersättningarna till låginkomsttagare – är sjukvårdssystemet rättvist?). Folkpensionsanstaltens forskningsblogg 22.11.2021. Adress: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/721756/kela-korvausten-pienentyminen-nakyy-erityisesti-pienituloisten-korvauksissa-onko-sairaanhoitovakuutusjarjestelma-reilu?types=tutkimusblogi&categories=1%C3%A4%C3%A4kkeet&order=latest>. Texten finns endast på finska.

²⁰ Moustgaard, Blomgren och Nurminen: Yksityislääkärikäynnit eivät juuri lisääntyneet Kela-korvausten noston jälkeen – näin lisäeurot kohdentuivat eri tuloryhmille (ung. Besöken hos privatläkare ökade knappast alls efter höjningen av FPA-ersättningarna – så här fördelades de extra pengarna mellan olika inkomstgrupper). Folkpensionsanstaltens forskningsblogg 3.9.2024. Adress: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1086536/yksityislaakarikaaynnit-eivat-juuri-lisaantyneet-kela-korvausten-noston-jalkeen-nain-lisaeurot-kohdentuivat-eri-tuloryhmille>. Texten finns endast på finska.

Männen besökte privatläkare i genomsnitt 0,5 gånger under 2023, och de relativa skillnaderna mellan inkomstgrupperna var större än bland kvinnorna. Män i den högsta inkomstkventilen besökte privatläkare i genomsnitt 0,9 gånger under året, vilket var mer än fyra gånger så ofta som män i den lägsta inkomstkventilen. För männens del var andelen besök hos allmänläkare 16–17 procent av alla besök hos privatläkare i alla inkomstgrupper. Också bland männen fanns det ett samband mellan andelen besök hos ögonläkare och den försäkrades inkomstgrupp.²¹

2.3.3.2 Regional granskning

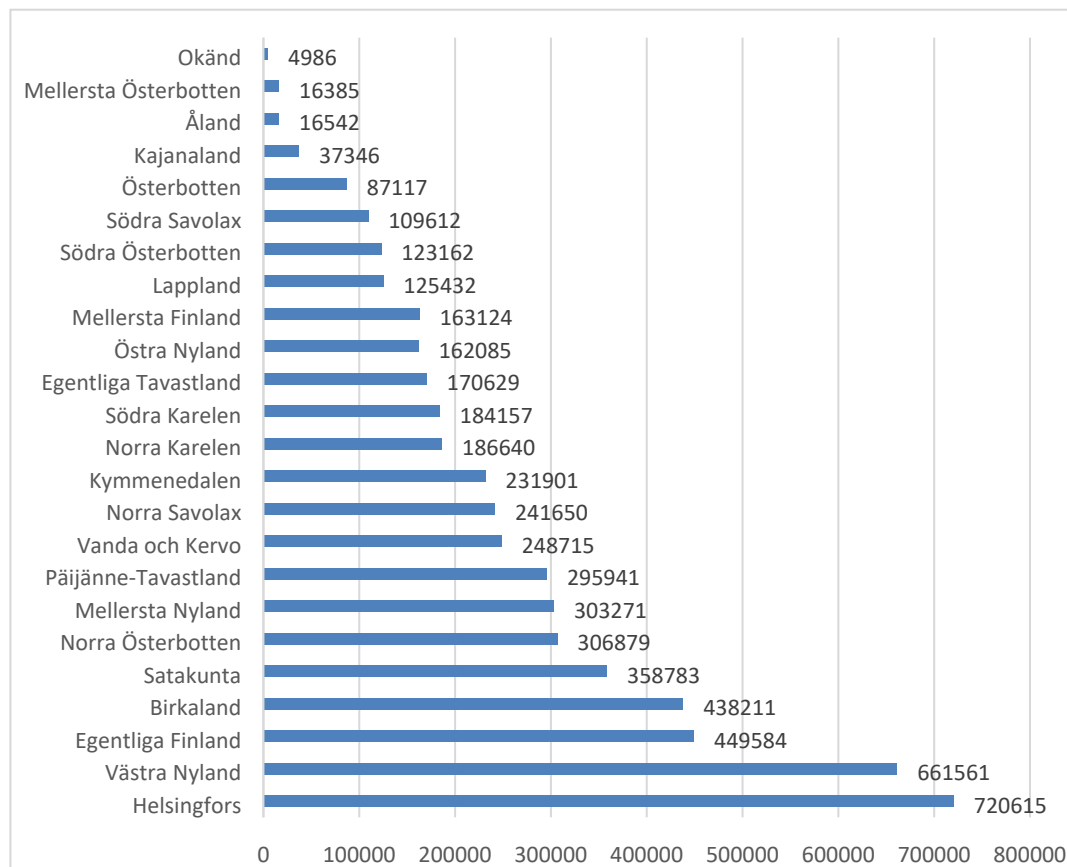
Enligt en regional granskning anlitas privata sjukvårdstjänster särskilt i stora städer. År 2022 fick över 45 procent av invånarna i Egentliga Finlands och Satakunta välfärdsområden samt Helsingfors ersättning för privat sjukvård. Lägst var andelen mottagare i Kajanalands och Mellersta Österbottens välfärdsområden, där mindre än 30 procent av invånarna fick ersättning.²²

Enligt figur 12 betalas mest ersättningar i euro för besök inom den privata sjukvården hos allmänläkare och specialister i allmänmedicin till personer som har fyllt 65 år i Helsingfors, Västra Nyland, Egentliga Finland och Birkaland och minst ersättningar i Mellersta Österbotten, på Åland och i Kajanaland. Sett till antalet besök är situationen i hög grad också densamma i välfärdsområdena. Antalet besök enligt välfärdsområde av försäkrade som har fyllt 65 år anges i figur 13.

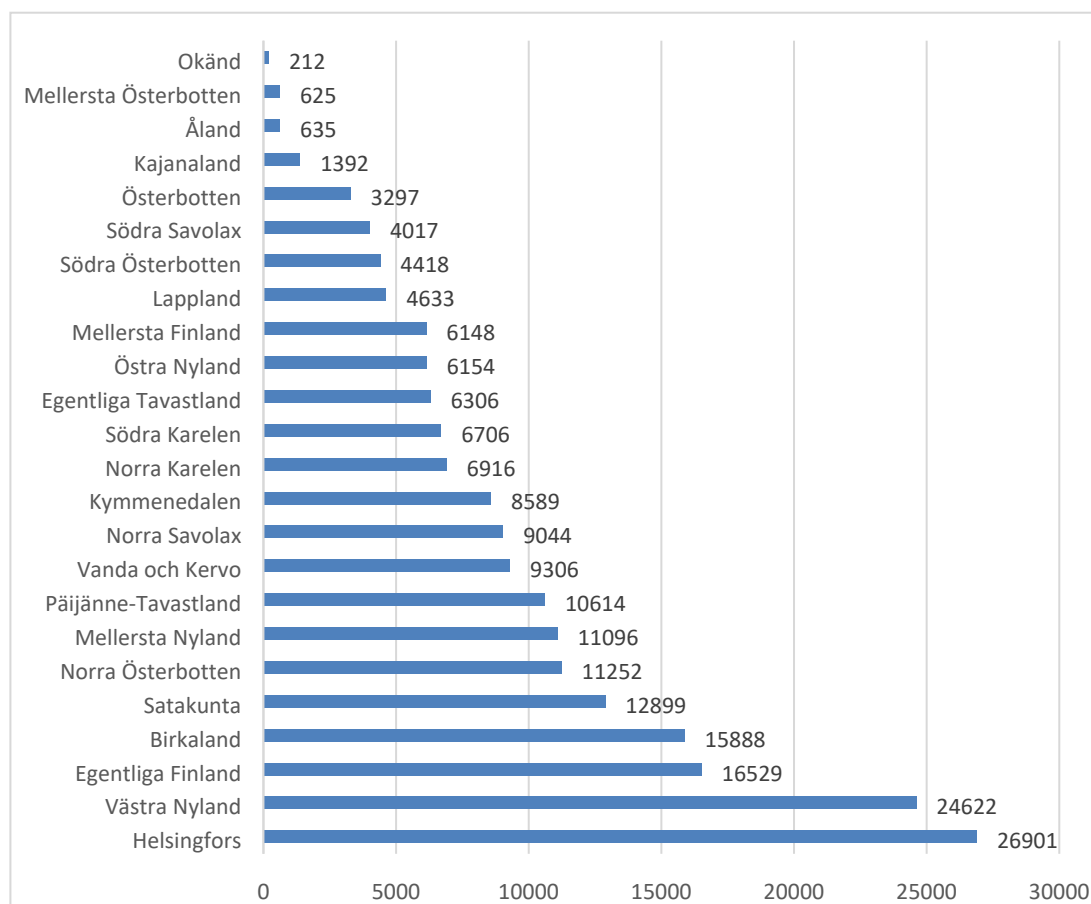
²¹ Moustgaard, Blomgren och Nurminen: Eläkeikäiset käyvät yleisimmin yksityisellä silmälääkärillä tai yleislääkärillä – Kela-korvauspilotti saattaa lisätä yleislääkärikäyntejä (ung. Det är vanligast att pensionärer besöker privata ögonläkare eller allmänläkare – ett pilotförsök med FPA-ersättning kan öka antalet besök hos allmänläkare). Folkpensionsanstaltens forskningsblogg 18.12.2024. Adress: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1145618/elakeikaiset-kayvat-yleisimmin-yksityisella-silmalaakarilla-tai-yleislaakarilla-kela-korvauspilotti-saattaa-lisata-yleislaakarikaynteja>. Texten finns endast på finska.

²² Timo Hujanen, Folkpensionsanstaltens forskningsblogg 28.3.2023: 40 prosenttia suomalaisista sai Kela-korvausta yksityisestä sairaanhoidosta vuonna 2022. (ung. 40 procent av finländarna fick FPA-ersättning för privat sjukvård 2022). Adress: <https://tietotarjotin.fi/uutinen/612248/40-prosenttia-suomalaisista-sai-kela-korvausta-yksityisesta-sairaanhoidosta-vuonna-2022>. Texten finns endast på finska.

Figur 12. Betalda ersättningar 2024 till personer som har fyllt 65 år för vård och undersökningar vid besök inom den privata sjukvården hos allmänläkare och specialister i allmänmedicin, enligt välfärdsområde. Källa: Folkpensionsanstaltens forskning.



Figur 13. FPA-ersättningar 2024 till försäkrade som har fyllt 65 år för besök hos allmänläkare eller specialister i allmänmedicin, enligt välfärdsområde. Källa: Folkpensionsanstaltens forskning.



2.4 Utkomststöd

2.4.1 Lagstiftning

Utkomststödet är en stödform inom socialvården som är avsedd att vara tillfällig och som beviljas i sista hand utifrån en behovsprövning. Genom utkomststödet tillgodoses rätten till oundgänglig försörjning och omsorg enligt 19 § 1 mom. i grundlagen. Bestämmelser om utkomststöd finns i lagen om utkomststöd (1412/1997). Utkomststödet täcker de nödvändiga kostnader som samhället godkänner att ersätta i enskilda fall och när en person inte kan få sin försörjning någon annanstans. Genom utkomststödet kan individers utkomst tryggas i överraskande och exceptionella situationer, och på så vis ger systemet för utkomststöd nödvändig flexibilitet i det sociala trygghetssystemet.

Utkomststödet beviljas per familj, och baseras på familjens faktiska disponibla inkomster och utgifter. Sökanden har en omfattande informationsskyldighet i fråga om familjens inkomster

och utgifter. Andra inkomstkällor ska utnyttjas först. Vilka inkomster och utgifter som ska godkännas i utkomststödet är alltid en prövningsfråga. Sådana utgifter som ersätts eller vars motsvarande förmån erhålls på någon annan grund beaktas inte som berättigande till utkomststöd.

Utkomststödet består av det grundläggande utkomststöd som Folkpensionsanstalten anordnar och det kompletterande och förebyggande utkomststöd som välfärdsområdena anordnar. De utgifter som ska beaktas som grundläggande utkomststöd består av grunddelen och övriga grundutgifter.

Grunddelen täcker utgifter som hänför sig till det dagliga uppehållet, vars belopp föreskrivs för olika typer av familjer. En separat utredning om utgifterna behöver inte läggas fram. Till de utgifter som täcks med grunddelen hör enligt lagen om utkomststöd utgifter för kost och kläder, smärre hälso- och sjukvårdsutgifter samt utgifter som beror på personlig hygien och hemmets hygien, användning av lokaltrafik, prenumeration på dagstidning, användning av telefon och datakommunikation och hobby- och rekreationsverksamhet samt andra motsvarande utgifter som hänför sig till en persons och familjs dagliga uppehälle. Som övriga grundutgifter beaktas till behövligt belopp utgifter som hänför sig till boende och hälso- och sjukvård samt andra utgifter som räknas upp i lagen. I fråga om övriga grundutgifter förutsätter bedömningen av behovet prövning. Behovsprövningen inbegriper en bedömning av både utgiften och dess storlek. Bestämmelser om maximibeloppet för en del av de godtagbara utgifterna för boendeutgifter utfärdas genom förordning av statsrådet. Enligt etablerad tillämpningspraxis förutsätts det i fråga om avgifter för hälso- och sjukvård som beaktas som övriga hälso- och sjukvårdsutgifter i allmänhet att dessa tjänster produceras eller upphandlas av den offentliga hälso- och sjukvården. Det finns en del undantag, till exempel ögonläkarbesök i vissa situationer.

2.4.2 Bedömning av nuläget samt äldre personer som får utkomststöd

År 2023 uppgick bruttokostnaderna för utkomststödet till 778 miljoner euro. Sammanlagt beviljades 727 miljoner euro i grundläggande utkomststöd, 29 miljoner euro i kompletterande utkomststöd och 23 miljoner euro i förebyggande utkomststöd. Finansieringen av det grundläggande utkomststödet genomförs så att staten betalar förskott till Folkpensionsanstaltens allmänna fond för social trygghet för att trygga Folkpensionsanstaltens likviditet. Kommunernas andel av finansieringen av det grundläggande utkomststödet är 50 procent och den beaktas i efterhand genom en minskning av statsandelen för kommunal basservice. Välfärdsområdena ansvarar för finansieringen av kompletterande och förebyggande utkomststöd. Deras finansiering grundar sig i sin tur i huvudsak på statens allmänna kalkylerade finansiering.

Under 2024 betalades cirka 60 miljoner euro i utkomststöd för hälso- och sjukvårdsutgifter. År 2023 beaktades cirka 25 000 stycken hälsocentralsavgifter som utgifter, vilka sammanlagt uppgick till cirka 793 000 euro i kostnader. Det belopp som beaktats per person var i genomsnitt 31,68 euro.

År 2024 fick 12 856 personer som fyllt 65 år grundläggande utkomststöd, vilket motsvarar cirka 1 procent av alla som fyllt 65 år.

Tabell 11. Mottagare av grundläggande utkomststöd enligt åldersgrupp och kön 2024.

	Män	Kvinnor
65–69	2 683	2 641
70–74	1 571	1 880
75–79	1 017	1 391
80–84	329	725
85–	290	843

2.5 Tillhandahållande och anlitan­de av tjänster inom den offentliga respektive privata hälso- och sjukvården

Den offentliga och den privata sektorn inte är fullständiga substitut till varandra, och de har inte samma serviceutbud. Detta bör beaktas exempelvis vid en granskning av när en person väljer att bli kund inom den offentliga respektive den privata sektorn samt vid en granskning av eventuella byten av den sektor som anlitas. Utöver det återstående pris som kunden ska betala (skillnaden mellan priset på tjänsten och ersättningsnivån) påverkas valet mellan privata och offentliga hälso- och sjukvårdstjänster även av andra faktorer som det inte går att påverka i någon betydande mån eller alls med exempelvis FPA-ersättningarna. Anlitandet av tjänster påverkas också av beteenderelaterade faktorer.

Exempelvis i Folkpensionsanstaltens undersökning från 2017²³ om ändringar som berodde på sänkt ersättningsnivå gick det inte att sluta sig till i vilken mån den iakttagna utvecklingen har berott uttryckligen på den sänkta ersättningsnivån och i vilken mån den har berott på andra faktorer. Enligt undersökningen har det samtidigt skett flera andra förändringar som syns i andelen personer som anlitat olika tjänster och i antalet besök. Exempelvis förändringar i sysselsättningen och inkomsterna, förändringar i de andra sektorernas (den offentliga hälso- och sjukvården och företagshälsovården) utbud och förändringar i de privata sjukkostnadsförsäkringarnas popularitet påverkar inte bara priset på privata tjänster och den FPA-ersättning som betalas för dem utan också människors vilja att anlita hälso- och sjukvårdstjänster inom den privata sektorn. I undersökningen ansågs det också möjligt att effekten av förändringarna i ersättningsnivån kan vara större vid en längre uppföljning exempelvis för att de försäkrade först med fördröjning blir medvetna om att ersättningsnivån har förändrats.

Enligt en forskningslogg som Folkpensionsanstalten publicerade i september 2024²⁴ har man utifrån de granskningar som gjorts inte kunnat sluta sig till konsekvenserna av höjningen av

²³ Blomgren, Maljanen & Virta (2017): Yksityisten sairaanhoitopalveluiden käyttö, kustannukset ja Kela-korvaukset vuosina 2013–2016 (ung. Anlitandet av privata sjukvårdstjänster samt kostnader och FPA-ersättningar för dem 2013–2016). Arbetsdokument 121/2017. Adress:

<https://helda.helsinki.fi/items/edd2bc2c-b450-4517-9c65-f59969d54869>. Texten finns endast på finska.

²⁴ Moustgaard, Blomgren och Nurminen: Yksityislääkärikäynnit eivät juuri lisääntyneet Kela-korvausten noston jälkeen – näin lisäeurot kohdentuivat eri tuloryhmille (ung. Besöken hos privatläkare ökade knappast alls efter höjningen av FPA-ersättningarna – så här fördelades de extra pengarna mellan olika inkomstgrupper). Folkpensionsanstaltens forskningslogg 3.9.2024. Adress:

<https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1086536/yksityislaakarikaaynnit-eivat-juuri-lisaantyneet-kela-korvausten-noston-jalkeen-nain-lisaeurot-kohdentuivat-eri-tuloryhmille>. Texten finns endast på finska.

FPA-ersättningarna vid ingången av 2024, det vill säga orsakssambandet med antalet besök eller kunders byten mellan den offentliga och den privata hälso- och sjukvården.

Bedömningen av hur människor söker sig till service inom den offentliga respektive den privata sektorn uttryckligen till följd av ändringar i ersättningsnivån är förenad med betydande osäkerhetsfaktorer.

2.6 Marknaden för och prissättningen av privat hälso- och sjukvård

Marknaden för sådana hälso- och sjukvårdstjänster som erbjuds privatkunder består av kunder som söker sig till mottagningar eller vård på något annat sätt än genom arbetshälsovården. De tjänster som erbjuds dessa kunder är inte sådana som upphandlas av försäkringsbolagen eller sådana som den offentliga sektorn skaffat som köpta tjänster. Konkurrens- och konsumentverket har i sin beslutspraxis ansett att privata och offentliga läkartjänster inte tillhör samma relevanta produktmarknad. I synnerhet i icke-brådskande fall går det betydligt snabbare att få vård inom den privata hälso- och sjukvården.²⁵

Den privata marknaden för hälsovårdstjänster har vuxit kraftigt under de senaste årtiondena. I och med att branschen växer har utbudet av hälsovårdstjänster koncentrerats till några få stora företag. Företagsverksamheten fokuserar på bosättningscentrum, och den privata sektorns betydelse varierar avsevärt beroende på servicebransch.²⁶

En mycket stor majoritet av företagen inom hälsovårdssektorn finns i Nyland, och företagen är i huvudsak relativt små.²⁷ År 2018 sysselsatte 88 procent av företagen inom hälso- och sjukvårdssektorn färre än två personer, och företagen innehades i huvudsak av privatläkare som skötte företaget som bisyssla och på deltid. Av företagen var 9 procent 2–9 personers teamföretag i bolagsform och 3 procent arbetsgivarföretag med minst 10 personer. Arbetsgivarföretagen med minst 10 personer stod emellertid för en andel på cirka 80 procent av den statistikförda personalen och omsättningen för läkarstations- och privatläkarverksamhet 2018.²⁸

Ersättningar för privat sjukvård betalas i synnerhet i de stora städerna i södra och västra Finland. Efterfrågan är större i de stora städerna, eftersom utbudet av privata hälso- och sjukvårdstjänster är större i dem. År 2019 stod Nyland för 35 procent av verksamhetsställets omsättning.²⁹

²⁵ Till exempel Konkurrens- och konsumentverkets beslut KKV/1152/14.00.10/2016.

²⁶ Hiltunen, Riina (2024): Tutkimuksia yksityisen terveystarjonnan kilpailusta (ung. Studier om konkurrensen på den privata hälsovårdsmarknaden). Adress: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/179066/Annales%20E%20122%20Hiltunen%20DISS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Texten finns endast på finska.

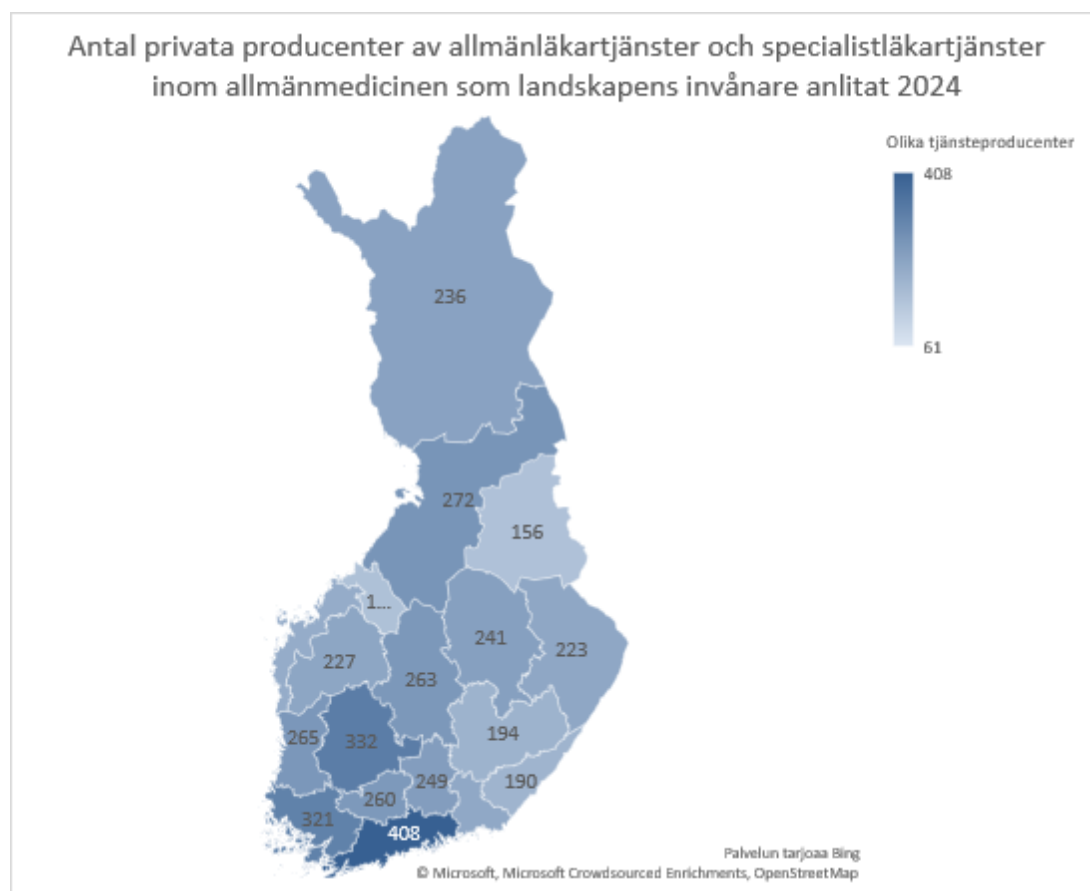
²⁷ Statistikcentralen, Företagens arbetsställen efter näringsgren och anställdas storleksklass, 2018–2022.

²⁸ Lääkäripalvelujen markkinat – Tilastollinen raportti yksityisen ja julkisen perusterveydenhuollon tasoisten lääkäripalvelujen kysynnästä ja tarjonnasta koko maassa ja maakunnittain 2019–2021 (ung. Marknaden för läkartjänster – Statistisk rapport om efterfrågan på och utbud av läkartjänster på privat och offentlig primärvårdsnivå i hela landet och enligt landskap 2019–2021). Pekka Lith 2021. Adress: <https://www.hyvinvointiala.fi/raportti-laakaripalvelujen-markkinat-2019-2021-pekka-lith/>. (Texten finns endast på finska).

²⁹ Lääkäripalvelujen markkinat – Tilastollinen raportti yksityisen ja julkisen perusterveydenhuollon tasoisten lääkäripalvelujen kysynnästä ja tarjonnasta koko maassa ja maakunnittain 2019–2021 (ung. Marknaden för läkartjänster – Statistisk rapport om efterfrågan på och utbud av läkartjänster på privat

I figur 14 anges landskapsvis antalet tjänsteproducenter som landskapets invånare anlitar för de allmänläkartjänster och specialistläkartjänster inom allmänmedicin som tillhandahålls inom den privata hälso- och sjukvården. Vårdsområdet eller landskapet bestäms enligt patientens bostadsort. Samma läkare eller tjänsteproducent kan således synas i uppgifterna från flera landskap på grund av att patienter reser över regiongränserna. Med tjänsteproducent avses verksamhetsställe. I hela landet betalades 2024 ersättning till 564 tjänsteproducenter för besök hos allmänläkare eller specialister i allmänmedicin.

Figur 14. Antalet tjänsteproducenter inom den privata hälso- och sjukvården, enligt landskap. Källa: Folkpensionsanstaltens forskning.



De i Finland verksamma företag som tillhandahåller hälsovårdstjänster får sin omsättning från flera olika källor. Kunderna kan delas in i privatkunder, företagskunder och den offentliga

och offentlig primärvårdsnivå i hela landet och enligt landskap 2019–2021). Pekka Lith 2021. Adress: <https://www.hyvinvointiala.fi/raportti-laakaripalvelujen-markkinat-2019-2021-pekka-lith/>. (Texten finns endast på finska).

sektorn. Ungefär en tredjedel av hälsovårdsföretagens omsättning kommer från hälsovårdstjänster som finansieras av privatkunder.³⁰

Allmänläkarna på den privata marknaden i Finland bestämmer i regel själva sina arvoden. Undersökningar har visat tecken på att det hårda konkurrensläget bland allmänläkare leder till lägre läkararvoden. Det har vidare noterats att företagets verksamhetsform är en viktig förklarande faktor när det gäller strategin för prissättning av tjänster till såväl privata kunder som företagshälsovården.³¹

Både privata och offentligt ägda tjänsteproducenter erbjuder laboratorietjänster i Finland. Till exempel Islab, Fimlab, Huslab och Nordlab, vilka ägs av välfärdsområden, tar emot undersökningsordinationer av privatläkare. Det finns ett nätverk av cirka 500 offentligt ägda laboratorier i Finland. Privata läkarföretag agerar i regel som mellanhänder för laboratorietjänster, och analyser av prover utförs vid stora privata centrallaboratorier.

3 Målsättning

Syftet med propositionen är att det ska riktas temporär finansiering till ersättningarna för behandling och undersökning inom den privata sjukvården, det vill säga FPA-ersättningarna, så att försäkrade som har fyllt 65 år kan besöka en allmänläkarmottagning inom den privata hälso- och sjukvården och den självrisk som de betalar är högst lika stor som den besöksavgift som tas ut vid läkarbesök på en hälsovårdscentral inom den offentliga primärvården.

Propositionen syftar också till att i enlighet med regeringsprogrammet minska belastningen på välfärdsområdena och förkorta vårdköerna inom primärvården. Målet är att förbättra tillgången till primärvård genom utveckling av FPA-ersättningarna. Det är fråga om temporär lagstiftning där de gällande bestämmelserna om ersättningar för privat sjukvård kompletteras så att ersättningarna riktas till personer som fyllt 65 år.

Syftet är att utveckla sådana element i anslutning till anlitandet av tjänster och styrningen av prissättningen som medför en effektivare fördelning av FPA-ersättningarna, såsom pristak. Avsikten är att kunderna ska övergå från den offentliga hälso- och sjukvården till den privata hälso- och sjukvården, eftersom en högre ersättningsnivå gynnar kunden och gör det möjligt att välja privata tjänster. Målet är att undanröja de ekonomiska hindren för försäkrade att välja en privat tjänsteproducent.

Ett ytterligare syfte är att öka kundernas valfrihet genom att göra det möjligt för dem att i större utsträckning välja mellan de olika sektorernas vårdenheter på allmänläkarnivå i och med att självriskandelen vid ett besök på en allmänläkarmottagning är högst lika stor som den besöksavgift som tas ut inom den offentliga hälso- och sjukvården. Valfriheten kan främja

³⁰ Lääkäripalvelujen markkinat – Tilastollinen raportti yksityisen ja julkisen perusterveydenhuollon tasoisten lääkäripalvelujen kysynnästä ja tarjonnasta koko maassa ja maakunnittain 2019–2021 (ung. Marknaden för läkartjänster – Statistisk rapport om efterfrågan på och utbud av läkartjänster på privat och offentlig primärvårdsnivå i hela landet och enligt landskap 2019–2021). Pekka Lith 2021. Adress: <https://www.hyvinvointiala.fi/raportti-laakaripalvelujen-markkinat-2019-2021-pekka-lith/>. (Texten finns endast på finska).

³¹ Bl.a. Hiltunen, Riina (2024). Tutkimuksia yksityisen terveystarjonnan kilpailusta samt Buri .m.fl. (2024) The ones that got away? Stealth consolidation in the Finnish private healthcare market.

kontinuiteten i relationen mellan patient och läkare och förbättra kundens upplevelse av tjänstens kvalitet.

Dessutom blir det möjligt att snabbare få tillgång till allmänläkare, eftersom det inom den privata hälso- och sjukvården inte görs en bedömning av vårdbehovet före läkarbesök. Avsikten är att på detta sätt förbättra kundernas tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster och att få information om hur en sådan verksamhetsmodell där besök hos allmänläkare inte förutsätter en föregående bedömning av vårdbehovet fungerar.

Informationen om propositionens konsekvenser ska i framtiden utnyttjas också vid utvecklingen av primärvårdstjänsterna och modeller med husläkare. Till följd av propositionen fås information om kundernas vårdkedjor och om eventuella problem i anslutning till gränssnitten mellan de olika sektorerna inom hälso- och sjukvården.

4 Förslagen och deras konsekvenser

4.1 De viktigaste förslagen

Det föreslås att det till sjukförsäkringslagen fogas ett nytt temporärt 3 a kap. I kapitlet föreskrivs det om ersättningar för behandling och undersökning inom den privata hälso- och sjukvården för försäkrade som har fyllt 65 år. Enligt propositionen ska försäkrade som fyllt 65 år ha rätt att få ersättning för besök på allmänläkarmottagningar inom den privata hälso- och sjukvården så att självriskan är högst lika stor som den besöksavgift som tas ut vid läkarbesök inom den offentliga primärvården (28,20 euro 2025). Den försäkrade betalar själv självriskandelen, och resten av avgiften betalas genom ersättningar för behandling och undersökning. Det föreslås att detta genomförs genom att det föreskrivs om maximipriser för besök som ska ersättas, det vill säga pristak. Genom pristaket fastställs ett maximipris för tjänsteproducenternas tjänster. I priset ingår den andel som betalas genom ersättningar för behandling och undersökning och den försäkrades självriskandel. Tjänsteproducenterna ska således fastställa priset på sina tjänster inom ramen för pristaket. Tjänsteproducenterna får inte ta ut några separata poliklinik- eller expeditonsavgifter eller andra motsvarande avgifter. Närmare bestämmelser om vilka avgifter en tjänsteproducent kan ta ut hos en försäkrad får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Enligt förslaget ska en förutsättning för betalning av ersättning vara att en tjänsteproducent inom den privata sjukvården har ingått avtal med Folkpensionsanstalten om produktion av de tjänster som ingår i propositionen. En förutsättning för ingående av ett sådant avtal är att tjänsteproducenten ingått avtal med Folkpensionsanstalten om ett direktersättningsförfarande.

I lagen föreslås även bestämmelser om begränsningar av antalet läkarbesök som ersätts. En försäkrad ska kunna ersättas för högst tre läkarbesök per kalenderår. Ersättning för ett läkararvode kan betalas för högst ett mottagningsbesök per dygn.

Det föreslås också att försäkrade som fyllt 65 år ska få ersättning för en del av kostnaderna för undersökningar som fastställs separat. Den försäkrade ersätts endast för kostnaderna för undersökningar som har ordinerats vid ett sådant besök hos allmänläkare som avses i propositionen. För provtagning och undersökningar fastställs maximipriser, och de försäkrade ersätts till ett belopp som utgör 50 procent av maximipriset. En försäkrad kan enligt förslaget betalas ersättning för undersökning och behandling på basis av högst tre läkarordinationer under kalenderåret.

I propositionen föreslås det att maximipriser (pristak) ska fastställas för läkarbesök. Närmare bestämmelser om grunderna för maximipriserna utfärdas genom förordning av statsrådet. I

förordningen ska det föreskrivas om till exempel maximiprisernas sammansättning, det vill säga vilka kostnader som ska beaktas i maximipriserna.

Maximipriserna för de läkarbesök och behandlings- och undersökningsåtgärder som ersätts, ersättningstaxorna och förteckningen över de mottagningsbesök och undersökningar som ersätts ska fastställas av Folkpensionsanstalten. När Folkpensionsanstalten bereder fastställandet av maximipriser, ersättningstaxor och förteckningen över de mottagningsbesök och undersökningar som ersätts ska anstalten höra social- och hälsovårdsministeriet.

Alla försäkrades rätt till de gällande ersättningar för vård och undersökningar som avses i 3 kap. i sjukförsäkringslagen förblir oförändrad. Utöver de ersättningar enligt 3 a kap. som föreslås i propositionen är således försäkrade som fyllt 65 år också berättigade till andra ersättningar för vård och undersökningar inom den privata sjukvården. Vid samma mottagningsbesök kan det dock inte betalas både ersättning enligt det föreslagna nya 3 a kap. och FPA-ersättning enligt det gällande 3 kap., med undantag för ersättningar enligt 3 kap. för kostnaderna för anskaffning av läkarintyg eller läkarutlåtande som behövs för ansökan om förmåner enligt sjukförsäkringslagen. Man kan alltså få ersättning för kostnaderna för sådana läkarintyg och läkarutlåtanden och dessutom den ersättning för läkararvode som föreslås i denna proposition vid samma mottagningsbesök.

De föreslagna ändringarna av sjukförsäkringslagen gäller till och med den 31 december 2027. I enlighet med regeringsprogrammet riktas temporär finansiering till FPA-ersättningarna för att utveckla systemet för ersättning från Folkpensionsanstalten och förbättra tillgången till primärvård. En grund till lagens temporära giltighetstid är också att arbetet med den utveckling av primärvårdstjänsterna som anges i regeringsprogrammet fortfarande pågår.

Dessutom föreslås det en sådan ändring av lagen om utkomststöd att självriskandelarna för de läkararvoden och ersättningar för undersökning och behandling som föreslås bli fogade till sjukförsäkringslagen ska beaktas som övriga grundutgifter när utkomststöd beviljas.

4.2 De huvudsakliga konsekvenserna

4.2.1 Allmänt om bedömningen av konsekvenserna

I konsekvensbedömningarna har man också beaktat de maximibelopp och ersättningstaxor som uppskattats i den förteckning över maximipriser och ersättningstaxor som ska fastställas av Folkpensionsanstalten.

Sammantaget är det osäkert i vilken mån de föreslagna lagändringarna och styrningen av finansiering till FPA-ersättningarna faktiskt styr hur tjänster anlitas. Ersättningarna och höjningarna av ersättningarna medför inte heller nödvändigtvis någon ny efterfrågan på den privata sektorns tjänster, utan de kan riktas till personer som redan från tidigare anlitar den privata sektorn. Det är inte heller möjligt att tillförlitligt bedöma i hur stor utsträckning de föreslagna ändringarna får personer att fortsätta anlita privata hälso- och sjukvårdstjänster och hur detta förebygger ökad belastning på den offentliga hälso- och sjukvården. Likaså går det inte att tillförlitligt förutse hur stor del av den offentliga hälso- och sjukvårdens kunder som åtminstone delvis börjar anlita privata hälso- och sjukvårdstjänster. Uppskattningarna av i vilken utsträckning kunder övergår till den privata hälso- och sjukvården baserar sig med andra ord på antaganden. På grund av dessa osäkerhetsfaktorer har propositionens konsekvensbedömning gjorts utifrån antaganden och scenarier om hur antalet besök som ersätts inom den privata sektorn och utgifterna för ersättningar kan ändra inom ramen för det anslag som reserverats för de ändringar som föreslås i propositionen och som hänför sig till den.

Vid bedömningen av konsekvenserna för den offentliga ekonomin har man utgått från antagandet att cirka 620 000 försäkrade övergår till att anlita sådana läkartjänster som avses i propositionen och att bland dessa försäkrade är antalet sådana läkarbesök som avses i propositionen sammanlagt cirka 1 080 000 per kalenderår. Uppskattningen baserar sig på hur personer som fyllt 65 år tidigare har använt systemet för ersättning från Folkpensionsanstalten. Det har även uppskattats att cirka 30 procent av de patienter över 65 år som anlitat den offentliga öppna sjukvården övergår till att använda sådana privata läkartjänster som avses i propositionen. I fråga om dem som övergått från den offentliga hälso- och sjukvården bedöms antalet sådana besök hos allmänläkare som avses i propositionen vara två per kalenderår. I uppskattningen har det även tagits i beaktande att 12,6 procent av befolkningen har rapporterat om ett otillfredsställt behov av hälso- och sjukvårdstjänster. Man har räknat med att motsvarande andel av befolkningen över 65 år gör ett (1) sådant läkarbesök som avses i propositionen per kalenderår.³² I tabell 12 beskrivs det uppskattade antalet kunder och besök inom den offentliga och privata sektorn under lagarnas giltighetstid.

Tabell 12. Det uppskattade antalet FPA-ersatta allmänläkarbesök bland 65 år fyllda och det uppskattade antalet patienter under ett år, indelade i besök inom den offentliga respektive den privata hälso- och sjukvården.

Läkare	Offentlig		Privat	
	Vårdhändelse r	Patienter	Vårdhändelser	Patienter
Antal	1 735 939	487 179	1 079 215	622 098
Förändring jämfört med 2023	-624 233	-312 117	+884 709	+487 430

I konsekvensbedömningen har man räknat med att Folkpensionsanstalten i enlighet med propositionen fastställer en förteckning över maximipriser och att ersättningstaxorna för FPA-ersättningarna och de försäkrades självriskandelar enligt förteckningen är de som anges i tabell 13. I tabell 13 presenteras också de uppskattade maximipriser som ska fastställas av Folkpensionsanstalten för undersökningar som ordinerats vid i propositionen avsedda läkarbesök.

I nedanstående förteckning över undersökningar har man strävat efter att förutse de vanligaste undersökningar för personer inom målgruppen som enligt förslaget ska ingå i den förteckning över undersökningar som ska fastställas separat av Folkpensionsanstalten.

Hjärt- och kärlsjukdomar, som bland annat omfattar blodtryckssjukdomar samt störningar i socker- och fettmetabolismen, är en betydande orsak till sjukdomsburden i Finland. Riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar är rökning, högt blodtryck, förhöjda kolesterolnivåer i plasma, fetma, låg fysisk aktivitet och typ 2-diabetes³³. Hos personer över 65 år är det motiverat att följa upp dessa riskfaktorer genom laboratorieundersökningar, av vilka de viktigaste är

³² Nguyen, L. och Häkkinen, U., 2022. Koettu tyydyttämätön terveystalvelujen tarve ja terveystalvelujen käyttö (ung. Otillfredsställt behov av hälso- och sjukvårdstjänster och anlitan­de av hälso- och sjukvårdstjänster). På adressen: <https://www.julkari.fi/handle/10024/145565>. Texten finns endast på finska.

³³ Jousilahti m.fl. Viisi merkittäväntä riskitekijää selittää maailmanlaajuisesti puolet sydän- ja verisuonisairastavuudesta. (ung. De fem mest betydande riskfaktorerna som förklarar hälften av hjärt- och kärlsjukdomarna på global nivå). Duodecim 2024; 140(8); 605–6. Texten finns endast på finska.

blodsocker efter fasta (fS-gluk), glykosylerat hemoglobin (HbA1c), som beskriver långtidsblodsockret, och lipider (S-kol, S-LDL, S-HDL, S-trigly).

Av de bilddiagnostiska undersökningarna behöver personer i åldersgruppen 65 år fylla lungbild (Thx-röntgen) inte bara för att utesluta lunginfektioner och eventuella misstankar om tumörer, utan också för att diagnostisera hjärtsvikt. Hjärtfilm (EKG) är däremot en grundundersökning för att undersöka hjärtats aktivitet samt arytmier och hjärtblock.

Utöver de ovannämnda undersökningarna är det med tanke på differentialdiagnoser av sjukdomar också viktigt med blodstatus (PVK) och mätningar av tyreoidstimulerande hormon (TSH), som beskriver hypotyreos. Symtomen på hypotyreos kan likna symtomen i olika stadier av hjärt- och kärlsjukdomar. Undersökning av förhållandet mellan albumin och kreatinin i urinen (U-AlbKre) i samband med hjärt- och kärlsjukdomar och lindrig njurskada har en viktig betydelse vid diagnos och behandling av patienter med diabetes och blodtryckssjukdomar. Viktiga undersökningar med tanke på den målgrupp som avses i propositionen är också undersökningar av kalium (K), natrium (Na) och kreatinin (Krea), som beskriver njurfunktionen, och av alaninaminotransferas (ALAT), som görs för att upptäcka levercellsskador och leverinflammationer.

Hos äldre kan infektioner försämra allmäntillståndet och vårdbalansen vid kroniska sjukdomar. Därför är det motiverat att i samband med blodstatus (PVK) och mätningar av C-reaktivt protein (CRP) också utföra snabbtester och patientnära analyser. Bakteriedling och kemisk screening av urin (U-Baktvi och U-KemSeul) kan utföras för att utreda urinvägsinfektion. En akut infektion kan således behandlas genast när den efter läkarbesöket har fastställts genom laboratorieundersökning. Målet är att minska antalet läkarbesök och göra diagnostiseringen snabbare, vilket också minskar de totala kostnaderna. I samband med blodstatus görs också en undersökning av trombocyter (PVK + T) för att avvikelser ska kunna åtgärdas.

Vid uppskattningen av maximibeloppet av läkararvodet vid fysiska mottagningsbesök har prisuppgifterna för det vanligaste besöket på läkarmottagningar, det vill säga besök på 20 minuter, använts som grund. Den nationella medianen för prisdistributionen vid besök på 20 minuter hos en allmänläkare är 72 euro. Till beloppet har expeditions- och serviceavgifternas andel på cirka 30 euro lagts till. Videomottagningar och telefonmottagning anses i princip inte ha samma terapeutiska värde som fysiska mottagningar, och därför har man utgått från lägre pristak för distanstjänster.

Som antagande om pristaket för laboratorieundersökningar har man använt offentligt ägda laboratorieföretags prissättning när en försäkrad kommer till undersökningar med remiss från en privatläkare.

Tabell 13. I propositionen avsedda läkarmottagningar och avsedd förteckning över undersökningar som kan ordinerats vid de läkarbesök som avses i propositionen, maximipriser enligt tjänst och ersättningstaxor 2025.

Åtgärd/kod	Maximipris (euro)	Eventuell ersättning, fast taxa (euro)	Kundens självrisk (euro)
Besök hos allmänläkare			
Fysisk mottagning	100	71,8	28,2
Videomottagning	70	41,8	28,2
Telefonmottagning	50	21,8	28,2

Åtgärd/kod	Maximipris (euro)	Eventuell ersättning, fast taxa (euro)	Kundens självrisk (euro)
Avgift för provtagning	30	15	15
Laboratorieundersökningar			
2474 B -PVK+T Blodstatus och trombocyter	6	3	3
2382 S -Na Natrium	4	2	2
2001 S -K Kalium	4	2	2
2143 fS-Krea Kreatin	4	2	2
1216 S - CRP C-reaktivt protein	6	3	3
1026 S - ALAT Alaninaminotransferas	4	2	2
4587 P - AFOS Alkaliskt fosfatas	4	2	2
1185 S - Bil Bilirubin	4	2	2
1468 fP-Gluk Glukos	4	2	2
6128 B -HbA1c Hemoglobin-A1c	12	6	6
1881 U - KemSeul Kemisk screening	8	4	4
1155 U - BaktVi Bakterie, odling	12	6	6
2095 fS-Kol Kolesterol	4	2	2
2099 fS-Kol-HDL Kolesterol	4	2	2
2097 fS-Kol-LDL Kolesterol	4	2	2
2770 fS-Trigly Triglycerider	4	2	2
2832 S-TSH Tyreotropin	12	6	6
4511 U-AlbKre Förhållandet mellan albumin och kreatin	14	7	7
Övriga undersökningar			
1270 Pt-EKG-12 EKG, 12 kopplingar i vila	47	23,5	23,5
GD1AA Lungröntgen (Thorax)	97	48,5	48,5

4.2.2 Ekonomiska konsekvenser

4.2.2.1 Konsekvenser för den offentliga ekonomin och utgifterna för sjukförsäkringen

År 2024 uppgick utgifterna för ersättningar för vård och undersökningar inom den privata sjukvården till cirka 143,3 miljoner euro. Utgifterna för ersättningar för vård och undersökningar inom den privata sjukvården beräknas uppgå till sammanlagt cirka 205 miljoner euro 2025, varav 28,8 miljoner euro är utgifter som följer av denna proposition.

År 2025 beräknas de föreslagna ändringarna öka utgifterna för FPA-ersättningar med sammanlagt cirka 28,8 miljoner euro, varav statens finansieringsandel är cirka 14,8 miljoner euro. Åren 2026 och 2027 uppskattas utgifterna för FPA-ersättningar öka med cirka 86,5 miljoner euro per år, varav statens finansieringsandel är cirka 44,5 miljoner euro per år. Av ökningen av ersättningarna 2025 är läkarbesökens andel cirka 25,8 miljoner euro och undersökningarnas andel cirka 3,0 miljoner euro. Av ökningen av ersättningarna 2026 och 2027 är läkarbesökens andel cirka 77,5 miljoner euro och undersökningarnas andel cirka 9,0 miljoner euro per år. I kalkylerna har man använt de uppskattningar som presenteras i avsnitt 4.2.1 av antalet kunder som övergår till att anlita de läkartjänster som avses i propositionen och av antalet

besök och utgått från antagandet att de ersättningar som betalas för undersökningarna är cirka 8,4 euro per besök.

Självriskandelarna för de läkarbesök och av läkare ordinerade undersökningar som avses i propositionen får enligt förslaget beaktas som övriga grundutgifter i det grundläggande utkomststödet. Besöksavgifterna inom den offentliga primärvården beaktas för närvarande som utgifter i det grundläggande utkomststödet, så vad gäller läkarbesöken bedöms propositionen inte öka utgifterna för det grundläggande utkomststödet. De undersökningar som enligt propositionen ska ersättas är dock avgiftsfria för de försäkrade inom den offentliga hälso- och sjukvården, så beaktandet av självriskandelarna för de undersökningar som ska ersättas i det grundläggande utkomststödet ökar utgifterna för utkomststödet. Inverkan på utgifterna för utkomststödet beräknas vara cirka 15 000 euro år 2025 och cirka 45 000 euro per år åren 2026 och 2027.

Propositionen bedöms öka Folkpensionsanstaltens omkostnader och behovet av årsverken med tio årsverken, om de redovisningar som gäller försöket behandlas i ett elektroniskt redovisningsförfarande, såsom i det nuvarande direktersättningsförfarandet. Propositionens konsekvenser för Folkpensionsanstaltens omkostnader beräknas uppgå till cirka 1 miljon euro per år 2025–2027, varav statens finansieringsandel är cirka 750 000 euro.

De föreslagna ändringarna antas öka anlitaandet av tjänster inom den privata sektorn särskilt i fråga om allmänläkarmottagningar. Det är dock svårt att förutse hur stor del av det uppskattade antalet ökade besök inom den privata sektorn som är besök där kunden övergått från välfärdsområdenas tjänster. En del av ökningen av antalet besök inom den privata sektorn kommer sannolikt av ett ökat antal besök som görs av personer som redan från tidigare anlitar den privata sektorns tjänster, en del av sådana personers besök som har anlitat välfärdsområdets tjänster och en del av sådana personers besök som varken har anlitat välfärdsområdets hälso- och sjukvårdstjänster eller några andra hälso- och sjukvårdstjänster. Ett ökat anlitaande av privata hälso- och sjukvårdstjänster kan också bero på ett eventuellt uppdämt behov av tjänster.

Den uppskattade ökningen av antalet besök inom den privata sektorn bedöms i någon mån dämpa välfärdsområdenas kostnadsökning. Användningen av till exempel dyr inhyrd arbetskraft och köpta tjänster bedöms eventuellt minska. Bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna för välfärdsområdena innehåller dock många osäkerhetsfaktorer, och det har således inte gått att uppskatta de ekonomiska konsekvenserna i euro.

Till följd av de föreslagna ändringarna kan tillgången till vård i välfärdsområdena förbättras, vilket i sin tur kan medföra att personer som inte har vänt sig till välfärdsområdenas tjänster på grund av de ställvis långa väntetiderna nu börjar anlita dessa tjänster. Detta kan i sin tur medföra kostnader för välfärdsområdena åtminstone på kort sikt. Att svara på det dolda vårdbehovet skulle dock i någon mån minska risken för att sjukdomar förvärras och således bidra till att kostnaderna för jour och specialiserad sjukvård minskar på lång sikt. I fråga om dessa indirekta konsekvenser har det dock inte varit möjligt att beräkna de ekonomiska konsekvenserna i euro.

De föreslagna ändringarnas konsekvenser för de olika välfärdsområdena varierar enligt hur omfattande utbudet av privata tjänster är i respektive område. Dessutom kan kösituationen i välfärdsområdena inverka på hur lätt kunderna övergår till den privata sektorn.

De föreslagna ändringarna minskar inte välfärdsområdenas skyldighet att ordna primärvårdstjänster. Därför behöver förslagets konsekvenser för tillgången till tjänster i

välårsområdena följas upp och informationen utnyttjas vid en eventuell fortsatt utveckling av ersättningsystemet för privat sjukvård.

För resor till privat hälso- och sjukvård har det årligen betalats cirka 4–5 miljoner euro i ersättningar. Det bedöms att de ersättningar som betalas för resor till privat hälso- och sjukvård kommer att öka till följd av propositionen, men att de ersättningar som betalas för resor till offentlig hälso- och sjukvård kommer att minska i motsvarande utsträckning. Utgifterna för reseersättningar kan öka om anlitaandet av offentliga och privata hälso- och sjukvårdstjänster ökar totalt sett till följd av propositionen. De försäkrades genomsnittliga resa till primärvård kan förkortas till följd av propositionen, om den privata tjänsteproducenten finns närmare än den offentliga. På grund av de kontrasterande konsekvenserna bedöms reseersättningarna inte öka nämnvärt till följd av propositionen.

4.2.2.2 Konsekvenser för hushållen

Propositionen innebär en sådan ändring av den gällande lagstiftningen att försäkrade som fyllt 65 år kan besöka en allmänläkare inom den privata hälso- och sjukvården så att självriskan är högst lika stor som den besöksavgift som tas ut vid läkarbesök inom den offentliga primärvården. Den andel som den försäkrade ska betala kan också vara mindre än besöksavgiften inom den offentliga primärvården, om tjänsteproducenten har beslutat erbjuda läkarbesök till ett förmånligare pris. Välårsområdena fattar självständigt beslut om storleken på de avgifter som de tar ut för besök inom den offentliga primärvården inom sitt område. Bestämmelser om avgifternas maximibelopp finns i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) och i förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992). Det är möjligt att vissa välårsområden inte tar ut den högsta avgiften eller någon avgift alls. Huruvida det är förmånligare för den försäkrade att besöka allmänläkare inom den privata sektorn eller den offentliga sektorn beror på till vilket pris tjänsteproducenterna erbjuder besök hos allmänläkare och storleken på de avgifter som välårsområdet tar ut.

För läkarbesök vid en hälsovårdscentral får en besöksavgift tas ut högst tre gånger per kalenderår. Alternativt kan en årsavgift tas ut till ett belopp av högst 56,40 euro per kalenderår. Om patienten inte betalar en årsavgift kan 28,20 euro tas ut oberoende av antalet besök. I propositionen föreslås det att den som fyllt 65 år kan få ersättning för tre läkarbesök per kalenderår. Om välårsområdet tar ut den högsta avgiften vid läkarbesök, är kundens kostnader vid läkarbesök på samma nivå eller nästan på samma nivå oberoende av vilkendera sektorn som anlitas. Självriskandelarna inom den privata hälso- och sjukvården räknas inte in i avgiftstaket inom hälso- och sjukvården, vilket kan inverka på betalningsbördan för dem som använder mycket hälso- och sjukvårdstjänster.

Om den försäkrade har behov av flera läkarbesök än tre, betalas FPA-ersättning enligt gällande lagstiftning för de besök som överskrider begränsningen av antalet besök. Då är den försäkrades kostnader större än inom den offentliga primärvården. Kunden har dock alltid möjlighet att också söka sig till den offentliga primärvården.

Besöksavgifterna inom den offentliga primärvården beaktas som utgifter i det grundläggande utkomststödet, vilket gör det möjligt att anlita läkartjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården på lika villkor i alla inkomstgrupper. Det föreslås att självriskan vid sådana läkarbesök och av läkare ordinerade undersökningar som avses i propositionen ska kunna beaktas som övriga grundutgifter i utkomststödet. Detta möjliggör besök inom den privata hälso- och sjukvården också för de 65 år fyllda personer som har de lägsta inkomsterna.

För de undersökningar som avses i propositionen ersätts den försäkrade till ett belopp som utgör hälften av maximipriserna. Den försäkrade står själv för en kostnad av uppskattningsvis cirka 17–30 euro, beroende på vilka undersökningar som har ordinerats. Inom den offentliga hälso- och sjukvården är undersökningarna avgiftsfria för kunden, vilket innebär att de undersökningar som den offentliga hälso- och sjukvården tillhandahåller även i fortsättningen är förmånligare för den försäkrade. Den försäkrades totala kostnader vid läkarbesök beror på om det behövs separata undersökningar för att fastställa behandlingen. Enligt förslaget ska personer som fyllt 65 år få en större ersättning än vad försäkrade i de yngre åldersgrupperna för närvarande får för sådana undersökningar som berättigar till ersättning, vilket förbättrar den ekonomiska ställningen för dem som fyllt 65 år i de situationer där behandlingen förutsätter undersökningar inom den privata hälso- och sjukvården.

Med stöd av sjukförsäkringslagen ersätts kostnaderna för resor som företagits till privat hälso- och sjukvård endast om den vård som getts eller de undersökningar som gjorts inom den privata hälso- och sjukvården ska ersättas enligt sjukförsäkringslagen. Om ersättning för undersökningar återinförs temporärt i fråga om undersökningar som ordinerats separat innebär det att reseersättning kan fås för resor till dessa undersökningar. Detta har betydelse framför allt för låginkomsttagare och för hushåll som använder tillgängliga fordon, till exempel tillgängliga taxibilar.

Propositionen har inga ekonomiska konsekvenser för personer under 65 år, eftersom ersättningarna för vård och undersökningar inom den privata sjukvården förblir oförändrade för deras del.

4.2.2.3 Konsekvenser för företag

Antalet tjänsteproducenter och verksamhetsställen inom den privata hälso- och sjukvården har ökat varje år. I slutet av 2022 var 1 034 tjänsteproducenter och 8 728 verksamhetsställen inom den privata hälso- och sjukvården verksamma med tillstånd av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården³⁴.

De totala kostnader som berättigar till ersättningar för privat sjukvård utgjorde 2019 i genomsnitt 26 procent av läkarstationernas och privatläkarsektorns verksamhetsställens omsättning. Omsättningsandelen var minst en tredjedel i Satakunta, Kymmenedalen, Åland, Päijänne-Tavastland och Egentliga Tavastland.³⁵ Det finns dock inga uppgifter om hur de ersatta besöken inom den privata hälso- och sjukvården fördelar sig mellan olika stora företag.

³⁴ Innan lagen om tillsynen över social- och hälsovården (741/2023) trädde i kraft behövde enskilda näringsidkare inte tillstånd av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården för verksamheten, utan uppgifter om företagsverksamheten anmäldes till regionförvaltningsverket. Vid ingången av 2024 sammanfördes alla tjänsteleverantörers uppgifter i registret Soteri. Registrets offentliga informationstjänst hade ännu inte öppnats i februari 2025, så exakta uppgifter om antalet enskilda näringsidkare finns inte att tillgå.

³⁵ Lääkäripalvelujen markkinat – Tilastollinen raportti yksityisen ja julkisen perusterveydenhuollon tasoisten lääkäripalvelujen kysynnästä ja tarjonnasta koko maassa ja maakunnittain 2019–2021 (ung. Marknaden för läkartjänster – Statistisk rapport om efterfrågan på och utbud av läkartjänster på privat och offentlig primärvårdsnivå i hela landet och enligt landskap 2019–2021). Pekka Lith 2021. Adress: <https://www.hyvinvointiala.fi/raportti-laakaripalvelujen-markkinat-2019-2021-pekka-lith/>. Texten finns endast på finska.

De föreslagna ändringarna antas öka anlitandet av privata hälso- och sjukvårdstjänster. Detta har en positiv effekt ur de privata tjänsteproducenternas synvinkel. Det är dock möjligt att utbudet inte helt kan svara på den eventuellt ökade efterfrågan till exempel i sådana områden där antalet privatläkare per invånare som fyllt 65 år är lägst (till exempel Österbotten, Södra Österbotten, Mellersta Österbotten och Kajanaland). Efterfrågan på sådana läkarbesök som avses i propositionen kan begränsas av kundernas osäkerhet om innehållet i och kostnaderna för de tjänster som ersätts och av eventuella regionala skillnader i utbudet av tjänster.

En stor majoritet av allmänläkar- och specialistläkarmottagningarna äger rum i läkarcentralers lokaler. Läkare som är yrkesutövare prissätter sina egna mottagningar och redovisar en del av sina inkomster som rumshyra till läkarcentralen. Läkarcentralen prissätter i sin tur expeditionsavgifterna och andra motsvarande avgifter samt sådana tjänster som stöder läkarmottagningen. Dessa utgör en helhet av tjänster som kompletterar varandra, och ofta köps tjänsterna från samma tjänsteproducent. Ändringarna i FPA-ersättningarna kan föranleda ändringar i företagens prissättning av hälso- och sjukvårdstjänster, vilket kan inverka på priskonkurrensen mellan företagen. Även om läkarna prissätter sina egna tjänster, kan läkarstationerna ha incitament att försöka påverka läkarnas prissättning.

I propositionen föreslås bestämmelser om maximibeloppet av självriskandelen av läkararvodet. Självriskandelen kan dock också vara mindre. En flexibel självriskandel kan anses öka konkurrensen mellan tjänsteproducenterna.

Förslaget om pristak för allmänläkarbesök och undersökningar inverkar på företagens prissättning. Man har tidigare i samband med ändringar av FPA-ersättningarna identifierat en risk för att höjningar av FPA-ersättningarna inte gagnar kunden, utan att de överförs på de priser som tjänsteproducenterna tar ut. Vid beredningen har man också identifierat problem med införandet av pristak. Om de pristak som införs motsvarar det pris som tjänsteproducenten annars också erbjuder, uppstår det ett incitament för tjänsteproducenten att erbjuda tjänster till maximipriset enligt pristaket. Om pristaken sätts för lågt ur tjänsteproducentens synvinkel, kan det uppstå ett incitament för tjänsteproducenten att inte producera tjänsterna och de riktas snarare till sådana kunder vars tjänster inte omfattas av pristaken. Med andra ord kan pristak som satts på en för låg nivå förhindra att det uppstår ett utbud av de tjänster som avses i propositionen.

Införandet av pristak är också förenat med en risk för att det leder till ett kartellartat beteende, om olika tjänsteproducenter prissätter sina tjänster på samma nivå som pristaken. Ju högre pristaken är jämfört med den prisnivå som bygger på konkurrens, desto större är risken. Om tjänsteproducenterna anser att nivån på pristaken är för låg, kan det också uppstå incitament för tjänsteproducenterna att höja de priser som de tar ut för andra tjänster.

Ersättningen för laboratorieundersökningar bedöms i viss mån kunna medföra ändringar i hur laboratorietjänster anlitas inom den privata och den offentliga sektorn. En del av de offentligt ägda laboratorierna tar emot kunder som har en ordination av en privatläkare. För kostnaderna för undersökningar vid offentligt ägda laboratorier (bland annat Fimlab) betalas dock inte FPA-ersättning, eftersom de betraktas som offentliga tjänsteproducenter. Dessutom omfattas offentligt ägda laboratorier av 15 § i lagen om offentlig upphandling och koncession (1397/2016, upphandlingslagen), enligt vilken den försäljning till utomstående från anknutna enheter som är tillåten har begränsats så att den anknutna enheten får sälja sina tjänster till andra upphandlande enheter än de som utövar ett bestämmande inflytande över den endast till ett belopp av högst 500 000 euro och 5 procent av sin årliga omsättning. Av regleringen följer att offentligt ägda laboratorier inte kan sälja undersökningar till privatkunder över ovannämnda gränser för försäljning till utomstående, vilket begränsar deras möjligheter att vara verksamma

på den privata marknaden. Enligt 131 och 132 § i lagen om välfärdsområden (611/2021) kan laboratorier som är välfärdssammanslutningar sälja tjänster på marknaden utan bolagiseringsskyldighet, om det är fråga om sporadisk verksamhet eller verksamhet som har små marknadseffekter. Välfärdssammanslutningar är bland annat Islab och Nordlab.

Enligt propositionen ska tjänsteproducenter inom den privata hälso- och sjukvården ingå avtal med Folkpensionsanstalten för att kunna producera sådana ersättningsgilla tjänster som avses i propositionen. Det bedöms att ingåendet av dessa avtal kan ske med fördröjning efter det att lagen har trätt i kraft, vilket påverkar företagen på ett sådant sätt att produktionen av de tjänster som avses i propositionen eventuellt börjar vid något olika tidpunkter hos olika tjänsteproducenter. Denna konsekvens beror dock i stor utsträckning på hur många tjänsteproducenter som vill ingå avtal med Folkpensionsanstalten och hur snabbt avtalen ingås, samt på huruvida tjänsteproducenten redan har ett avtal om direktersättningsförfarande med Folkpensionsanstalten.

Om yrkesutövare vill börja producera de tjänster som avses i propositionen i företagsform, ska de registrera sig i det rikstäckande registret över tjänsteproducenter och tjänsteenheter inom social- och hälsovården (Soteri). Från och med februari 2025 kan en yrkesutövare inom social- och hälsovården som är verksam ensam inleda sin verksamhet efter att ha lämnat in en registreringsansökan till Soteri, och yrkesutövaren behöver inte vänta på beslut om registrering. Bestämmelserna tillämpas också på ansökningar som är anhängiga den 1 februari 2025. Ändringen medför inte fördröjningar på grund av registreringen i fråga om nya aktörer som kommer in på marknaden. Nya företags inträde på marknaden kan dock fördröjas av ovan beskrivna orsaker som hänför sig till ingåendet av avtal. Registreringen kan även medföra att inledandet av verksamheten fördröjs i fråga om flerpersonsföretag, eftersom dessa företag måste vänta på beslut om registrering.

Det har också bedömts att avtalen mellan läkarcentralerna och yrkesutövarna behöver ändras till följd av propositionen. Dessa ändringsbehov bedöms dock inte avsevärt fördröja inledandet av produktionen av de tjänster som avses i propositionen.

Propositionen bedöms inte ha några betydande konsekvenser för personalen inom den privata hälso- och sjukvården. Ett eventuellt ökat antal besök inom den privata hälso- och sjukvården kan öka antalet arbetstimmar för allmänläkare som redan arbetar inom den privata hälso- och sjukvården, om de hittills har arbetat deltid.

4.2.3 Konsekvenser för myndigheterna

4.2.3.1 Konsekvenser för välfärdsområdena

De beräkningar som under propositionens beredningsfas gjordes av förändringarna i antalet besök som ska ersättas inom den privata hälso- och sjukvården grundar sig på antaganden, och antagandena om hur dessa förändringar i antalet besök kommer att påverka efterfrågan på välfärdsområdenas tjänster är förenade med många osäkerhetsfaktorer.

Om cirka 30 procent av de 65 år fyllda personer som tidigare anlitat läkartjänster inom den offentliga primärvården övergår till att anlita de privata läkartjänster som stöds med FPA-ersättningarna, kan kötiderna till vård inom den primärvård som ordnas av välfärdsområdena förkortas i fråga om läkarbesök. Konsekvenserna kan variera från välfärdsområde till välfärdsområde, eftersom antalet läkare per invånare inom den privata hälso- och sjukvården varierar från område till område. Det är också möjligt att en del av de personer som övergår till att anlita läkare inom den privata hälso- och sjukvården endast skulle ha besökt en sjukskötares

mottagning inom den offentliga hälso- och sjukvården, varvid konsekvenserna för den offentliga primärvården märks som en minskning av i synnerhet bedömningarna av vårdbehovet eller antalet patienter på sjukskötmottagningarna.

När en försäkrad har fått den årliga maximiersättningen för de allmänläkarbesök som avses i propositionen, är det personer med medelstora och höga inkomster som med större sannolikhet fortsätter anlita privata hälso- och sjukvårdstjänster, eftersom den försäkrades återstående självriskandel efter FPA-ersättning enligt 3 kap. i sjukförsäkringslagen är betydligt större. Maximiantalet besök hos allmänläkare som ersätts, det vill säga tre besök per kalenderår, räcker dock till för största delen av de försäkrade. Det är dock möjligt att tyngdpunkten i välfärdsområdenas arbete i allt högre grad förflyttas till vård av personer i en svagare socioekonomisk ställning, långtidssjuka och personer med flera sjukdomar, och därmed ofta till vård av personer som behöver mer krävande tjänster. Om en långtidssjuk eller en person med flera sjukdomar redan har en vårdrelation inom den offentliga hälso- och sjukvården eller ett behov av multiprofessionella tjänster, är det inte nödvändigtvis ändamålsenligt att personen övergår till att anlita privat hälso- och sjukvård. Å andra sidan frigörs resurser i välfärdsområdena för vård av denna befolkningsgrupp, om en del av de personer som har möjlighet att betala mera för tjänsterna börjar eller fortsätter anlita privata tjänster.

Begränsningarna av antalet läkarbesök som ersätts kan styra kunder som har ett stort behov av läkartjänster från den privata hälso- och sjukvården till välfärdsområdets tjänster, om det behövs fler besök än det maximala antalet besök enligt begränsningen. Begränsningarna av antalet besök kan också påverka välfärdsområdena så att vården av kunden upprepas inom den offentliga hälso- och sjukvården, om tillräckliga journalhandlingar inte fås och det uppstår behov av till exempel överlappande undersökningar. Detta kan i värsta fall leda till oändamålsenlig användning av hälso- och sjukvårdsresurserna. Konsekvenserna beror dock i stor utsträckning på hur väl informationsöverföringen mellan de olika sektorerna inom hälso- och sjukvården fungerar. Maximipriserna för läkarbesök kan också styra mottagningsbesökens längd så att kunderna i mer komplicerade vårdfall kan bli tvungna att söka sig till den offentliga hälso- och sjukvården.

Kunden kan också söka sig till laboratorieundersökningar vid ett laboratorium som ägs av ett välfärdsområde, om laboratoriet godkänner privatläkares undersökningsordinationer. För kostnaderna för undersökningarna betalas dock inte FPA-ersättning. Av denna orsak är det möjligt att kunder som tidigare anlitat offentligt ägda laboratorier söker sig till undersökningar vid privata laboratorier. Enligt remissvaren från offentligt ägda laboratorier baserar sig dessa laboratoriers kostnadseffektivitet på undersökningsvolymen. Detta innebär att om antalet undersökningar vid offentligt ägda laboratorier minskar betydligt, försämras kostnadseffektiviteten. Vissa tjänsteproducenter bedömer att om ett stort antal kunder övergår från den offentliga sektorn till den privata sektorn i fråga om undersökningar, kan det till och med leda till att de offentliga laboratoriernas servicenätverk glesnar till följd av en sämre kostnadseffektivitet. En sämre kostnadseffektivitet innebär för välfärdsområdena att enhetskostnaden för en enskild undersökning är högre än tidigare.

Inom den privata hälso- och sjukvården kan kunden söka sig direkt till en läkares mottagning utan någon separat bedömning av vårdbehovet. Om tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster förbättras till följd av propositionen och de försäkrade får snabbare tillgång till läkare, kan det minska behovet av jourbesök. Ett tidigt ingripande i hälsoproblem kan förebygga ett senare behov av specialiserad sjukvård eller sjukhusvård, vilket har positiva konsekvenser för både individens hälsa och den offentliga ekonomin.

Välfrädsområdenas personal arbetar under hård press bland annat på grund av personalbrist. Under de senaste åren har det blivit allt vanligare med deltidsarbete bland läkare och tandläkare. Enligt en arbetsmarknadsundersökning som fem universitet och Finlands Läkareförbund genomförde 2023 fortsätter deltidsarbete att öka bland läkare. Av dem som besvarade undersökningen hade var fjärde en deltidsanställning. Den vanligaste orsaken till deltidsarbete var den belastning som arbetet orsakar.³⁶ Det är möjligt att de föreslagna ändringarna underlättar kösituationen och arbetsbördan inom välfärdsområdenas primärvård och därigenom även den arbetspress som personalen upplever.

Enligt en förfrågan³⁷ som Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT gjorde hösten 2023 råder det brist på nästan alla yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i välfärdsområdena. Bristen på läkare och tandläkare var störst inom primärvården. Det finns betydande områdesvisa skillnader i utbudet av privata tjänster. Antalet läkare som arbetar inom den privata sektorn i förhållande till den befolkning som fyllt 65 år varierar betydligt beroende på vilken källa och vilket beräkningssätt som används. Antalet privata besök kan dock förväntas öka mest i de områden där antalet privatläkare i förhållande till befolkningen är högre än genomsnittet, såsom i Lappland och Helsingfors, och minst i de områden där antalet privatläkare är lägre, såsom i Kajana.

Eftersom avsikten är att de föreslagna ändringarna ska gälla temporärt, bedöms propositionen inte medföra någon betydande övergång av personal från den offentliga sektorn till den privata sektorn. Det är dock möjligt att till exempel läkare som redan arbetar på deltid eventuellt ökar sina arbetstimmar inom den privata sektorn.

Propositionen bedöms öka antalet besök hos allmänläkare inom den privata hälso- och sjukvården bland personer som fyllt 65 år. Om en betydande andel av den uppskattade ökningen av antalet besök utgörs av personer som tidigare har anlitat den offentliga primärvårdens tjänster, har propositionen indirekta konsekvenser också för dem som anlitat den offentliga primärvården. Tillgången till vård kan bedömas bli snabbare inom den offentliga primärvården, om en betydande andel av dem som tidigare använt tjänsterna övergår till den privata sektorn. Om tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster inom båda sektorerna förbättras till följd av propositionen, kan det också påverka belastningen på den offentliga specialiserade sjukvården, om en snabbare tillgång till läkare kan minska att hälsoproblem förvärras och leda till ett minskat behov av specialiserad sjukvård eller till och med till ett minskat antal jourbesök. Dessutom är det möjligt att förlängningen av vårdgarantitiderna inom den offentliga öppna sjukvården ytterligare ökar antalet kunder som söker sig till privat sjukvård.

4.2.3.2 Konsekvenser för Folkpensionsanstalten och försäkringskassorna

Enligt förslaget ska Folkpensionsanstalten utarbeta det avtal som ska ingås med tjänsteproducenterna, ingå avtal med tjänsteproducenterna och följa upp att avtalen iakttas.

³⁶ Social- och hälsovårdsministeriet: Lääkäri 2023 – Kyselytutkimus vuosina 2012–2021 valmistuneille lääkäreille (Läkare 2023 – Enkätundersökning till läkare som utexaminerats 2012–2021). Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2024:13. På adressen: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165701/STM_2024_13_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y (på finska med svenskt presentationsblad).

³⁷ KT-lehti 19.4.2024, Juho Ruskoaho: ”Hyvinvointialueilla on pahin pula lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä” (ung. Välfärdsområdena har den största bristen på läkare och socialarbetare). På adressen: <https://www.ktlehti.fi/2024/2/pahin-pula-on-laakareista-ja-sosiaalityontekijoista>. Texten finns endast på finska.

Enligt propositionen ska Folkpensionsanstalten också fastställa maximipriser och ersättningstaxor för besök på läkarmottagningar och undersökningar som ersätts. Folkpensionsanstalten ska regelbundet följa upp att medlen för ersättningar räcker till. Vid behov kan Folkpensionsanstalten ändra de maximipriser och ersättningstaxor som fastställts för mottagningsbesök och undersökningar.

De föreslagna ändringarna förutsätter ändringar i Folkpensionsanstaltens informationssystem. Likaså behövs ändringar i de program som underhålls av systemleverantörerna. Ändringarna förutsätter att såväl Folkpensionsanstalten som systemleverantörerna utarbetar nya blanketter. Enligt förslaget ska Folkpensionsanstalten också fastställa ersättningstaxorna och lägga till dem i förteckningen över taxor.

Folkpensionsanstalten ska dessutom se till att kunderna, tjänsteproducenterna inom den privata hälso- och sjukvården, systemleverantörerna och verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården får tillräcklig information och handledning. På webbplatsen Kela.fi ska det upprättas en uppdaterad förteckning över de tjänsteproducenter som producerar de tjänster som avses i propositionen. Kunderna kommer sannolikt att kontakta Folkpensionsanstalten i ökad utsträckning, och Folkpensionsanstalten bör på ett heltäckande sätt informera och kommunicera om ändringarna även internt och se till att kompetensen hos ersättningshandläggarna och de anställda inom kundservicen säkerställs och att de får utbildning.

Antalet ansökningar om ersättning till Folkpensionsanstalten kommer att öka till följd av propositionen. Vid beslutsfattandet ska de begränsningar som gäller antalet läkarbesök och laboratorieundersökningar beaktas för enskilda försäkrade, vilket ökar arbetsmängden för ersättningshandläggarna. Ersättningshandläggarnas arbetsmängd ökar också på grund av de ansökningar som måste avslås och återkraven av överbetalningar i anslutning till dem. Antalet överbetalningar kommer sannolikt att öka på grund av begränsningarna av antalet besök som ersätts. Tjänsteproducenter inom den privata hälso- och sjukvården har inte alltid information om huruvida en försäkrad har besökt en annan tjänsteproducent inom den privata hälso- och sjukvården, om inte den försäkrade själv berättar det eller besöket kan bekräftas till exempel via Kanta-tjänsterna. Då uppstår det en risk för att den försäkrade får direktersättning, även om han eller hon redan har gjort de läkarbesök som avses i propositionen under samma kalenderår. I regel återkrävs en förmån eller ersättning som betalats till för stort belopp, om det inte finns grunder för att delvis eller helt avstå från återkravet.

Det är en utmaning för Folkpensionsanstalten att verkställa ersättningarna för resor till tjänsteproducenter inom den privata hälso- och sjukvården utifrån sjukförsäkringslagens gällande bestämmelser, och de föreslagna ändringarna kan ytterligare försvåra verkställandet av reseersättningar enligt lagen. Detta beror på att producenter av FPA-taxitjänster inte har någon information om huruvida kundens besök till privat hälso- och sjukvård ersätts enligt lagen eller inte. I regel reder inte heller Folkpensionsanstalten ut orsaken till besöket när en resa har företagits till offentlig eller privat hälso- och sjukvård.

Propositionen bedöms öka Folkpensionsanstaltens omkostnader och behovet av årsverken med tio årsverken, om behandlingen av de redovisningar som gäller de tjänster som enligt förslaget ska ersättas ske i ett elektroniskt redovisningsförfarande, såsom i det nuvarande direktersättningsförfarandet. Om det elektroniska direktersättningsförfarandet inte används, blir Folkpensionsanstaltens omkostnader och behovet av årsverken betydligt större.

De föreslagna ändringarna medför behov av stadgeändringar i flera försäkringskassor. Ändringarna bedöms således medföra administrativt arbete för försäkringskassorna.

4.2.4 Andra samhällseliga konsekvenser

4.2.4.1 Konsekvenser för medborgarnas ställning

Syftet med de föreslagna ändringarna är bland annat att den ekonomiska tröskeln för att söka sig till privata hälso- och sjukvårdstjänster ska bli lägre och att allt fler försäkrade ska ha ekonomiska möjligheter att om de så önskar anlita privat hälso- och sjukvård i stället för eller vid sidan av den offentliga hälso- och sjukvården. I avgiften vid de ersättningsgilla besök som avses i propositionen ingår även i fortsättningen en självriskandel som kunden ska betala. Enligt förslaget är självriskandelen vid läkarbesök högst lika stor som den högsta besöksavgift som tas ut inom den offentliga hälso- och sjukvårdens öppna sjukvård. Alla välfärdsområden tar inte ut någon besöksavgift vid läkarbesök på en hälsovårdscentral, så i vissa områden kan det fortfarande vara förmånligare för kunden att anlita den offentliga hälso- och sjukvården. I sådana områden där den högsta avgiften enligt klientavgiftslagen tas ut vid läkarbesök inom primärvården uppstår det inte nödvändigtvis någon ekonomisk skillnad för kunden om han eller hon besöker en läkarmottagning inom den offentliga eller den privata hälso- och sjukvården. Till följd av konkurrensen kan dock kundens självriskandel vid besök hos en privatläkare också vara lägre än det föreslagna maximibeloppet, varvid det beroende på område kan vara förmånligare för kunden att anlita den privata hälso- och sjukvården.

När det gäller undersökningar som ordinerats av läkare förbättras den försäkrades möjligheter att välja tjänsteproducent i det fall att den försäkrade också tidigare har anlitat en privat tjänsteproducents laboratorietjänster och bildiagnostiska tjänster och fortsätter att anlita dem. För dessa undersökningar betalas i nuläget endast ersättningar som ordinerats av en specialist i psykiatri, en tandläkare eller en specialist i mun- och käkkirurgi, och ersättningarna för undersökningarna är små. Enligt den föreslagna ersättningsmodellen för undersökningar är till exempel den försäkrades kostnader för blodprov cirka 17–30 euro, beroende på de undersökningar som ordinerats och självriskandelarna. Självriskandelen vid läkarbesök och kostnaderna för undersökningar kan dock fortfarande bedömas orsaka ett ekonomiskt hinder för vissa personer att söka vård inom den privata hälso- och sjukvården. Undersökningar som gjorts inom den offentliga hälso- och sjukvården är avgiftsfria för kunden, vilket innebär att det fortfarande i vissa fall kan vara ekonomiskt mer lönsamt för kunden att söka vård inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Om ett betydande antal kunder övergår till den privata hälso- och sjukvården till följd av propositionen, kan det ha en positiv effekt också för de personer som endast anlitar den offentliga primärvården. De får bättre och snabbare tillgång till tjänster, om en del av de personer som tidigare vårdats inom den offentliga sektorn börjar vårdas inom den privata sektorn. Medborgarna drar nytta av att väntetiderna förkortas inom den offentliga primärvården, om en större del av befolkningen än tidigare till följd av propositionen söker sig till den privata sektorn med stöd av FPA-ersättningarna. Denna indirekta konsekvens för medborgarnas ställning gäller alla kunder inom den offentliga primärvården oberoende av ålder.

De föreslagna ersättningarna kan också förbättra tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster i synnerhet för de försäkrade som inte har en långtidssjukdom eller ett omfattande behov av en samling av social- och hälsovårdstjänster, utan vars behov av hälso- och sjukvårdstjänster är sporadiskt. Dessa konsekvenser kan dock variera regionalt beroende på utbudet av tjänster.

Över 12 procent av finländarna upplevde ett otillfredsställt servicebehov 2017³⁸ och enligt undersökningen Hälsosamma Finland 2022³⁹ upplevde 24,8 procent av de finländare som fyllt 65 år att de fått otillräckliga tjänster på läkarmottagning och 16,7 procent upplevde att de fått otillräckliga tjänster på sjukskötarmottagning. Om tillgången till tjänster inom både den offentliga och den privata sektorn förbättras till följd av propositionen kan det sänka tröskeln för medborgarna att söka sig till tjänsterna och därmed svara på en del av det otillfredsställda servicebehovet i fråga om personer som fyllt 65 år. Detta kan i sin tur bidra till att sjukdomar upptäcks snabbare och nödvändig vård inleds, vilket i sin tur kan förebygga behovet av specialiserad sjukvård i ett senare skede.

Ändringarna kommer sannolikt inte att påverka anlitaandet av privata hälso- och sjukvårdstjänster för de personer som anlitar privata tjänster oberoende av ersättningsnivån. Propositionen har inga eller mindre konsekvenser för de personer som anlitar företagshälsovårdens hälso- och sjukvårdstjänster eller som har en privat sjukkostnadsförsäkring⁴⁰.

Reseersättningar enligt sjukförsäkringslagen kan fås för en resa till privat hälso- och sjukvård, om tjänsten ska ersättas enligt sjukförsäkringslagen. Den utvidgade rätten till ersättning för undersökningar ökar således de försäkrades möjligheter att anlita privat hälso- och sjukvård. Tillgången till privata hälso- och sjukvårdstjänster är inte lika i alla områden, utan i vissa områden kan avståndet till privat hälso- och sjukvård vara långt, och då kan erhållandet av reseersättning i själva verket inverka på den försäkrades möjligheter att välja privat hälso- och sjukvård i stället för offentlig hälso- och sjukvård. En stor del av producenterna av privata hälso- och sjukvårdstjänster verkar i södra Finland och de största städerna, där det således bedöms vara lättare att få tillgång till vård än i områden med långa avstånd. Dessutom riktas en stor del av reseersättningarna till äldre personer. Exempelvis 2015 betalades hälften av alla reseersättningar till 6,9 procent av alla personer som fick reseersättningar, och av dessa personer var 44 procent över 70 år. Relativt sett mest reseersättningar betalades i Lappland och Kajanaland, som är områden med långa avstånd.⁴¹ Propositionens positiva konsekvenser för tillgången till vård bedöms således accentueras särskilt i fråga om äldre och sjuka försäkrade som bor i områden med långa avstånd till den del de behöver få tillgång till sådana undersökningar som ersätts.

En person som anlitar tjänster inom den privata hälso- och sjukvården är konsument och skyddas av konsumentskyddslagen (38/1978). Den som använder tjänsterna har till exempel tillgång till de rättsmedel som föreskrivs i konsumentskyddslagen, om tjänsten har ett fel. Likaså ska tjänsteproducenten i enlighet med konsumentskyddslagen ge kunden uppgifter om priset för

³⁸ Nguyen, L. och Häkkinen, U., 2022. Koettu tyydyttämätön terveyspalvelujen tarve ja terveyspalvelujen käyttö (ung. Otillfredsställt behov av hälso- och sjukvårdstjänster och anlitaande av hälso- och sjukvårdstjänster). På adressen: <https://www.julkari.fi/handle/10024/145565>. Texten finns endast på finska.

³⁹ Koskela, T., Ikonen, J., & Parikka, S. (2023). Vuxenbefolkningens välfärd och hälsa – Undersökningen Hälsosamma Finland 2022: Det upplevs allt svårare att få läkartid – ökad psykisk påfrestning hos personer i arbetsför ålder.

⁴⁰ År 2022 hade 10 procent av hushållen med personer över 64 år sjukkostnadsförsäkring. Statistikcentralen: <https://stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2024/sairauskuluvakuutusten-kannattavuus-laskussa-maara-edelleen-kasvanut>. Texten finns endast på finska.

⁴¹ Folkpensionsanstaltens forskningsblogg 14.9.2016: Matkakorvaukset kohdentuvat pienelle joukolle (ung. Reseersättningarna riktar sig till en liten grupp). På adressen: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/728213/matkakorvaukset-kohdentuvat-pienelle-joukolle?q=matkakorvaukset>. Texten finns endast på finska.

en tjänst i det skede då kunden köper eller bokar tjänsten. Offentliga hälso- och sjukvårdstjänster (som välfärdsområdet självt producerar eller köper genom avtal om köpta tjänster) omfattas däremot inte av konsumentskyddslagen. Kunder som använder servicesedlar utgör undantag från detta, eftersom i enlighet med lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården (569/2009) omfattas avtalsförhållandet mellan kunden och tjänsteproducenten av bestämmelserna och rättsprinciperna inom konsumenträtt och avtalsrätt i enlighet med innehållet i avtalet.

4.2.4.2 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

I Finland fanns det 2023 cirka 4,8 procent fler kvinnor än män som fyllt 65 år. Största delen av dem som fyllt 65 år är pensionstagare och deras genomsnittliga totala pension 2024 var 2 100 euro i månaden. Männens pensioner är i genomsnitt högre än kvinnornas.

Sjukförsäkringslagens bestämmelser om ersättningar för vård och undersökningar har samma innehåll för alla försäkrade oberoende av kön, och ersättningar beviljas på lika grunder. I fråga om sjukvårdersättning förekommer det dock skillnader mellan könen på grund av av olika användning av tjänsterna. Av mottagarna av ersättningar för läkararvoden 2024 var cirka 60 procent kvinnor och cirka 40 procent män. Av läkararvodena har kvinnorna fått mest ersättning för arvoden för allmänläkare, specialister i gynekologi och obstetrik samt specialister i ögonsjukdomar. Männerna har fått mest ersättning för arvoden för allmänläkare, specialister i ortopedi och traumatologi samt specialister i ögonsjukdomar. År 2024 betalades FPA-ersättningar för arvoden till allmänläkare eller specialister i allmänmedicin till 58 190 män (43 %) och 76 029 kvinnor (57 %). Eftersom kvinnor i högre grad än män också anlitar tjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården, kan det antas att propositionens konsekvenser i någon mån kommer att beröra fler kvinnor än män.

4.2.4.3 Konsekvenser för barn och unga

De föreslagna ändringarna bedöms inte ha några direkta konsekvenser för barn och unga. Om belastningen på den offentliga hälso- och sjukvården minskar till följd av ändringarna, kan också barn och unga som vårdas inom den offentliga hälso- och sjukvården dra nytta av den kapacitet som eventuellt frigjorts inom den offentliga hälso- och sjukvården.

4.2.4.4 Konsekvenser för de grundläggande och mänskliga rättigheterna

Propositionen hänför sig till rätten till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Propositionen hänför sig också till 6 § i grundlagen, enligt vilken alla är lika inför lagen. Bestämmelsen uttrycker inte bara ett krav på juridisk likabehandling utan också idén om faktisk jämlikhet. Detta anses inbegripa ett förbud mot godtycke och ett krav på lika behandling i likadana fall. Enligt 6 § 2 mom. får ingen utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av till exempel ålder, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

I nuläget betalas ersättningar för vård och undersökningar enligt sjukförsäkringslagen till alla försäkrade på samma lagstadgade grunder. Folkpensionsanstaltens ersättningspraxis är riksomfattande. Man har rätt att söka ändring i ersättningsbeslut hos besvärsnämnden för social trygghet och vidare hos försäkringsdomstolen. Sålunda verkställs ersättningar för vård och undersökningar i princip på samma sätt i hela landet, och ersättningsbeloppet eller erhållandet av ersättning beror i sig inte på den försäkrades bostadsort.

De tjänster inom den privata hälso- och sjukvården för vilka betalas FPA-ersättning har karaktären av komplement till de offentliga tjänsterna och verksamhetsmodellen för dem är annorlunda än för offentliga tjänster. Inom den privata hälso- och sjukvården görs inte motsvarande bedömning av vårdbehovet som inom den offentliga primärvården. FPA-ersättningar för privat sjukvård betalas i nuläget för besök på läkarmottagning utan att kundens vårdbehov har bedömts på förhand av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, dock under förutsättning att det är fråga om sådan behövlig sjukvård som avses i sjukförsäkringslagen. Eftersom den föreslagna temporära lagstiftningen baserar sig på det nuvarande systemet för ersättning från Folkpensionsanstalten och dess principer samt på verksamhetslogiken inom den privata hälso- och sjukvården, föreskrivs det inte om någon individuell bedömning av hälsotillståndet och behovet av vård som en förutsättning för mottagningsbesök hos en läkare. Detta kan försätta kunderna i en ojämlig ställning när man jämför den offentliga och privata hälso- och sjukvården.

De kostnader som den försäkrade ska betala för besök hos allmänläkare ska enligt förslaget vara högst lika stora som den högsta besöksavgift som tas ut för läkarbesök inom den offentliga primärvårdens öppna sjukvård. De föreslagna ändringarna förbättrar möjligheterna för personer som fyllt 65 år att välja om de söker vård inom den offentliga primärvården eller hos en privat tjänsteproducent. Tidigare har ersättningarna för vård och undersökningar inom den privata sjukvården koncentrerats till höginkomsttagare, och alla försäkrade har inte haft faktiska möjligheter att anlita privata hälso- och sjukvårdstjänster på grund av de höga kostnader som tjänsterna medfört för den försäkrade. Genom propositionen undanröjs de ekonomiska hindren för de försäkrade att välja tjänsteproducent inom de olika sektorerna. Detta förbättrar ställningen och möjligheterna att få tillgång till vård i synnerhet för låginkomsttagare som fyllt 65 år. Undersökningar som eventuellt ordinerats den försäkrade vid ett läkarbesök kommer dock inte att vara avgiftsfria, såsom inom den offentliga primärvården. Till följd av de föreslagna pristaken och ersättningarna blir de kostnader som kunden ska betala dock relativt små. De försäkrade har också möjlighet att söka sig till undersökningar inom den offentliga primärvården.

Nivån på ersättningarna för vård och undersökningar inom den privata sjukvården har sjunkit och länge varit så låg att ersättningarna de facto inte har kunnat anses stödja tillgången till vård. Dessutom minskade ersättningarna för vård- och undersökningsåtgärder vid ingången av 2023, vilket ledde till att största delen av ersättningarna för vård och undersökningar slopades. Såsom det konstateras i avsnitt 2.3.3.1 i propositionen har ersättningarna för vård och undersökningar koncentrerats till personer i högre inkomstklasser, i huvudsak på grund av de stora självriskandelarna. Syftet med propositionen är att öka effekterna av FPA-ersättningarna för privat sjukvård, vilket för sin del innebär att man strävar efter att uppnå en jämligare fördelning av ersättningarna. Självriskandelarna för de tjänster som avses i propositionen beaktas som en utgift i det grundläggande utkomststödet, vilket avsevärt förbättrar möjligheterna också för de personer inom målgruppen som har de lägsta inkomsterna att utnyttja de tjänster som avses i propositionen. Detta ökar den faktiska jämlikheten inom åldersgruppen 65 år eller äldre, när de ekonomiska hindren för att anlita tjänsterna minskas.

De föreslagna bestämmelserna om FPA-ersättningar gäller endast försäkrade som fyllt 65 år. Den äldre befolkningen har ett större behov av hälso- och sjukvårdstjänster på grund av högre sjukfrekvens, och de har inte tillgång till företagshälsovårdstjänster. Bland dem som är under 65 år finns det dock också grupper som inte har tillgång till företagshälsovårdstjänster och som kan ha högre sjukfrekvens än den övriga befolkningen, såsom arbetslösa och personer som får sjuk- eller invalidpension. Omfattningen av avtalen om företagshälsovård varierar också mellan arbetsgivare i fråga om vilka sjukvårdstjänster som ingår. Propositionen försätter personer som fyllt 65 år i en annan ställning än andra befolkningsgrupper.

Personer under 65 år har fortfarande möjlighet att anlita privata hälso- och sjukvårdstjänster som ersätts enligt 3 kap. i sjukförsäkringslagen. En del har också möjlighet att anlita företagshälsovårdstjänster. Alla har dessutom rätt till tjänster inom den offentliga primärvården. Rätten till sjukvårdsersättning eller rätten att anlita tjänster för personer under 65 år försvagas således inte jämfört med nuläget, men propositionen förbättrar tillgången till tjänster för en befolkningsgrupp. Genom att göra det möjligt för personer som fyllt 65 år att i större utsträckning än för närvarande anlita allmänläkartjänster inom den privata hälso- och sjukvården kan belastningen på den offentliga primärvården minskas. Detta kan indirekt ha positiva konsekvenser också för den övriga befolkningen.

De föreslagna ändringarna kan påverka tillgången till vård på olika sätt i olika områden. Det kan bedömas att förslagen kan främja de försäkrades tillgång till vård i synnerhet i glesbygden och områden med långa avstånd, när de ekonomiska möjligheterna att välja vårdenhet förbättras. Om en försäkrad hittills inte har kunnat söka sig till en privat tjänsteproducent av ekonomiska orsaker, kan de föreslagna ändringarna förbättra den försäkrades ekonomiska möjligheter att själv välja tjänsteproducent. Eftersom privata hälso- och sjukvårdstjänster inte tillhandahålls på alla orter, kan dock långa avstånd fortfarande begränsa den försäkrades valmöjligheter. Eftersom det finns en bättre tillgång till privata tjänster i stora städer har de som bor i dessa områden bättre möjligheter att välja tjänsteproducent. Enligt förslaget ska emellertid också distanstjänster (video- och telefonmottagningar) omfattas av ersättningen, vilket förbättrar tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster i synnerhet för dem som bor i områden med långa avstånd. Dessutom har de försäkrade rätt till ersättning för resor till en tjänsteproducent för de besök för vilka betalas FPA-ersättning i enlighet med sjukförsäkringslagen.

De föreslagna ändringarna är avsedda att gälla temporärt. Den rätt till ersättning som bestäms på basis av de försäkrades ålder är således inte permanent lagstiftning, utan vid utgången av lagens giltighetstid tillämpas de gällande bestämmelser som gäller alla försäkrade på lika villkor. Ett av syftena med den temporära lagstiftningen av försökskaraktär är att få information som senare kan utnyttjas vid utvecklingen av ersättningssystemet och systemet med hälso- och sjukvårdstjänster.

5 Alternativa handlingsvägar

5.1 Handlingsalternativen och deras konsekvenser

5.1.1 Annan fördelning av finansieringen

Propositionen har beretts utifrån de mål och utgångspunkter i regeringsprogrammet som presenterats tidigare i denna proposition. Eftersom finansieringen enligt regeringsprogrammet har varit avsedd uttryckligen för sjukvårdsförsäkringens ersättningar för vård och undersökningar – och inte till exempel för välfärdsområdenas finansiering – har det för att uppnå målet enligt regeringsprogrammet inte utretts sätt att rikta finansieringen till annat än ersättningar för privat sjukvård. I välfärdsområdena pågår projekt för att utveckla primärvårdstjänsterna. Med den finansiering som står till förfogande uppnås inga betydande effekter för de självstyrande välfärdsområdenas totala finansiering. I budgeten för 2025 har det reserverats cirka 25,7 miljarder euro för välfärdsområdenas och HUS-sammanslutningens social- och hälsovård. Den statliga finansieringen till välfärdsområdena är icke-öronmärkt, så det finns inte några exakta uppgifter om hur den fördelas mellan socialvården och hälso- och sjukvården 2025. För FPA-ersättningarna anvisas enligt propositionen cirka 14,8 miljoner euro i statlig finansiering 2025 och cirka 44,5 miljoner euro 2026 och 2027. De anslag som reserverats för FPA-ersättningarna enligt propositionen är små i förhållande till anslagen till

välårsområdena, och att anvisa anslagen för den icke-öronmärka finansieringen till välårsområdena skulle inte motsvara propositionens syften.

Ett alternativ för att förbättra tillgången till primärvårdstjänster i framtiden är att utveckla systemet med servicesedlar. En reform av systemet med servicesedlar bör dock beredas med beaktande av välårsområdenas och tjänsteproducenternas ståndpunkter så att den även stöder välårsområdenas egen tjänsteproduktion, vårdkontinuiteten och kostnadshanteringen. Dessutom bör det beaktas att det är de självstyrande välårsområdena som själva beslutar om användningen av servicesedlar vid ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster.

5.1.2 Alternativ för avgränsning av målgruppen

Den finansiering som reserverats för utvecklingen av FPA-ersättningarna förutsätter att det görs någon form av avgränsning av målgruppen. I annat fall är det inte möjligt att avsevärt höja ersättningsnivån. Vid beredningen beslutade man att rikta ersättningarna till personer som fyllt 65 år, eftersom avsikten är att förbättra tillgången till tjänster i synnerhet för de åldersgrupper som använder tjänsterna i stor utsträckning, vilket minskar belastningen på den offentliga primärvården. Sjukfrekvensen bland personer över 65 år är i genomsnitt betydligt högre än bland yngre åldersklasser, och hälso- och sjukvårdsbesöken är klart koncentrerade till den offentliga hälso- och sjukvården. Pensionärer har inte heller tillgång till företagshälsovård, till vilken besöken inom primärvården i fråga om personer i arbetsför ålder koncentreras. År 2023 var den förväntade pensioneringsåldern inom arbetspensionssystemet 62,8 år.⁴²

Under beredningen av propositionen behandlades frågan om målgruppen ska avgränsas till exempel till personer som fyllt 60 eller 70 år, men på basis av den genomsnittliga pensioneringsåldern och den finansiering som står till förfogande beslutade man att föreslå att ersättningarna ska riktas till personer som fyllt 65 år.

5.1.3 Alternativ i anslutning till pristaken

I samband med tidigare ändringar i ersättningarna för vård och undersökningar inom den privata sjukvården har man identifierat en risk för att höjningar av ersättningarna kan överföras på priserna på hälso- och sjukvårdstjänster, varvid de höjda ersättningarna gagnar de privata tjänsteproducenterna i stället för kunderna. Möjligheten till sådana besök på en allmänläkarmottagning som föreslås i propositionen så att självriskan motsvarar besöksavgiften vid läkarbesök inom den offentliga primärvården ska enligt förslaget genomföras genom att det föreskrivs om ett pristak. Det föreslås att pristaket ska vara på samma nivå i hela landet. Under beredningen utreddes också möjligheten att införa områdesvisa pristak, men genomförandet och verkställandet ansågs vara svårt och skulle ha krävt mer utredningsarbete än vad tidsramarna för beredningen tillät. Olika pristak inom de olika områdena skulle också ha kunnat ha oönskade styreffekter på utbudet av tjänster i områdena.

I fråga om ersättningarna för undersökningar bedömdes olika ersättningsmodeller. I varje ersättningsmodell med ett pristak som bedömdes skulle kunden ha fått ersättning för 50 procent av beloppet enligt pristaket, men det fanns skillnader i modellerna beträffande den nivå på vilken maximipriserna fastställdes. Således varierade också kostnadsberäkningarna både i fråga om den offentliga ekonomin och kunderna. Man bedömde också en modell där ersättningstaxan för varje enskild undersökning fastställdes utan maximipris. Detta alternativ slopades dock,

⁴² Pensionsskyddscentralen: Faktiskt pensionsålder. På adressen: <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-jannenusteet/tilastot/elakkeellesiirtymisika/>.

eftersom modellen inte skulle ha innehållit några kostnadsbegränsande element och det skulle ha varit svårt att uppskatta den andel som kunden ska betala. Utan ett pristak för stödtjänster skulle en höjning av ersättningsnivåerna i fråga om läkararvoden också ha kunnat överföras på priserna för stödtjänster så att kostnaderna för dem hade ökat.

5.1.4 Tjänster som avses i propositionen

De sjukvårdstjänster som avses i propositionen utreddes under beredningen särskilt med tanke på den finansiering som står till förfogande och de olika vårdhelheterna. Man ansåg att regeringsprogrammets mål att minska belastningen på den offentliga primärvården uppfylls bäst genom ersättningar för allmänläkarbesök. Dessutom utreddes möjligheten att inkludera olika specialområden i propositionen, men för att ersättningsmedlen skulle räcka till beslutade man att lämna dem utanför propositionen. Till exempel har besök hos specialister i ögonsjukdomar ersatts till personer som fyllt 65 år i sådan utsträckning att de ersättningsmedel som står till förfogande inte skulle ha räckt till för att ersätta både besök hos allmänläkare och besök hos ögonläkare.

Som en alternativ lösning utreddes möjligheten att inkludera sjukskötares mottagningar i de tjänster som ersätts så att kundens självrisk vid dessa besök skulle ha varit lägre än självrisken vid läkarbesök. På detta sätt skulle kunden, om han eller hon så önskar eller till exempel till följd av de anvisningar som getts via tidsbokningstjänsten, ha kunnat besöka en sjukskötare, som vid behov hade kunnat skriva en remiss till en läkares mottagning. Vid beredningen utreddes i vilka fall personer som fyllt 65 år har besökt en sjukskötares mottagning. Utifrån granskningen hade man kunnat välja att ersätta till exempel sårvård eller andra åtgärder som sjukskötares vidtagit eller sjukskötares direktmottagningar. Med beaktande av syftet med propositionen ansågs det dock inte ändamålsenligt eller möjligt att inkludera sjukskötarmottagningar.

6 Remissvar

6.1 Remissvar om regeringspropositionen

6.1.1 Inledning

Utkastet till regeringens proposition var på remiss under tiden 11 februari–9 mars 2025 i utlåtandetjänsten. Remisstiden för de svenskspråkiga utlåtandena var den 14 februari–12 mars 2025 på grund av tidsramarna för översättning av utkastet till proposition.

Det kom in sammanlagt 72 utlåtanden. Följande instanser yttrade sig: Akava ry, Athensmed Oy, Diabetesförbundet i Finland rf, Dokport Ab, Finlands näringsliv rf, Eläkeliitto ry, Pensionstagarnas Centralförbund PCF rf, Södra Karelens välfärdsområde, Södra Österbottens välfärdsområde, Fimlab Laboratoriet Oy, Hengitysluotto ry, Hyvinvointiala HALI ry, Helsingfors stad, HUS-sammanslutningen, Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab, IBD ja muut suolistosairaudet ry, ISLAB hyvinvointiyhtymä, Kajanalands välfärdsområde, Kansallinen senioriliitto ry, Folkpensionsanstalten, Egentliga Tavastlands välfärdsområde, Mellersta Nylands välfärdsområde, Konkurrens- och konsumentverket, Kyrkostyrelsen, Konsumentförbundet rf, Kommun- och välfärdsområdesarbetsgivarna KT, Kymmenedals välfärdsområde, Lapplands välfärdsområde, Västra Nylands välfärdsområde, Läkarföretagen rf, Lääkärisatama Oy, Mehiläinen, Njur- och leverförbundet rf, Kvinnoaksförbundet Unionen rf, NordLab hyvinvointiyhtymä, Yngre Läkares Förening rf, OmaDosetti Oy, Birkalands välfärdsområde, Norra Österbottens välfärdsområde, Norra Savolax välfärdsområde, Päijänne-Tavastlands välfärdsområde, Satakunta välfärdsområde, Tillstånds- och tillsynsverket för

social- och hälsovården, SOSTE Finlands social och hälsa rf, Sote Palveluyrittäjät SOTEPA ry, STTK rf, Finlands Specialistläkarförening rf, Suomen Fysioterapeutit – Finlands Fysioterapeuter ry, Finlands Geriatriker rf, Suomen Kommunistinen Puolue – Finlands Kommunistiska Parti r.p., Suomen Kuntoutusyrittäjät ry, Osteoporosförbundet i Finland rf, Finlands närvårdar- och primärskötarförbund SuPer rf, Finlands Läkarförbunds underavdelning för privatläkare, Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund ry, Reumaförbundet i Finland rf, Finlands Sjukskötare rf, Suomen Taksiliitto r.y., Suomen Yleislääkärit – Allmänläkare i Finland - GPF ry, Svenska pensionärsförbundet, Tehy rf, Institutet för hälsa och välfärd, konsernen Terveystalo, Försäkringskassorna rf, det riksomfattande ledarnätverket för folkhälsoarbetet, Handikappforum rf, äldreombudsmannen, Egentliga Finlands välfärdsområde, diskrimineringsombudsmannens byrå och tre privatpersoner.

Remissvaren behandlas nedan enligt ärendehelhet.

6.1.2 Propositionens effekter och mål

Flera remissinstanser tog ställning till propositionens effekter och mål. Propositionens mål att minska belastningen på den offentliga primärvården ansågs vara viktigt, men största delen av remissinstanserna ansåg att målet inte kan nås med den FPA-ersättningsmodell som utarbetats. Flera remissinstanser konstaterade att förslaget inte förbättrar tillgången till offentlig hälso- och sjukvård eller vårdkontinuiteten, vilket kan medföra kostnader för välfärdsområdena.

Några remissinstanser fäste uppmärksamhet vid att det i propositionen inte beskrivs ett sådant alternativt att finansieringen skulle riktas till den icke-öronmärkta finansieringen till välfärdsområdena i stället för till FPA-ersättningarna. Några remissinstanser lyfte också fram utveckling av systemet med servicesedlar som ett alternativ till ersättningarna för privat sjukvård.

Remissvaren föranledde till denna del inga ändringar i propositionens innehåll. Utifrån remissvaren har dock avsnittet om alternativa handlingsvägar kompletterats.

6.1.3 Vårdkontinuitet, vårdens effektivitet och splittring av vården

I flera utlåtanden lyfte man fram vårdkontinuiteten, med vilken avsågs både kontinuiteten i relationen mellan patient och läkare och vårdkontinuiteten från en sektor till en annan. Många remissinstanser ansåg att man genom propositionen kan öka tillgången till vård (antalet läkarbesök), men propositionen förbättrar inte nödvändigtvis vårdens effektivitet, och i synnerhet inte kostnadseffektiviteten. I detta sammanhang lyftes det fram att på grund av att modellen är så inriktad på läkare börjar läkare eventuellt behandla sådana besvär som en sjukskötare behandlar inom den offentliga primärvården. Detta ansågs inte vara en kostnadsnyttoeffektiv användning av offentliga medel och modellen ger inte hälsofördelar.

En del av remissinstanserna ansåg att det till följd av propositionen utvecklas en separat servicemodell med ett snävare tjänsteutbud som inte innehåller några kriterier för tillgång till tjänsterna, vilket leder till att hälso- och sjukvårdssystemet splittras. I flera utlåtanden uttrycktes också oro över att förslaget leder till överlappande användning av hälso- och sjukvårdsresurserna.

Största delen av remissinstanserna ansåg att den föreslagna ersättningsmodellen lämpar sig särskilt för behandling av enkla, noggrant avgränsade och enskilda hälsoproblem.

I remissvaren framhövdes också utmaningarna i anslutning till informationsöverföringen mellan de olika sektorerna. Den offentliga sektorn och den privata sektorn har olika informationssystem och registreringspraxis, vilket kan orsaka brister eller fördröjningar i överföringen av information.

Till denna del föranledde remissvaren inga ändringar i den föreslagna ersättningsmodellen, men konsekvensbedömningen i propositionen har kompletterats. De avsnitt som gäller informationsöverföring har kompletterats utifrån remissvaren.

6.1.4 Bedömning av vårdbehovet och multiprofessionalitet

Enligt flera remissinstanser saknas bedömning av vårdbehovet i propositionen, vilken skulle möjliggöra ett mer optimalt utnyttjande av kompetensen hos yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt kostnadseffektivitet. Många remissinstanser ansåg att multiprofessionella team möjliggör en bättre samordning av vården, vilket är särskilt viktigt i vården av äldre och patienter med flera sjukdomar. I utlåtandena lyfte man också fram integrering av allmänläkarnas arbete i produktionen av multiprofessionella tjänster inom hälso- och sjukvården samt i socialservicen.

Utlåtandena föranledde inga ändringar i innehållet i propositionen. Med anledning av utlåtandena konstateras dock följande: Inom den privata hälso- och sjukvården görs inte bedömningar av vårdbehovet. Inom den offentliga hälso- och sjukvården grundar sig bedömningen av vårdbehovet på 51 § i hälso- och sjukvårdslagen. Syftet med propositionen är inte att göra strukturella ändringar i ordnandet av privat hälso- och sjukvård, och därför togs ett system för bedömning av vårdbehovet inte med i beredningen. Under beredningen av propositionen utreddes möjligheten att sjukskötare skulle omfattas av propositionen, men det ansågs inte ändamålsenligt att inkludera sjukvårdsåtgärder i modellen. Alternativet behandlas också i avsnittet om alternativa handlingsvägar.

Dessutom har de föreslagna ändringarna karaktären av försök. Ett av syftena med propositionen är att göra ett försök med snabb tillgång direkt till en allmänläkare, och att inkludera sjukskötares bedömning av vårdbehovet i modellen skulle således inte ha motsvarat propositionens syften. Ersättningarna för vård och undersökningar inom den privata sjukvården kan anses komplettera den offentliga hälso- och sjukvården. De tjänster som avses i propositionen kompletterar till exempel redan befintliga multiprofessionella vårdrelationer inom den offentliga hälso- och sjukvården. Avsikten är inte att de föreslagna ersättningarna ska omfatta en separat huvudsaklig vårdkedja till exempel vid behandling av långtidssjuka eller personer med flera sjukdomar.

6.1.5 Konsekvenser för välfärdsområdena och den offentliga hälso- och sjukvården

Flera remissinstanser lyfte fram att propositionen bör granskas som en del av det omgivande social- och hälsovårdssystemet. I synnerhet välfärdsområdena ansåg att propositionen står i strid med utvecklingen av modellerna med husläkare och personliga vårdteam, i synnerhet eftersom den föreslagna modellen inte innehåller någon bedömning av vårdbehovet. Flera remissinstanser lyfte också fram den samtidiga förlängningen av vårdgarantitiderna. Remissinstanserna ansåg att det skulle vara ändamålsenligare att styra finansieringen till den offentliga hälso- och sjukvården så att alla kundgrupper får bättre tillgång till vård.

Enligt vissa remissinstanser kan förslaget minska antalet jourbesök inom den offentliga sektorn och behovet av specialiserad sjukvård när hälsoproblem åtgärdas innan de blir kroniska. Enligt flera remissinstanser kan förslaget minska belastningen på den offentliga hälso- och sjukvården,

men samtidigt leda till att de kunder som har många problem och som behöver många olika tjänster i allt högre grad koncentreras till primärvården.

I synnerhet välfärdsområdena ansåg att propositionens bedömning att personalövergången kommer att vara lite inte är trovärdig. Välfärdsområdena uppgav att i välfärdsområdena är det redan i nuläget ett problem att få personalen att stanna kvar. Välfärdsområdena ansåg det sannolikt att personal övergår till den privata hälso- och sjukvården eller åtminstone att deltidsarbete bland läkare som arbetar inom den offentliga hälso- och sjukvården ökar så att de i fortsättningen arbetar delvis inom den privata sektorn.

Dessutom påpekade flera remissinstanser att om enklare patientfall till följd av propositionen överförs till den privata sektorn, vårdas patienterna med flera sjukdomar och de svårskötta patienterna fortfarande inom den offentliga hälso- och sjukvården, vilket ytterligare belastar läkarna vid hälsovårdscentralerna. Detta kan bidra till en ökad personalövergång från den offentliga sektorn till den privata sektorn.

Om personalövergångarna från den offentliga sektorn till den privata sektorn är omfattande, kan det tvinga välfärdsområdena att skaffa dyra köpta tjänster för skötseln av de uppgifter som de har organiseringsansvar för, vilket ökar välfärdsområdenas kostnader.

Utifrån remissvaren har bedömningen av konsekvenserna för välfärdsområdena preciserats.

6.1.6 Jämlikhet

Den föreslagna åldersgränsen på 65 år ansågs allmänt taget motiverad särskilt med tanke på den motivering som gäller företagshälsovården och den högre sjukfrekvensen. Diskrimineringsombudsmannen ansåg dock att den åldersgräns på 65 år som föreslås i propositionen och motiveringen till åldersgränsen inte beskriver hälso- och sjukvårdstjänsterna som helhet för gruppen i fråga. Enligt ombudsmannen innehåller motiveringen i propositionen inte en sådan godtagbar grund som avses i diskrimineringslagen för att fastställa åldersgränsen i fråga. Enligt ombudsmannen är inte alla som fyllt 65 år särskilt utsatta eller i behov av ekonomiskt stöd så att det är motiverat att stödja deras mottagningsbesök inom den privata hälso- och sjukvården på det föreslagna sättet. Ombudsmannen ansåg att även om den äldre befolkningen har ett större behov av hälso- och sjukvårdstjänster, kan det sätt på vilket man nu försöker förbättra de äldres ställning inte berättigas i enlighet med diskrimineringslagen. Även om målet att stödja hälso- och sjukvården för äldre måste anses godtagbart, är medlen för att uppnå målet inte proportionerliga och ändringarna verkar inte på ett ändamålsenligt sätt rikta sig till dem som särskilt skulle dra nytta av en snabbare tillgång till vård.

Diskrimineringsombudsmannen fäste också uppmärksamhet vid att kostnaderna för privat hälso- och sjukvård inte beaktas som utgifter i det grundläggande utkomststødet, vilket innebär att de 65 år fyllda som får utkomststöd inte fullt ut kan utnyttja möjligheten att söka sig till privat hälso- och sjukvård. Äldreombudsmannen ansåg att om endast en del av de försäkrade har möjlighet att fortsätta anlita privat hälso- och sjukvård efter att ha gjort det antal läkarbesök som avses i propositionen och resten av de försäkrade måste övergå till den offentliga hälso- och sjukvården, stärker detta en oroväckande utveckling som delar befolkningen enligt betalningsförmåga och bostadsområde och strider mot de hälsopolitiska principerna om rätten till tjänster enligt behov oberoende av betalningsförmåga. I flera utlåtanden lyftes det fram att om självriskandelen beaktas som en utgift i utkomststødet underlättar det situationen för dem som har de lägsta inkomsterna och förbättrar jämlikheten.

Flera remissinstanser uttryckte sin oro över att ersättningsmodellen inverkar negativt på den regionala jämlikheten. Den regionala jämlikheten kommenterades med tanke på skillnaderna mellan välfärdsområdena och skillnaderna mellan välfärdsområdena och de informationssystem som privata tjänsteproducenter använder, och även med tanke på de regionala skillnaderna i tillgången till tjänster och befolkningsförhållandena. Enligt remissinstanserna skulle en eventuellt ojämlik tillgång till de tjänster som avses i propositionen öka den regionala ojämlikheten. Enligt flera remissinstanser är situationen redan nu ojämlik, eftersom tjänsteproducenterna har koncentrerats till huvudstadsregionen och de största städerna. Antalet personer inom den föreslagna målgruppen är enligt remissinstanserna relativt sett större i områden där det finns färre tjänsteproducenter (östra och norra Finland). I en del av utlåtandena lyftes dock fram att genom att inkludera distanstjänster i modellen stöder man den regionala jämlikheten till den del som de som hör till målgruppen kan sköta sina ärenden på en distansmottagning.

En del av remissinstanserna ansåg att ersättningsmodellen ytterligare kan stärka polariseringen av befolkningen när det gäller anlitandet av hälso- och sjukvårdstjänster. Bättre bemedlade personer ansågs fortfarande ha bättre möjligheter att anlita privata hälso- och sjukvårdstjänster, till exempel när det föreslagna maximiantalet besök har gjorts, men behandlingen fortsätter inom den privata hälso- och sjukvården.

I flera utlåtanden konstaterades det att den föreslagna ersättningsmodellen inte lämpar sig för vård av långtidssjuka patienter. Begränsningen av antalet besök och utbudet av undersökningar stöder inte behandlingen av långtidssjukdomar. Flera remissinstanser var eniga om att vården av personer med flera sjukdomar och av långtidssjuka även i fortsättningen kommer att vara starkt koncentrerad till den offentliga hälso- och sjukvården. I många utlåtanden konstaterades det också att det i denna åldersgrupp och i fråga om långtidssjuka ofta behövs ett multiprofessionellt samarbete (till exempel samarbete mellan diabetesskötare och läkare vid behandling av diabetes).

Utifrån remissvaren har propositionens konsekvensbedömningar kompletterats, bland annat bedömningen av konsekvenserna för de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna vad gäller jämlikhet. Till propositionen har efter remissbehandlingen fogats ett förslag till ändring av lagen om utkomststöd, vilket bidrar till att öka den ekonomiska jämlikheten.

6.1.7 Ersättningsmodellens innehåll

Den föreslagna regleringen av priserna så att det fastställs maximipriser understöddes i stor utsträckning. De uppskattade maximipriserna i fråga om läkararvoden ansågs i huvudsak vara på en lämplig nivå. I fråga om pristaken för undersökningar ansåg de som tog ställning till frågan i huvudsak att de maximipriser som uppskattats i propositionen är för låga för att verksamheten ska vara lönsam. Flera remissinstanser ansåg att tre läkarbesök per år lämpar sig särskilt för behandling av små enskilda hälsoproblem. Begränsningen av antalet besök kritiserades särskilt med avseende på långtidssjuka och vårdkontinuiteten.

I flera utlåtanden föreslog man tillägg eller alternativa undersökningar i förteckningen över undersökningar och betonade att det i synnerhet i den läkarcentrerade modellen är viktigt att det utbud av undersökningar som läkarna har till sitt förfogande är tillräckligt täckande. Ett alltför snävt utbud av undersökningar kan leda till att kunden söker sig till den offentliga hälso- och sjukvården. Tillgången till stödtjänster ansågs vara en kritisk faktor.

I synnerhet offentligt ägda laboratorier lyfte i sina utlåtanden fram att kostnadseffektiviteten hos de laboratorieundersökningar som utförs inom den offentliga sektorn baserar sig på undersökningsvolymen. Om ett betydande antal undersökningar överförs till privata laboratorier, försämras kostnadseffektiviteten hos de offentliga laboratorier. Det innebär att välfärdsområdets kostnader för en enskild undersökning ökar. Detta ansågs kunna leda till ett behov av att anpassa verksamheten, vilket till exempel kan leda till att nätverket av verksamhetsställen minskar, vilket försämrar den regionala tillgången till undersökningar.

Offentligt ägda laboratorier lyfte också fram den lagstiftning som för närvarande begränsar möjligheten för offentligt ägda laboratorier att sälja undersökningar till sådana kunder som har en ordination av en privatläkare. Enligt upphandlingslagen får en anknuten enhet bedriva högst fem procent av sin affärsverksamhet och med högst en andel på 500 000 euro tillsammans med andra aktörer än de upphandlande enheter som utövar ett bestämmande inflytande över den. I praktiken hindrar lagstiftningen således offentligt ägda laboratorier från att sälja laboratorieundersökningar till privatkunder. Dessa undersökningar som säljs av offentligt ägda laboratorier är förmånligare än inom den privata sektorn och dyrare än de undersökningar som utförs med remiss från den offentliga sektorn (som är avgiftsfria för kunden), och för kostnaderna för dem betalas ingen ersättning från Folkpensionsanstalten. Möjligheten för dessa laboratorier att få bättre möjlighet till försäljning till utomstående förbättrar dock avsevärt kundernas möjligheter att få de laboratorieundersökningar som avses i propositionen till ett förmånligare pris, och detta tryggar i synnerhet tillgången till tjänster i områden med långa avstånd, där utbudet av tjänster är mindre än till exempel i huvudstadsregionen.

Utifrån remissvaren har den förteckning över undersökningar som använts som grund för bedömningen av propositionens ekonomiska konsekvenser kompletterats i avsnitt 4.2.1 så att de viktigaste laboratorieundersökningarna för undersökning av hjärt- och kärlsjukdomar har fogats till förteckningen. Dessutom har de beräknade maximipriserna för undersökningarna höjts. Maximipriserna fastställs dock av Folkpensionsanstalten.

I fråga om offentligt ägda laboratorier konstateras dessutom följande: De ändringar som gäller gränserna för offentligt ägda laboratoriers försäljning till utomstående kräver ändringar av upphandlingslagen. På grund av tidsramarna för beredningen av propositionen var det inte möjligt att utreda ändringsbehoven tillräckligt. Till propositionens konsekvensbedömning har dock fogats avsnitt som gäller offentligt ägda laboratorier.

6.2 Remissvar om promemorian i fråga om de skyldigheter som åläggs tjänsteproducenter

6.2.1 Inledning

På remiss i utlåtandetjänsten var utöver utkastet till regeringsproposition en promemoria där man beskriver olika alternativ i fråga om de skyldigheter som eventuellt ska åläggas tjänsteproducenterna. I begäran om utlåtande begärdes i fråga om promemorian synpunkter på följande skyldigheter:

1. En förutsättning för tillhandahållande av de tjänster som avses i propositionen ska vara att tjänsteproducenten erbjuder fysiska mottagningar. Tjänsteproducenten ska i enlighet med denna skyldighet erbjuda de läkarmottagningar som avses i propositionen i form av fysiska mottagningar för att kunna ingå avtal med Folkpensionsanstalten.
2. Tjänsteproducenten ska förbinda sig att också tillhandahålla undersökningar som ordinerats av en annan tjänsteproducent på de villkor som anges i avtalet. En tjänsteproducent som tillhandahåller de tjänster som avses i propositionen ska också godkänna undersökningar som

ordinerats av andra tjänsteproducenter och producera dessa undersökningar inom ramen för de maximipriser som Folkpensionsanstalten fastställt.

3. Tjänsteproducenten ska förbinda sig att också erbjuda de undersökningar som avses i propositionen, om tjänsteproducenten har ett laboratorium vid tidpunkten för ingående av avtal med Folkpensionsanstalten. I detta fall ska tjänsteproducenten producera de tjänster som avses i propositionen både vad gäller läkarbesök och undersökningar.

4. Endast en sådan tjänsteproducent som genomgående har tillgång till ett laboratorium, antingen ett eget laboratorium eller ett laboratorium på underentreprenad ska få tillhandahålla de tjänster som avses i propositionen. Således får inte heller läkartjänster tillhandahållas, om tjänsteproducenten inte kan erbjuda laboratorietjänster.

5. Tjänsteproducenten producerar de tjänster som avses i propositionen separat. Tjänsteproducenten kan ingå avtal med Folkpensionsanstalten om endast läkartjänster eller endast undersökningar, och är således inte skyldig att tillhandahålla alla tjänster som avses i propositionen.

6. Det ska krävas att ett avtal om direktersättning ingås. Tjänsteproducenten ska ingå ett avtal med Folkpensionsanstalten om ett förfarande för direktersättning för att få producera de tjänster som avses i propositionen.

6.2.2 Remissvar om promemorian

6.2.2.1 Skyldighet att erbjuda fysiska mottagningar

Majoriteten av remissinstanserna understödde kravet på att tjänsteproducenten ska erbjuda fysiska mottagningar. En del av välfärdsområdena understödde och en del motsatte sig skyldigheten att erbjuda fysiska mottagningar. Läkarcentralerna understödde och Konkurrens- och konsumentverket motsatte sig åläggandet av skyldighet. Konkurrens- och konsumentverket ansåg att om tjänsteproducenter som erbjuder enbart distansmottagning godkänns ökar priskonkurrensen och minskar osäkerheten i fråga om utbudets tillräcklighet. De som understödde kravet på att erbjuda fysiska mottagningar ansåg att utan möjlighet att besöka en fysisk mottagning överförs ansvaret för patientsäkerhet och effektiva vårdresultat delvis på patienterna.

6.2.2.2 Skyldighet att förbinda sig att erbjuda undersökningar som ordinerats av andra tjänsteproducenter

Majoriteten av remissinstanserna understödde att tjänsteproducenten ska förbinda sig att också erbjuda undersökningar som ordinerats av en annan tjänsteproducent. De som motsatte sig skyldigheten ansåg att problem med informationsgången mellan olika tjänsteproducenter utgör en risk. Skyldigheten ansågs också avsevärt kunna minska företagets vilja att tillhandahålla de tjänster som avses i propositionen. De som understödde skyldigheten ansåg att den främjar kundernas valfrihet och vårdkontinuiteten, eftersom kunden inte behöver söka sig till den offentliga hälso- och sjukvården för undersökningar.

6.2.2.3 Skyldighet att använda eget laboratorium

En klar majoritet understödde förslaget att en tjänsteproducent som ingår avtal med Folkpensionsanstalten ska producera de undersökningar som avses i propositionen i ett eget laboratorium, om producenten har ett laboratorium. Största delen understödde åläggandet av

skyldighet i huvudsak med tanke på att det ska vara smidigt att sköta ärenden och att vården ska vara kontinuerlig.

En del av remissinstanserna konstaterade att det finns en risk att skyldigheten kan minska utbudet av läkarmottagningar. Det kan således uppstå en situation där en tjänsteproducent inte heller börjar producera läkartjänster, eftersom tjänsteproducenten samtidigt också skulle bli tvungen att erbjuda de laboratorietjänster som avses i propositionen. Detta kan ske i synnerhet om tjänsteproducenterna anser att pristaken för undersökningarna är för låga och inte möjliggör en tillräckligt lönsam affärsverksamhet.

6.2.2.4 Skyldighet att erbjuda laboratorietjänster

I promemorian behandlades även en sådan skyldighet att en förutsättning för att producera de tjänster som avses i propositionen är att serviceproducenten genomgående har tillgång till ett laboratorium, antingen ett eget laboratorium eller ett laboratorium på underentreprenad. När det gäller denna skyldighet fanns det betydande spridning i svaren. De som understödde åläggandet av skyldighet var oroade över att vårdkedjorna skulle brytas om det inte krävdes att laboratorietjänster produceras. De som motsatte sig skyldigheten ansåg att den kan begränsa möjligheterna för många mindre företag eller yrkesutövare att producera de tjänster som avses i propositionen.

6.2.2.5 Separat tillhandahållande av tjänster

Det fanns en betydande spridning i svaren i fråga om alternativet att en tjänsteproducent ska ha rätt att av de tjänster som avses i propositionen producera endast läkartjänster eller endast undersökningstjänster. De som motsatte sig alternativet ansåg att ett tydligare alternativ skulle vara att laboratorieundersökningar ingår i en enhetlig helhet. En del av dem som motsatte sig att serviceproducenter som enbart producerar laboratorieundersökningar omfattas av förslaget stödde dock att laboratieföretag tillhandahåller undersökningar via underleverantörskedjor. De som understödde alternativet ansåg att om serviceproducenter som enbart producerar laboratorieundersökningar omfattas av förslaget ökar det konkurrensen.

6.2.2.6 Skyldighet att ingå avtal om direktersättning

En klar majoritet understödde kravet på att tjänsteproducenterna ska ingå avtal om direktersättning.

6.2.3 Sammandrag

De skyldigheter som åläggs tjänsteproducenterna påverkar direkt tjänsteproducenternas vilja att tillhandahålla de tjänster som avses i propositionen, vilket inverkar på tillgången till tjänster. Detta inverkar direkt på hur propositionens mål uppnås. Därför bör införande av alltför betungande skyldigheter undvikas. Utifrån remissvaren om promemorian har det i propositionen tagits in ett förslag om förutsättning när det gäller avtal om direktersättningsförfarande. Det föreslås att ett avtal om direktersättningsförfarande ska utgöra förutsättning för ingående av avtal med Folkpensions-anstalten om produktion av tjänster.

Det läggs slutligen inte fram andra förslag till skyldigheter för tjänsteproducenter, eftersom skyldigheter, enligt en helhetsbedömning som gjordes under beredningen, kan ha skadlig inverkan på utbudet av tjänster, vilket skulle kunna inverka på hur målen med propositionen uppnås när det gäller tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster och ökad valfrihet.

7 Specialmotivering

7.1 Sjukförsäkringslagen

3 a kap. Ersättningar till 65 år fyllda personer för behandling och undersökning

1 §. Principer för erhållande av ersättning. Den föreslagna paragrafen är ny. I 1 mom. föreskrivs det om erhållande av ersättning för tjänster. Enligt momentet ersätts en försäkrad som fyllt 65 år för sådana undersökningar som en läkare utfört för konstaterande av en eventuell sjukdom eller bestämmande av behandling och för den behandling som en läkare gett. Dessutom ersätts undersökningar och behandling som en läkare ordinerat.

Syftet med propositionen är att de försäkrade i första hand ska hänvisas till privata allmänläkarmottagningar. Specialistläkare har också rätt att vara allmänläkare, och de kan ta emot patienter i egenskap av allmänläkare. Då ska undersökningar och behandling som läkaren har utfört i egenskap av allmänläkare registreras i informationssystemet med ersättningskoden för besök på allmänläkarmottagning.

I 2 mom. föreskrivs det att en förutsättning för betalning av ersättning för läkararvoden är att undersökningen har utförts eller behandlingen getts av en person som har rätt att i Finland utöva läkaryrket eller specialistyrket som legitimerad yrkesutbildad person. Detta motsvarar förutsättningen enligt 3 kap. i sjukförsäkringslagen.

I 3 mom. föreskrivs det om förutsättningarna för betalning av ersättning för undersökningar och behandling som en läkare ordinerat. Enligt momentet ersätts en försäkrad som fyllt 65 år för undersökning och behandling som en läkare ordinerat, om åtgärden har utförts av en i sjukförsäkringslagen lag avsedd annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Dessutom ska undersökningen eller behandlingen ha ordinerats hos en i 1 mom. avsedd läkare.

Enligt 4 mom. är en förutsättning för betalning av ersättning att en tjänsteproducent inom den privata hälso- och sjukvården har ingått avtal med Folkpensionsanstalten om produktion av de tjänster som avses i 3 a kap. Folkpensionsanstalten kan ingå sådana avtal som avses i momentet med både företag och enskilda yrkesutövare. Den föreslagna bestämmelsens syfte är inte att definiera avtalsparterna. En förutsättning för ingående av ett sådant avtal som beskrivs ovan är att tjänsteproducenten ingått avtal med Folkpensionsanstalten om ett direktersättningsförfarande.

Enligt 5 mom. ska tjänsteproducenten förbinda sig att producera i 1 mom. avsedda tjänster till högst de maximipriser som Folkpensionsanstalten fastställer. Tjänsteproducenten får inte ta ut poliklinik- eller expeditionsavgifter eller andra motsvarande avgifter för tjänsterna. Med avgifter avses alla sådana avgifter som inte ingår i det läkararvode eller pris för undersökning som tas ut hos kunden. Dessutom innehåller momentet ett bemyndigande att utfärda förordning enligt vilket närmare bestämmelser om vilka avgifter en tjänsteproducent kan ta ut hos en försäkrad för i 1 mom. avsedda tjänster får utfärdas genom förordning av statsrådet. Genom förordning kan det till exempel föreskrivas om avgifter som hänför sig till kostnader för undersökningar och provtagning.

2 §. Rätt till ersättning. Den föreslagna paragrafen är ny. I 1 mom. föreskrivs det att en försäkrad inte har rätt till ersättning enligt 3 a kap., om det för tjänster som avses i 1 § har tagits ut poliklinik- eller expeditionsavgifter eller andra motsvarande avgifter eller ett pris som

överstiger maximipriset. Med avgifter avses alla sådana avgifter som inte ingår i det läkararvode eller pris för undersökning som tas ut av kunden.

I 2 mom. föreskrivs det om antalet gånger det kan betalas ersättning för läkararvoden och för undersökning och behandling per kalenderår. Med tanke på finansieringens tillräcklighet och de terapeutiska behoven bör föreslås en bestämmelse om att antalet besök på en allmänläkarmottagning som berättigar till ersättning begränsas till tre mottagningsbesök per år. År 2025 betalas ersättning till en försäkrad för två mottagningsbesök. Dessutom föreslås det att ersättning för ett läkararvode kan betalas för högst ett mottagningsbesök per dygn. Antalet ersatta mottagningsbesök ska enligt förslaget kunna följas upp via Folkpensionsanstaltens system. Uppgifterna registreras dock inte i Folkpensionsanstaltens informationssystem i realtid, vilket innebär att den försäkrade själv har huvudansvaret för att följa upp antalet ersatta besök. Tjänsteproducenterna har inga uppgifter om de ersättningar som betalats för mottagningsbesök hos andra tjänsteproducenter. Dessutom kan en försäkrad betalas ersättning för undersökning och behandling på basis av högst tre läkarordinationer under kalenderåret.

3 §. Andel av läkararvoden som berättigar 65 år fyllda till ersättning. Den föreslagna paragrafen är ny. I 1 mom. föreskrivs om den försäkrades självriskandel. Enligt förslaget är den försäkrades självriskandel av kostnaderna för undersökningar som utförts och behandling som getts av en läkare högst lika stor som den högsta besöksavgiften för läkartjänster inom den öppna sjukvården vid hälsovårdscentraler enligt 7 § 1 mom. 2 punkten i förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992, klientavgiftsförordningen). I välfärdsområdena är besöksavgiften för läkartjänster inom den öppna sjukvården vid hälsovårdscentraler enligt klientavgiftsförordningen för närvarande högst 28,20 euro. För sådana läkarbesök som avses i 1 § 1 mom. får tjänsteproducenten inte ta ut en större självrisk än detta av den försäkrade. Den självriskandel som tjänsteproducenten tar ut kan vara lägre, vilket möjliggör priskonkurrens, men för beloppet av den självriskandel som understiger 28,20 euro får tjänsteproducenten inte ersättning från Folkpensionsanstalten. Enligt förslaget fastställer Folkpensionsanstalten ersättningstaxan. Den nytta som en eventuell lägre självriskandel medför riktas således till kunden. Självriskandelen räknas inte in i avgiftstaket inom hälso- och sjukvård, eftersom endast besöksavgifter inom den offentliga hälso- och sjukvården beaktas i avgiftstaket.

Enligt 2 mom. ersätts kostnaderna för undersökningar som utförts och behandling som getts av en läkare till ett belopp som motsvarar den ersättningstaxa som fastställts enligt 5 §. Om arvodet är större än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning det belopp som anges i ersättningstaxan. Arvodet får dock vara högst lika stort som det maximipris som fastställts enligt 5 §. Om arvodet är mindre än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning beloppet av arvodet. Tjänsteproducenterna förbinder sig i sina avtal med Folkpensionsanstalten att tillhandahålla de tjänster som avses i 1 § högst till ett pris som motsvarar de fastställda maximipriserna. Läkarbesök till ett pris som överstiger maximipriserna ersätts inte i enlighet med detta kapitel, eftersom det då inte är fråga om sådan tjänst som avses i 1 §.

4 §. Andel av de kostnader för av läkare ordinerad undersökning och behandling som berättigar 65 år fyllda till ersättning. Den föreslagna paragrafen är ny. I 1 mom. föreskrivs om ersättningens belopp. Kostnaderna för undersökningar som ordinerats av en läkare på en och samma gång ersätts till ett belopp som utgör 50 procent av de maximipriser som fastställts som ersättningsgrund för undersökningar och provtagning. Ersättning betalas endast för undersökningar som ordinerats vid ett läkarbesök enligt 3 a kap. Ersättning för provtagning kan årligen fås för högst så många ordinerade undersökningar som det antal läkarbesök enligt 3 a kap. som ersätts. Dessutom fastställs för varje undersökning som ersätts ett separat maximipris, av vilket 50 procent ersätts.

Den försäkrade kan anlita vilket som helst av en tjänsteproducents laboratorier, om tjänsteproducenten har ingått avtal med Folkpensionsanstalten. Om tjänsteproducenten inte har ingått avtal med Folkpensionsanstalten, kan undersökningar som utförts där inte ersättas. Undersökningar som utförts i laboratorier inom den offentliga hälso- och sjukvården ersätts inte heller, eftersom kostnaderna för sjukvård som ett välfärdsområde ordnar inte ersätts från sjukförsäkringen med stöd av 2 kap. 3 § 1 mom. 2 punkten i sjukförsäkringslagen. Kunden har dock möjlighet att efter en privatläkares remiss anlita offentligt ägda laboratorier för laboratorieundersökningar, men för dessa kostnader betalas inte FPA-ersättning. Välfärdsområdena har ingen lagstadgad skyldighet att godkänna en undersökningsordination från den privata hälso- och sjukvården, och därför godkänns sådana undersökningsordinationer inte i alla laboratorier inom den offentliga hälso- och sjukvården. Om kunden vill att till exempel blodprov som ordinerats honom eller henne ska tas i ett laboratorium inom den offentliga hälso- och sjukvården, ska kunden utreda om en undersökningsordination från den privata hälso- och sjukvården godkänns i laboratoriet i fråga. Remisser för bilddiagnostik från den privata hälso- och sjukvården godkänns inte inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Enligt 2 mom. ersätts kostnaderna för undersökning och behandling som ordinerats av en läkare på en och samma gång till ett belopp som motsvarar den ersättningstaxa som fastställts enligt 5 §. Om arvodet för undersökningen eller behandlingen är större än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning det belopp som anges i ersättningstaxan. Arvodet får dock vara högst lika stort som det maximipris som fastställts enligt 5 §. Om arvodet är mindre än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning beloppet av arvodet. Ersättningen ska alltid betalas enligt maximipriset och inte enligt de faktiska kostnaderna. Ett undantag från detta är en situation där kostnaderna för undersökningen underskrider ersättningstaxan. Då betalas i ersättning beloppet av arvodet. På så sätt är det alltid möjligt att förutse maximibeloppen av de kostnader som kunden ska betala för undersökningarna. Om tjänsteproducenten tar ut en lägre avgift för undersökningarna än pristaket, minskar kundens självriskandel.

5 §. Maximipriser och ersättningstaxor i fråga om läkararvoden och undersökning och behandling. Den föreslagna paragrafen är ny. I 1 mom. föreskrivs om ett bemyndigande att utfärda förordning. Enligt momentet får närmare bestämmelser om grunderna för de maximipriser och ersättningstaxor som avses i 1 § utfärdas genom förordning av statsrådet. Paragrafen motsvarar i huvudsak de gällande bestämmelserna om fastställande av ersättningstaxorna i 3 kap. 6 §. Genom förordning kan det till exempel föreskrivas om vad som beaktas i maximipriserna eller vilka kostnader som anses ingå i dem.

Enligt 2 mom. ska Folkpensionsanstalten utifrån grunderna för maximipriserna och ersättningstaxorna fastställa en förteckning över de läkararvoden och av läkare ordinerade undersöknings- och behandlingsåtgärder som ska ersättas med stöd av 1 § samt över ersättningstaxorna och maximipriserna för dem.

Enligt 3 mom. ska Folkpensionsanstalten höra social- och hälsovårdsministeriet när anstalten bereder fastställandet av de maximipriser och ersättningstaxor och den förteckning över läkararvoden och av läkare ordinerad undersökning och behandling som avses i 2 mom.

Enligt 4 mom. baserar sig maximipriserna och ersättningstaxorna på undersöknings- och behandlingsåtgärdens art, det arbete den förutsätter och de kostnader den medför samt på det terapeutiska värdet av den tjänst som ska ersättas och på de medel som står till buds för ersättningar. De ovannämnda grunderna motsvarar de grunder för fastställande av ersättningstaxan som anges i 3 kap. 6 § i sjukförsäkringslagen.

6 §. Förhållande till i 3 kap. avsedda ersättningar för vård och undersökningar. Den föreslagna paragrafen är ny. I paragrafen föreskrivs om förhållandet mellan de ersättningar för behandling och undersökning som avses i 3 a kap. och de ersättningar för vård och undersökningar som avses i 3 kap. Enligt 1 mom. har en försäkrad som fyllt 65 år utöver de ersättningar vid besök som avses i 3 a kap. också rätt till de ersättningar för undersökningar och vård som avses i 3 kap. Vid samma besök kan det dock inte betalas både ersättning enligt 3 a kap. och ersättning för undersökningar och vård enligt 3 kap., det vill säga båda ersättningarna kan inte fås vid samma mottagningsbesök.

Ett undantag från huvudregeln i 1 mom. är enligt 2 mom. ersättning för de kostnader för anskaffning av läkarintyg eller läkarutlåtande som behövs för ansökan om förmåner enligt sjukförsäkringslagen och för vilka ersättning enligt 3 kap. kan fås också vid besök enligt 3 a kap., om det till följd av besöket har skrivits ett läkarintyg eller läkarutlåtande till den försäkrade för ansökan om en förmån enligt sjukförsäkringslagen.

Om en försäkrad under kalenderåret redan har fått maximiersättningen för mottagningsbesök enligt 3 a kap., kan den försäkrade dock få ersättning för vård och undersökningar enligt 3 kap. En försäkrad har också möjlighet att använda ersättningarna parallellt, det vill säga den försäkrade kan anlita till exempel en specialistläkare och få ersättning enligt 3 kap., även om han eller hon inte har gjort alla mottagningsbesök enligt 3 a kap.

15 kap. Verkställighet

9 §. Direktersättningsförfarande. I det gällande 1 mom. föreskrivs att om ett apotek för en försäkrads läkemedelsinköp har debiterat ett pris som är nedsatt med beloppet av ersättningen enligt 5 kap. eller om en serviceproducent har debiterat en försäkrad för läkararvode, tandläkararvode eller ett pris för undersökning eller vård som är nedsatt med beloppet av ersättningen enligt 3 kap. eller om en färdtjänstproducent har debiterat en försäkrad för den i 4 kap. 7 § avsedda självriskandelen av priset för en resa, kan ersättningen betalas till apoteket eller serviceproducenten på basis av redovisning som apoteket eller serviceproducenten gör enligt vad som avtalas särskilt. Det föreslås att det till momentet fogas ersättningar för behandling och undersökning enligt 3 a kap. Ändringen möjliggör direktersättning i fråga om de tjänster som ingår i propositionen. I övrigt förblir momentet oförändrat.

Direktersättning innebär att Folkpensionsanstalten betalar sjukvårdsersättningen direkt till serviceproducenten när serviceproducenten endast har tagit ut skillnaden mellan läkararvodet eller priset för en undersökning och FPA-ersättningen av den försäkrade. Då behöver den försäkrade själv inte ansöka om ersättning hos Folkpensionsanstalten, utan betalar till tjänsteproducenten endast den självriskandel som den försäkrade ska betala. Privata näringsidkare och serviceproducenter som är införda i registret över tjänsteproducenter (Soteri) kan delta i systemet med avtal om direktersättning. En serviceproducent kan ansluta sig till direktersättningsförfarandet genom att ingå ett anslutningsavtal med Folkpensionsanstalten. Redovisningen kan lämnas på pappersblankett eller genom ett elektroniskt redovisningsförfarande. Det elektroniska redovisningsförfarandet kräver ett godkänt informationssystem som medför en kostnad för vilken systemleverantören debiterar tjänsteproducenten.

7.2 Lagen om utkomststöd

2 kap. Fastställande av utkomststöd och utkomststödet struktur

7 b §. Hälso- och sjukvårdsutgifter och övriga utgifter. Det föreslås att det till paragrafen fogas ett nytt 4 mom. där det föreskrivs att självriskandelarna för de sjukvårdstjänster som avses i det föreslagna 3 a kap. 1 § i sjukförsäkringslagen ska beaktas som övriga grundutgifter i det grundläggande utkomststödet. Som övriga grundutgifter för försäkrade som fyllt 65 år beaktas självriskandelarna vid de läkarbesök som avses i 3 a kap. i sjukförsäkringslagen och självriskandelarna för undersökningar som ordinerats vid sådana läkarbesök.

Självriskandelarna för de sjukvårdstjänster som avses i 3 a kap. 1 § i sjukförsäkringslagen kan beaktas som övriga grundutgifter när besöket på en läkarmottagning har ägt rum under giltighetstiden för nämnda kapitel.

Bestämmelsen föreslås gälla till och med den 29 februari 2028. I det grundläggande utkomststödet beaktas utgifterna enligt faktura som utgifter under den månad inom vilken fakturans förfallodag infaller. Om en person har gjort ett sådant besök på en läkarmottagning eller genomgått sådana undersökningar som avses i det föreslagna 3 a kap. i sjukförsäkringslagen och lämnar in en faktura för självriskandelarna, kan förfallodagen för fakturan överskrida giltighetstiden för bestämmelserna i sjukförsäkringslagen. För att utgifterna ska kunna beaktas som utgifter under den månad inom vilken förfallodagen infaller, behöver lagens giltighetstid utsträckas till och med den 29 februari 2028.

8 Bestämmelser på lägre nivå än lag

Enligt 3 kap. 6 § i sjukförsäkringslagen utfärdas genom förordning av statsrådet bestämmelser om grunderna och maximibeloppen för ersättningstaxorna för läkararvoden och tandvård samt för undersökning och vård samt om grunderna för de allmänna taxorna 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. Det föreslås inga ändringar i statsrådets förordning om grunderna för ersättningstaxorna enligt 3 kap. 4 och 5 § i sjukförsäkringslagen (1336/2004), eftersom det i denna proposition inte föreslås några ändringar i de gällande ersättningar för vård och undersökningar enligt 3 kap. i sjukförsäkringslagen som förordningen gäller.

De föreslagna ändringarna av sjukförsäkringslagen förutsätter att en ny förordning av statsrådet utfärdas. Enligt förslaget ska förordningen gälla maximipriserna för tjänsterna, det vill säga pristak och ersättningstaxorna.

Därutöver kan Folkpensionsanstalten i avtalen med tjänsteproducenterna ställa avtalsvillkor som gäller produktionen av tjänster.

9 Ikraftträdande

Det föreslås att lagen om temporär ändring av sjukförsäkringslagen träder i kraft den 1 september 2025 och gäller till och med den 31 december 2027 och att lagen om temporär ändring av 7 b § i lagen om utkomststöd träder i kraft den 1 september 2025 och gäller till och med den 29 februari 2028.

10 Verkställighet och uppföljning

Folkpensionsanstalten verkställer de föreslagna ändringarna och ingår avtal med tjänsteproducenterna om produktion av de hälso- och sjukvårdstjänster som avses i propositionen.

Propositionens konsekvenser och uppnåendet av målen kommer att följas i efterhand. Folkpensionsanstalten och Institutet för hälsa och välfärd följer hur propositionen mål uppnås och rapporterar om det till statsrådet och riksdagen.

11 Förhållande till andra propositioner

11.1 Förhållande till budgetpropositionen

Propositionen hänför sig till den andra tilläggsbudgetpropositionen för 2025 och avses bli behandlad i samband med den.

12 Förhållande till grundlagen samt lagstiftningsordning

12.1 Inledning

I propositionen föreslås det att sjukförsäkringslagen ändras temporärt. Avsikten är att temporär finansiering av ersättningarna för vård och undersökningar inom den privata sjukvården riktas till en del av ersättningarna enligt systemet för ersättning från Folkpensionsanstalten. Det är inte fråga om försökslagstiftning på det sätt som grundlagsutskottet avser enligt etablerad praxis, utan om temporär lagstiftning som baserar sig på temporär finansiering. En grund till lagens temporära giltighetstid är också att arbetet med den utveckling av primärvårdstjänsterna som anges i regeringsprogrammet fortfarande pågår.

Propositionens förhållande till grundlagen och lagstiftningsordningen bedöms nedan med tanke på rätten till social trygghet enligt 19 § i grundlagen och bestämmelserna om jämlikhet i 6 § i den lagen. Man har även bedömt den delegering av lagstiftningsbehörighet som avses i 80 § i grundlagen i förhållande till de bemyndiganden att utfärda förordning som föreslås i propositionen.

12.2 Rätt till social trygghet och tillräckliga social- och hälsovårdstjänster

Enligt grundlagsutskottets praxis har förmåner och ersättningar enligt sjukförsäkringslagen samband med både 19 § 2 mom. och 19 § 3 mom. i grundlagen (GrUU 33/2004 rd). Enligt 19 § 2 mom. i grundlagen ska var och en genom lag garanteras rätt att få sin grundläggande försörjning tryggad vid arbetslöshet, sjukdom, arbetsoförmåga och under ålderdomen samt vid barnafödelse och förlust av en försörjare. Genom bestämmelsen åläggs lagstiftaren skyldighet att garantera var och en som behöver grundläggande försörjning en subjektiv rätt till den trygghet som det allmänna genom lag är skyldigt att ordna. Den sociala tryggheten är förknippad med vissa sociala risksituationer som nämns i bestämmelsen, men också med respektive lagbestämmelser om bidragskriterier, behovsprövning och procedurer (GrUB 25/1994 rd och RP 309/1993 rd, s. 74).

Grundlagsutskottet har i anslutning till bestämmelsen om tryggande av den grundläggande försörjningen ansett att det är helt i linje med den handlingsförpliktelse som åläggs lagstiftaren att den sociala tryggheten riktas och utvecklas enligt samhällets ekonomiska tillgångar (GrUB 25/1994 rd). Utskottet har dessutom ansett det vara logiskt att förmånerna dimensioneras med hänsyn till den rådande situationen inom samhällsekonomin och den offentliga ekonomin (t.ex. GrUU 15/2023 rd). I enlighet med regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering förbättras tillgången till primärvård genom att det under regeringsperioden anvisas finansiering av engångsnatur för att förkorta vårdköerna inom primärvården med hjälp av den nya modell för FPA-ersättningar som regeringen utvecklat. Syftet med omfördelningen av FPA-

ersättningarna är också att utveckla FPA-ersättningarna och öka deras effekter så att ersättningarna kan utnyttjas bättre i olika inkomstgrupper.

Syftet med propositionen är att förbättra tillgången till primärvård. Hälso- och sjukvårdsbesöken bland 65 år fyllda är klart koncentrerade till den offentliga primärvården. Om en del av besöken inom den offentliga primärvården ersätts med läkarbesök inom den privata hälso- och sjukvården, kan belastningen på den offentliga primärvården minska och situationen för de patienter som söker vård hos den indirekt förbättras. Dessutom förbättras tillgången till primärvårdstjänster i synnerhet för 65 år fyllda, när deras möjligheter att välja mellan en vårdenhet inom den privata sektorn och en vårdenhet inom den offentliga sektorn förbättras.

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Bestämmelsen förpliktar det allmänna att trygga tillgången till social- och hälsovårdstjänster. Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses.

Av grundlagens 19 § 3 mom. följer att tillräckliga social- och hälsovårdstjänster ska tryggas genom lagstiftning. Genom bestämmelsen fastställs inte hur social- och hälsovårdstjänsterna ska ordnas och bestämmelsen knyter inte ordnandet av social- och hälsovårdstjänster till den nuvarande lagstiftningen. Bestämmelser om olika tjänster och förmåner och förutsättningarna för att få dem ingår i vanlig lagstiftning. Det allmänna ska ombesörja tillgången till social- och hälsovårdstjänster i enlighet med den allmänna lagstiftningen och speciallagstiftningen om social- och hälsovård. Sjukförsäkringslagstiftningen påverkar för närvarande förutsättningarna för privata hälso- och sjukvårdstjänster (RP 309/1993 rd, GrUU 20/2004 rd, GrUU 41/2010 rd och GrUU 30/2013 rd.). Sjukförsäkringslagen bidrar också till fullgörandet av den skyldighet som det allmänna enligt 19 § 3 mom. i grundlagen har att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster, (GrUU 33/2004 rd).

Vid bedömning av om tjänsterna är tillräckliga har grundlagsutskottet ansett att utgångspunkten kan vara en sådan nivå på tjänsterna som ger alla människor förutsättningar att fungera som fullvärdiga medlemmar i samhället. (RP 309/1993 rd, GrUU 20/2004 rd, GrUU 41/2010 rd och GrUU 30/2013 rd.). Hänvisningen till att var och en har rätt till hälso- och sjukvårdstjänster förutsätter i sista hand en individuell bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte (se GrUU 30/2013 rd, s. 3/I). Rätten till tillräckliga hälsovårdstjänster tryggas i de allvarligaste situationerna ytterst av rätten till liv enligt 7 § i grundlagen (GrUU 65/2014 rd, s. 4/II). Grundlagsutskottet har betonat att även om den första meningen i 19 § 3 mom. i grundlagen inte tryggar något specifikt sätt att erbjuda tjänster, utgår grundlagen till denna del från att tjänsterna ska vara tillräckliga (GrUU 26/2017 rd, s. 33 och 37–42, GrUU 12/2015 rd, s. 3 och GrUU 11/1995 rd, s. 2).

Syftet med de ersättningar för vård och undersökningar som föreskrivs i sjukförsäkringslagen har varit att komplettera de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna genom att stödja kundernas ekonomiska möjligheter att anlita privata hälso- och sjukvårdstjänster och välja tjänsteproducent. Rätten till tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster grundar sig förutom på 19 § 3 mom. i grundlagen också på hälso- och sjukvårdslagen och annan allmän lagstiftning och speciallagstiftning om hälso- och sjukvårdstjänster och ordnandet av dem. Ansvaret för att ordna social- och hälsovård ligger hos välfärdsområdena, som ansvarar för ordnandet av tillräckliga social- och hälsovårdstjänster för sina invånare.

Ett av syftena med propositionen är att minska belastningen på välfärdsområdena och förkorta vårdköerna inom primärvården och på så sätt trygga tillräckliga social-, hälsovårds- och

sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen och främja befolkningens hälsa. Enligt propositionen ska de försäkrades ekonomiska möjligheter att anlita privata hälso- och sjukvårdstjänster underlättas. Detta ökar valmöjligheterna och bidrar till att förbättra tillgången också till offentlig primärvård särskilt i fråga om de personer som inte har möjlighet eller som inte vill anlita privata tjänster. Man har även i fortsättningen alltid rätt att välja om man anlitar offentliga eller privata tjänster.

Till följd av propositionen blir det möjligt för en del av befolkningen att besöka allmänläkare inom den privata sektorn, när ekonomiska hinder undanröjs genom att självriskandelen fastställs i lag. Inom den privata hälso- och sjukvården görs inte motsvarande bedömning av vårdbehovet som inom den offentliga primärvården, vilket gör det möjligt att anlita privat hälso- och sjukvård utan att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården gör en individuell bedömning av vårdbehovet. Detta motsvarar situationen inom den privata hälso- och sjukvården också i fråga om FPA-ersättningarna enligt 3 kap. i sjukförsäkringslagen.

12.3 Jämlikhet

Sättet att ordna tjänster och tillgången till tjänster påverkas också indirekt av andra bestämmelser om de grundläggande rättigheterna, såsom bestämmelserna om jämlikhet och förbud mot diskriminering enligt 6 § i grundlagen. Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Jämlikhetsbestämmelsen förutsätter dock inte att alla människor i alla avseenden ska behandlas lika, om inte de omständigheter som inverkar på saken är likadana. Jämlikhetsaspekter spelar en viss roll såväl när människor ges förmåner eller rättigheter genom lag som när de påförs skyldigheter. I beredningsmaterialet för bestämmelsen och också i tillämpningspraxis har det dock betonats att det är typiskt för lagstiftningen att den på grund av ett visst godtagbart samhälleligt intresse behandlar människor olika bland annat för att främja faktisk jämlikhet (RP 309/1993 rd, s. 46 och t.ex. GrUU 31/2014 rd). Grundlagsutskottet har också av hävd betonat att inga skarpa gränser för lagstiftarens prövning kan härledas ur jämlikhetsprincipen då reglering i överensstämmelse med den rådande samhällsutvecklingen eftersträvas (t.ex. GrUU 102/2022 rd, GrUU 2/2011 rd, GrUU 64/2010 rd). Syftet med social- och hälsovårdsreformen, som trädde i kraft vid ingången av 2023, var bland annat att förbättra tillgången till tjänster i synnerhet inom primärvården. Enligt regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering ska primärvårdstjänsterna utvecklas, och syftet med denna proposition är att förbättra tillgången till primärvårdstjänster genom utveckling av FPA-ersättningarna.

Den allmänna jämlikhetsbestämmelsen kompletteras av det diskrimineringsförbud som ingår i 6 § 2 mom. i grundlagen, enligt vilket ingen utan godtagbart skäl får särbehandlas utifrån de särskiljande grunder som nämns i bestämmelsen eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. En sådan annan orsak kan vara till exempel bostadsort (RP 309/1993 rd, GrUU 31/2014 rd). Kraven på ett godtagbart skäl för särbehandling är enligt grundlagsutskottets vedertagna praxis rätt höga när särbehandlingen grundar sig på sådana omständigheter som gäller den enskilde som person och som avses i diskrimineringsförbudet (GrUU 68/2022 rd). I förarbetena till reformen av bestämmelserna om de grundläggande fri- och rättigheterna har diskrimineringsförbudet dock inte ansetts förbjuda all särbehandling av människor, inte ens när den grundar sig på någon av de orsaker som nämns explicit i bestämmelsen. De godtagbara skälen måste enligt utskottets praxis stå i ett sakligt och nära samband med lagens syfte (t.ex. GrUU 44/2010 rd). Särbehandlingarna i fråga om person får inte vara godtyckliga och de får inte bli oskäligen (t.ex. GrUU 57/2016 rd och GrUB 11/2009 rd). Bestämmelsen utgör inte heller något hinder för nödvändig positiv särbehandling för att trygga den faktiska jämlikheten, det vill säga åtgärder som förbättrar ställningen och förhållandena för en viss grupp, till exempel kvinnor, barn och minoriteter (RP 309/1993 rd, s. 48). Förbudet mot diskriminering enligt 6 §

2 mom. i grundlagen gäller också åtgärder som indirekt leder till ett diskriminerande resultat. Frågan om diskriminering föreligger ska bedömas med beaktande av de faktiska följderna av ett visst förfarande (se RP 309/1993 rd, s. 47).

Grundlagsutskottet konstaterade i samband med propositionen om ändringar i vårdgarantin att grundlagens jämlikhetsbestämmelser inte utgör hinder för nödvändig positiv särbehandling för att trygga den faktiska jämlikheten, det vill säga åtgärder som förbättrar ställningen och förhållandena för en viss grupp (GrUU 48/2024 rd, se även GrUU 34/2005 rd, s. 2/I, GrUU 40/2004 rd, s. 2/I). Grundlagsutskottet bedömde att det med beaktande av motiveringen till lagstiftningen är fråga om positiv särbehandling av barn och unga vuxna, för vilken utskottet i sin tidigare praxis har ansett att det finns godtagbara grunder med avseende på de grundläggande fri- och rättigheterna i samband med social- och hälsovårdstjänster (t.ex. GrUU 41/2010 rd). Grundlagsutskottet har dock i samband med frågan om tillgång till vård uttryckligen konstaterat att det trots en godtagbar grund medför vissa problem med avseende på jämlikhetsprincipen i 6 § 1 mom. i grundlagen att en patientgrupp får vård snabbare än andra (GrUU 1/2006 rd). Det har också ansetts möjligt att särbehandla personer som fyllt 80 år så att de tillhandahålls bedömning av servicebehovet, samtidigt som det även konstateras att det dessutom handlar om en i och för sig obetydlig skillnad (GrUU 34/2005 rd).

I den gällande lagstiftningen om social- och hälsovårdsförmåner och likaså i lagstiftningen om social- och hälsovårdstjänster ingår många olika åldersgränser som det har ansetts möjligt att föreskriva om. Avsikten är inte att genom bestämmelsen om förbud mot diskriminering förbjuda all särbehandling av människor, inte ens när den grundar sig på någon av de orsaker som nämns explicit i bestämmelsen. Det väsentliga är om särbehandlingen kan motiveras på ett sätt som är godtagbart med hänsyn till de grundläggande fri- och rättigheterna (se t.ex. GrUU 1/2006 rd och GrUU 59/2002 rd). Grundlagsutskottet har till exempel i sin bedömning av den socialrättsliga regleringen ansett att det inte stöter på några problem med hänsyn till grundlagen att förmåner för personer i olika åldrar fastställs på olika grunder, om särbehandlingen inte är godtycklig eller skillnaderna blir oskäliga (se t.ex. GrUU 48/2024 rd, GrUU 34/2002 rd och GrUU 46/2002).

De gällande bestämmelserna om sjukvårdsersättningar i sjukförsäkringslagen innehåller inga villkor som gäller den försäkrades ålder. Alla som är försäkrade enligt sjukförsäkringslagen har rätt till ersättning på samma grunder. De föreslagna ändringarna gäller endast försäkrade som fyllt 65 år. Det föreslås att de ska ha rätt till betydligt högre sjukvårdsersättningar än andra åldersgrupper när det är fråga om sådana läkarbesök och undersökningar som avses i propositionen.

På grund av att den finansiering som reserverats för genomförandet av propositionen är temporär och begränsad måste ersättningarna riktas till en avgränsad målgrupp för att ändamålsenliga ersättnings- och vårdhelheter ska kunna bildas.

Den äldre befolkningen har i genomsnitt ett större behov av hälso- och sjukvårdstjänster på grund av högre sjukfrekvens, och en betydande andel av läkarbesöken bland 65 år fyllda görs inom den offentliga primärvården. Dessutom har personer som fyllt 65 år tillgång till färre parallella hälso- och sjukvårdssystem och en liten del har privata hälsoförsäkringar som de kan använda för att anlita privat hälso- och sjukvård. Att FPA-ersättningarna riktas till den äldre befolkningen kan med ovannämnda motivering anses bäst stödja regeringsprogrammets och propositionens mål att förbättra tillgången till primärvårdstjänster. Således anses det med tanke på propositionens mål föreligga godtagbara grunder för att rikta ersättningarna till en vald befolkningsgrupp.

Till följd av propositionen är det möjligt att om privata tjänsteproducenter ingår avtal med Folkpensionsanstalten om produktion av tjänster och det därmed skapas ett utbud, kan personer som fyllt 65 år lättare få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster. Tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen tryggas i välfärdsområdena med stöd av hälso- och sjukvårdslagen och annan allmän lagstiftning och speciallagstiftning som gäller hälso- och sjukvårdstjänster och ordnandet av dem. Tillgången till offentliga hälso- och sjukvårdstjänster varierar dock mellan välfärdsområdena och på lokal nivå. Dessutom har en del av befolkningen rätt till företagshälsovårdstjänster. Alla arbetstagare omfattas dock inte av företagshälsovårdens sjukvård. Dessutom varierar omfattningen av företagshälsovårdens avtal från arbetsgivare till arbetsgivare i fråga om vilka sjukvårdstjänster som ingår. Studerandehälsovårdstjänster för studerande vid finländska högskolor tillhandahålls av Studenternas hälsovårdsstiftelse SHVS.

Alla försäkrade har fortfarande möjlighet att anlita privata hälso- och sjukvårdstjänster som ersätts enligt 3 kap. i sjukförsäkringslagen. De tjänster som avses i propositionen är besök hos allmänläkare och ett begränsat antal undersökningar som ordinerats av läkare. Välfärdsområdet ordnar tillräckliga social- och hälsovårdstjänster för var och en, och dessutom kompletteras det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet redan i nuläget av ovannämnda parallella hälso- och sjukvårdstjänster. Möjligheten att anlita de tjänster som avses i propositionen så att de ersätts i enlighet med det föreslagna 3 a kap. i sjukförsäkringslagen kan inte på ovannämnda grunder anses medföra godtycklig särbehandling av befolkningsgrupper eller oskäliga skillnader i befolkningsgruppernas rätt att få tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster.

Ersättningarna för vård och undersökningar har koncentrerats till personer i högre inkomstklasser, främst på grund av de stora självriskandelarna. Syftet med propositionen är att öka effekterna av FPA-ersättningarna för privat sjukvård, vilket i sig innebär att man strävar efter att uppnå en jämlikare fördelning av ersättningarna. Försäkrade som fyllt 65 år ska enligt förslaget ges möjlighet till sådana läkarbesök som avses i propositionen så att de betalar en självriskandel som motsvarar avgiften för läkarbesök inom den inom den offentliga primärvårdens öppna sjukvård. Dessutom ska självriskandelarna för de tjänster som avses i propositionen beaktas som utgifter i det grundläggande utkomststödet. De föreslagna ändringarna förbättrar avsevärt möjligheterna också för de personer inom målgruppen som har de lägsta inkomsterna att utnyttja de tjänster som avses i propositionen. Detta ökar den faktiska jämlikheten inom åldersgruppen 65 år eller äldre, när de ekonomiska hindren för att anlita tjänsterna minskas.

Privata tjänsteproducenters serviceutbud varierar regionvis i Finland. Utbudet av de tjänster som avses i propositionen är också beroende av hur tjänsteproducenterna ingår avtal med Folkpensionsanstalten om produktion av tjänster. Av ovannämnda orsaker är det sannolikt att utbudet av tjänsterna kommer att variera regionvis. Enligt förslaget ska de försäkrade ha rätt till reseersättningar enligt sjukförsäkringslagen för resor till de hälso- och sjukvårdstjänster som avses i propositionen. Syftet med de reseersättningar som grundar sig på sjukförsäkringslagen är att trygga de försäkrades lika rätt att oberoende av boningsort få undersökning och vård genom att de försäkrade får ersättning för en del av de nödvändiga kostnaderna för resor på grund av sjukdom, graviditet eller förlossning.

De föreslagna ändringarna försämrar inte någons ställning jämfört med nuläget. Alla försäkrade har även i fortsättningen rätt till ersättningar enligt gällande lagstiftning. Även försäkrade som fyllt 65 år ska ha rätt till de nuvarande ersättningarna när det inte är fråga om sådana läkarbesök som avses i propositionen, utan till exempel besök hos specialistläkare. Syftet med propositionen är att förbättra de försäkrades ekonomiska möjligheter att om de så önskar söka sig till privat hälso- och sjukvård i stället för till den offentliga primärvården. Om målet uppnås

minskar belastningen på den offentliga primärvården, vilket har indirekta positiva följder för hela befolkningen.

Det bör också noteras att det är fråga om en lag som är avsedd att vara temporär och att de medel som står till förfogande för projektet inte gör det möjligt att avsevärt höja ersättningarna för alla försäkrade. Konsekvenserna av de temporära lagändringarna kommer att följas upp och bedömas under och efter lagarnas giltighetstid, och den information som fås kan senare utnyttjas vid utvecklingen av ersättningssystemet och servicesystemet för primärvården.

12.4 Bemyndiganden att utfärda förordning

Enligt 80 § 1 mom. i grundlagen kan republikens president, statsrådet och ministerierna utfärda förordningar med stöd av ett bemyndigande i grundlagen eller i någon annan lag. Genom lag ska dock utfärdas bestämmelser om grunderna för individens rättigheter och skyldigheter samt om frågor som enligt grundlagen i övrigt hör till området för lag.

Enligt 80 § 1 mom. i grundlagen ska bestämmelser om frågor som enligt grundlagen hör till området för lag utfärdas genom lag. Med anledning av 80 § i grundlagen har det i grundlagsutskottets praxis i fråga om bemyndiganden att utfärda förordning ställts krav på att bestämmelserna ska vara exakta och noggrant avgränsade (se t.ex. GrUU 38/2013 rd, s. 3/II–4/I). Utskottet har betonat att detta innebär att när förordningar endast kan utfärdas med stöd av en lagstadsfullmakt och ett bemyndigande att utfärda förordning inte kan ges i ärenden som enligt grundlagen ska föreskrivas genom lag, måste ett bemyndigande att utfärda förordning som tas in i lagen formuleras så att innehållet i bemyndigandet tydligt framgår av lagen och avgränsas tillräckligt noggrant (GrUU 26/2017 rd, s. 27). Utifrån 80 § i grundlagen är det väsentligt att det finns tillräckligt uttömmande grundläggande bestämmelser i lag om det som ska regleras och att ett bemyndigande i regel bör placeras i samband med den grundläggande bestämmelsen (se GrUU 10/2016 rd, s. 5, och GrUU 49/2014 rd, s. 6).

Enligt propositionen får närmare bestämmelser om vilka avgifter en tjänsteproducent kan ta ut hos en försäkrad för de tjänster som avses i propositionen utfärdas genom förordning av statsrådet. Genom förordning kan det till exempel föreskrivas om avgifter som hänför sig till undersökningar och provtagning.

Det föreslås att närmare bestämmelser om grunderna för maximipriserna och ersättningstaxorna i fråga om läkararvoden och av läkare ordinerad undersökning och behandling får utfärdas genom förordning av statsrådet. I förordningen kan det till exempel föreskrivas om vilka kostnader som ska beaktas i maximipriserna för de olika tjänsterna.

12.5 Slutsats

Grundlagsutskottet har inte bedömt en helt motsvarande lagändring, även om utskottet har bedömt flera regeringspropositioner som hänför sig till olika social- och hälsovårdstjänster och åldersgränser för förmåner ur ett jämlikhetsperspektiv. Den föreslagna ändringen som gäller erhållande av ersättning för undersökning och behandling och ersättningsnivå på basis av den försäkrades ålder är en ny form av reglering om sjukvårdsersättningar enligt sjukförsäkringslagen.

På de grunder som anförts ovan anser regeringen att propositionen kan behandlas i vanlig lagstiftningsordning. Eftersom det i propositionen är fråga om en ny form av reglering och dess förhållande till kravet på jämlikhet enligt 6 § i grundlagen, anser regeringen det dock vara önskvärt att ett utlåtande om propositionen begärs av grundlagsutskottet.

Kläm

Med stöd av vad som anförts ovan föreläggs riksdagen följande lagförslag:

1.

Lag

om temporär ändring av sjukförsäkringslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras temporärt i sjukförsäkringslagen (1224/2004) 15 kap. 9 § 1 mom., sådant det lyder i lag 890/2006, och
fogas temporärt till lagen ett nytt 3 a kap. som följer:

3 a kap.

Ersättningar till 65 år fyllda för behandling och undersökning

1 §

Principer för erhållande av ersättning

En försäkrad som har fyllt 65 år får ersättning för sådana undersökningar som en läkare utfört för konstaterande av en eventuell sjukdom eller bestämmande av behandling och för den behandling som en läkare gett samt för undersökningar och behandling som en läkare ordinerat.

En förutsättning för betalning av ersättning för läkararvoden är att undersökningen har utförts eller behandlingen getts av en person som har rätt att i Finland utöva läkaryrket eller specialstyrket som legitimerad yrkesutbildad person.

En i 1 mom. avsedd undersökning eller behandling som en läkare ordinerat ersätts, om åtgärden har utförts av en i denna lag avsedd annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och undersökningen eller behandlingen har ordinerats hos en i 1 mom. avsedd läkare.

En förutsättning för betalning av ersättning är att en tjänsteproducent inom den privata hälso- och sjukvården har ingått avtal med Folkpensionsanstalten om produktion av de tjänster som avses i detta kapitel. En förutsättning för ingående av avtal är att tjänsteproducenten ingår avtal med Folkpensionsanstalten om ett i 15 kap. 9 § avsett direktersättningsförfarande.

Tjänsteproducenten ska förbinda sig att producera i 1 mom. avsedda tjänster till högst de maximipriser som Folkpensionsanstalten fastställer. Tjänste-producenten får inte ta ut poliklinik- eller expeditionsavgifter eller andra motsvarande avgifter för tjänsterna. Närmare bestämmelser om vilka avgifter en tjänsteproducent kan ta ut hos en försäkrad för i 1 mom. avsedda tjänster får utfärdas genom förordning av statsrådet.

2 §

Rätt till ersättning

En försäkrad har inte rätt till ersättning enligt detta kapitel, om det för tjänster som avses i 1 § har tagits ut poliklinik- eller expeditionsavgifter eller andra motsvarande avgifter eller ett pris som överstiger maximipriset.

En försäkrad kan betalas i 1 § avsedd ersättning för läkararvoden på basis av högst tre besök hos läkare under kalenderåret. Ersättning för ett läkararvode kan betalas för högst ett mot-tagningsbesök per dygn.

En försäkrad kan betalas i 1 § avsedd ersättning för undersökning och behandling på basis av högst tre läkarordinationer under kalenderåret.

3 §

Andel av läkararvodena som berättigar 65 år fyllda till ersättning

Den försäkrades självrisikandel av kostnaderna för undersökningar som utförts och behandling som getts av en läkare är högst lika stor som den besöksavgift för läkartjänster inom den öppna sjukvården som enligt en förordning som utfärdats med stöd av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) får tas ut för de tre första besöken på samma hälsovårdscentral under kalenderåret.

Kostnaderna för undersökningar som utförts och behandling som getts av en läkare ersätts till ett belopp som motsvarar den ersättningstaxa som fastställts med stöd av 5 §. Om arvodet är större än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning det belopp som anges i ersättningstaxan. Arvodet får dock vara högst lika stort som det maximipris som fastställts med stöd av 5 §. Om arvodet är mindre än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning beloppet av arvodet.

4 §

Andel av de kostnader för av läkare ordinerad undersökning och behandling som berättigar 65 år fyllda till ersättning

Kostnaderna för undersökningar som ordinerats av en läkare på en och samma gång ersätts till ett belopp som utgör 50 procent av de maximipriser som fastställts som ersättningsgrund för undersökningar och provtagning.

Kostnaderna för undersökning och behandling som ordinerats av en läkare på en och samma gång ersätts till ett belopp som motsvarar den ersättningstaxa som fastställts med stöd av 5 §. Om arvodet för undersökningen och behandlingen är större än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning det belopp som anges i ersättningstaxan. Arvodet får dock vara högst lika stort som det maximipris som fastställts med stöd av 5 §. Om arvodet är mindre än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning beloppet av arvodet.

5 §

Maximipriser och ersättningstaxor i fråga om läkararvoden och undersökning och behandling

Närmare bestämmelser om grunderna för maximipriserna och ersättningstaxorna i fråga om i 1 § avsedda läkararvoden och av läkare ordinerad undersökning och behandling får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Utifrån grunderna för maximipriserna och ersättningstaxorna ska Folkpensionsanstalten fastställa en förteckning över de läkararvoden och av läkare ordinerade undersöknings- och behandlingsåtgärder som ska ersättas med stöd av 1 § samt över ersättningstaxorna och maximipriserna för dem.

När Folkpensionsanstalten bereder fastställandet av de maximipriser och ersättningstaxor och den förteckning som avses i 2 mom. ska anstalten höra social- och hälsovårdsministeriet.

De i 2 mom. avsedda maximipriserna och ersättningstaxorna ska basera sig på undersöknings- eller behandlingsåtgärdens art, det arbete den förutsätter och de kostnader den medför samt på det terapeutiska värdet av den tjänst som ska ersättas och på de medel som står till buds för ersättningar.

6 §

Förhållande till i 3 kap. avsedda ersättningar för vård och undersökningar

Utöver de ersättningar som avses i detta kapitel har en försäkrad som fyllt 65 år rätt till de ersättningar för undersökningar och vård som avses i 3 kap. En försäkrad betalas dock inte ersättningar enligt 3 kap. för tjänster som avses i detta kapitel.

Utöver de ersättningar som avses i detta kapitel får en försäkrad emellertid i enlighet med vad som föreskrivs i 3 kap. ersättning för kostnaderna för anskaffning av läkarintyg eller läkarutlåtande som behövs för ansökan om förmåner enligt denna lag.

15 kap.

Verkställighet

9 §

Direktersättningsförfarande

Om ett apotek för en försäkrads läkemedelsinköp har debiterat ett pris som är nedsatt med beloppet av ersättningen enligt 5 kap. eller om en serviceproducent har debiterat en försäkrad för läkararvode, tandläkararvode eller ett pris för undersökning, vård eller behandling som är nedsatt med beloppet av ersättningen enligt 3 eller 3 a kap. eller om en färdtjänstproducent har debiterat en försäkrad för den i 4 kap. 7 § avsedda självriskandelen av priset för en resa, kan ersättningen betalas till apoteket eller serviceproducenten på basis av redovisning som apoteket eller serviceproducenten gör enligt vad som avtalas särskilt.

Denna lag träder i kraft den _____ 20____ och gäller till och med den 31 december 2027.

År 2025 kan en försäkrad betalas i 3 a kap. 1 § avsedd ersättning för läkararvoden på basis av högst två besök hos läkare under kalenderåret.

2.

Lag

om temporär ändring av 7 b § i lagen om utkomststöd

I enlighet med riksdagens beslut
fogas till 7 b § i lagen om utkomststöd (1412/1997), sådan paragrafen lyder i lagarna 1023/2022 och 847/2024, temporärt ett nytt 4 mom. som följer:

2 kap.

Fastställande av utkomststöd och utkomststödetts struktur

7 b §

Hälsa- och sjukvårdsutgifter och övriga utgifter

Som övriga grundutgifter för en person som har fyllt 65 år beaktas dessutom självriskandelarna för de sjukvårdstjänster som avses i 3 a kap. 1 § i sjukförsäkringslagen (1224/2004).

Denna lag träder i kraft den 20 _____ och gäller till och med den 29 februari 2028.

Helsingfors den 16 april 2025

Statsminister

Petteri Orpo

Minister för social trygghet Sanni Grahn-Laasonen

1.

Lag

om temporär ändring av sjukförsäkringslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras temporärt i sjukförsäkringslagen (1224/2004) 15 kap. 9 § 1 mom., sådant det lyder i
lag 890/2006, och
fogas temporärt till lagen ett nytt 3 a kap. som följer:

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

3 a kap.

Ersättningar till 65 år fyllda för behandling och undersökning

1 §

Principer för erhållande av ersättning

En försäkrad som har fyllt 65 år får ersättning för sådana undersökningar som en läkare utfört för konstaterande av en eventuell sjukdom eller bestämmande av behandling och för den behandling som en läkare gett samt för undersökningar och behandling som en läkare ordinerat.

En förutsättning för betalning av ersättning för läkararvoden är att undersökningen har utförts eller behandlingen getts av en person som har rätt att i Finland utöva läkaryrket eller specialistyrket som legitimerad yrkesutbildad person.

En i 1 mom. avsedd undersökning eller behandling som en läkare ordinerat ersätts, om åtgärden har utförts av en i denna lag avsedd annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och undersökningen eller behandlingen har ordinerats hos en i 1 mom. avsedd läkare.

En förutsättning för betalning av ersättning är att en tjänsteproducent inom den privata hälso- och sjukvården har ingått avtal med Folkpensionsanstalten om produktion av de tjänster som avses i detta kapitel. En

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

förutsättning för ingående av avtal är att tjänsteproducenten ingår avtal med Folkpensionsanstalten om ett i 15 kap. 9 § avsett direktersättningsförfarande.

Tjänsteproducenten ska förbinda sig att producera i 1 mom. avsedda tjänster till högst de maximipriser som Folkpensionsanstalten fast-ställer. Tjänsteproducenten får inte ta ut poliklinik- eller expeditionsavgifter eller andra motsvarande avgifter för tjänsterna. Närmare bestämmelser om vilka avgifter en tjänsteproducent kan ta ut hos en försäkrad för i 1 mom. avsedda tjänster får utfärdas genom förordning av statsrådet.

2 §

Rätt till ersättning

En försäkrad har inte rätt till ersättning enligt detta kapitel, om det för tjänster som avses i 1 § har tagits ut poliklinik- eller expeditionsavgifter eller andra motsvarande avgifter eller ett pris som överstiger maximipriset.

En försäkrad kan betalas i 1 § avsedd ersättning för läkararvoden på basis av högst tre besök hos läkare under kalenderåret. Ersättning för ett läkararvode kan betalas för högst ett mottagningsbesök per dygn.

En försäkrad kan betalas i 1 § avsedd ersättning för undersökning och behandling på basis av högst tre läkarordinationer under kalenderåret.

3 §

Andel av läkararvodena som berättigar 65 år fyllda till ersättning

Den försäkrades självriskandel av kostnaderna för undersökningar som utförts och behandling som getts av en läkare är högst lika stor som den besöksavgift för läkartjänster inom den öppna sjukvården som enligt en förordning som utfärdats med stöd av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) får tas ut för de tre första besöken på samma hälsovårdscentral under kalenderåret.

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

Kostnaderna för undersökningar som utförts och behandling som getts av en läkare ersätts till ett belopp som motsvarar den ersättningstaxa som fastställts med stöd av 5 §. Om arvodet är större än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning det belopp som anges i ersättningstaxan. Arvodet får dock vara högst lika stort som det maximipris som fastställts med stöd av 5 §. Om arvodet är mindre än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning beloppet av arvodet.

4 §

Andel av de kostnader för av läkare ordinerad undersökning och behandling som berättigar 65 år fyllda till ersättning

Kostnaderna för undersökningar som ordinerats av en läkare på en och samma gång ersätts till ett belopp som utgör 50 procent av de maximipriser som fastställts som ersättningsgrund för undersökningar och provtagning.

Kostnaderna för undersökning och behandling som ordinerats av en läkare på en och samma gång ersätts till ett belopp som motsvarar den ersättningstaxa som fastställts med stöd av 5 §. Om arvodet för undersökningen och behandlingen är större än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning det belopp som anges i ersättningstaxan. Arvodet får dock vara högst lika stort som det maximipris som fastställts med stöd av 5 §. Om arvodet är mindre än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning beloppet av arvodet.

5 §

Maximipriser och ersättningstaxor i fråga om läkararvoden och undersökning och behandling

Närmare bestämmelser om grunderna för maximipriserna och ersättningstaxorna i fråga om i 1 § avsedda läkararvoden och av

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

läkare ordinerad undersökning och behandling får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Utifrån grunderna för maximipriserna och ersättningstaxorna ska Folkpensionsanstalten fastställa en förteckning över de läkararvoden och av läkare ordinerade undersöknings- och behandlingsåtgärder som ska ersättas med stöd av 1 § samt över ersättningstaxorna och maximipriserna för dem.

När Folkpensionsanstalten bereder fastställandet av de maximipriser och ersättningstaxor och den förteckning som avses i 2 mom. ska anstalten höra social- och hälsovårdsministeriet.

De i 2 mom. avsedda maximipriserna och ersättningstaxorna ska basera sig på undersöknings- eller behandlingsåtgärdens art, det arbete den förutsätter och de kostnader den medför samt på det terapeutiska värdet av den tjänst som ska ersättas och på de medel som står till buds för ersättningar.

6 §

Förhållande till i 3 kap. avsedda ersättningar för vård och undersökningar

Utöver de ersättningar som avses i detta kapitel har en försäkrad som fyllt 65 år rätt till de ersättningar för undersökningar och vård som avses i 3 kap. En försäkrad betalas dock inte ersättningar enligt 3 kap. för tjänster som avses i detta kapitel.

Utöver de ersättningar som avses i detta kapitel får en försäkrad emellertid i enlighet med vad som föreskrivs i 3 kap. ersättning för kostnaderna för anskaffning av läkarintyg eller läkarutlåtande som behövs för ansökan om förmåner enligt denna lag.

15 kap.

Verkställighet

9 §

15 kap.

Verkställighet

9 §

Gällande lydelse

Direktersättningsförfarande

Om ett apotek för en försäkrads läkemedelsinköp har debiterat ett pris som är nedsatt med beloppet av ersättningen enligt 5 kap. eller om en serviceproducent har debiterat en försäkrad för läkararvode, tandläkararvode eller ett pris för undersökning eller vård som är nedsatt med beloppet av ersättningen enligt 3 kap. eller om en färdtjänstproducent har debiterat en försäkrad för den i 4 kap. 7 § avsedda självriskandelen av priset för en resa, kan ersättningen betalas till apoteket eller serviceproducenten på basis av redovisning som apoteket eller serviceproducenten gör enligt vad som avtalas särskilt.

Föreslagen lydelse

Direktersättningsförfarande

Om ett apotek för en försäkrads läkemedelsinköp har debiterat ett pris som är nedsatt med beloppet av ersättningen enligt 5 kap. eller om en serviceproducent har debiterat en försäkrad för läkararvode, tandläkararvode eller ett pris för undersökning, vård eller behandling som är nedsatt med beloppet av ersättningen enligt 3 eller 3 a kap. eller om en färdtjänstproducent har debiterat en försäkrad för den i 4 kap. 7 § avsedda självriskandelen av priset för en resa, kan ersättningen betalas till apoteket eller serviceproducenten på basis av redovisning som apoteket eller serviceproducenten gör enligt vad som avtalas särskilt.

Denna lag träder i kraft den 20 och gäller till och med den 31 december 2027.

År 2025 kan en försäkrad betalas i 3 a kap. 1 § avsedd ersättning för läkararvoden på basis av högst två besök hos läkare under kalenderåret.

2.

Lag

om temporär ändring av 7 b § i lagen om utkomststöd

I enlighet med riksdagens beslut fogas till 7 b § i lagen om utkomststöd (1412/1997), sådan paragrafen lyder i lagarna 1023/2022 och 847/2024, temporärt ett nytt 4 mom. som följer:

Gällande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

2 kap.

Fastställande av utkomststöd och utkomststödetts struktur

Fastställande av utkomststöd och utkomststödetts struktur

7 b §

7 b §

Hälso- och sjukvårdsutgifter och övriga utgifter

Hälso- och sjukvårdsutgifter och övriga utgifter

Som övriga grundutgifter för en person som har fyllt 65 år beaktas dessutom självriskandelarna för de sjukvårdstjänster som avses i 3 a kap. 1 § i sjukförsäkringslagen (1224/2004).

Denna lag träder i kraft den 20 och gäller till och med den 29 februari 2028.

Statsrådets förordning

om i 3 a kap. i sjukförsäkringslagen avsedda ersättningar till 65 år fyllda försäkrade för behandling och undersökning

I enlighet med statsrådets beslut föreskrivs:

1 §

Ersättningstaxor och maximipriser i fråga om läkararvoden

Ersättningstaxan för ett läkararvode består av skillnaden mellan maximipriset i fråga om läkararvode och en självriskandel som är lika stor som besöksavgiften enligt 7 § 1 mom. 2 punkten i förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992).

I maximipriset i fråga om ett läkararvode ingår läkararvode samt expeditions- och serviceavgifter.

2 §

Maximipriser för undersökningar som ordinerats av läkare

Maximipriserna för undersökningar baserar sig på produktionskostnaderna för respektive undersökning.

Tjänsteproducenten kan ta ut en separat provtagningsavgift för laboratorieundersökningar. För provtagningsavgiften kan ersättning betalas en gång per typ av laboratorieordination.

Vid radiologiska undersökningar och kliniskt fysiologiska undersökningar ingår kostnaderna för undersökningen i maximipriset för undersökningen.

3 §

Ikraftträdande

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2025 och gäller till utgången av 2027.