

RP 183/2010 rd

Regeringens proposition till Riksdagen med förslag till lag om ändring av 2 kap. 3 § i sjukförsäkringslagen

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att sjukförsäkringslagen ändras på så sätt att det med stöd av sjukförsäkringslagen kan betalas sjukvårdsersättning för sådan privat sjukvård som ges i den kommunala social- och hälsovårdens lokaler. När en kommun eller samkommun hyr ut lokaler ska den ombesörja att uthyrningen inte äventyrar den lagstadgade verksamheten inom den kommunala social- och hälsovården. Det föreslås att det för betalning av ersättning ska förutsättas att hy-

resvärden har lämnat uppgifter till Folkpensionsanstalten om hyresgästen. Vidare föreslås att Folkpensionsanstalten på basis av de uppgifter som lämnats ska föra register över de privata tjänsteleverantörer som i offentliga lokaler tillhandahåller sådana tjänster för vilka sjukförsäkringsersättning kan betalas.

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2011 och avses bli behandlad i samband med den.

Lagen avses träda i kraft den 1 mars 2011.

MOTIVERING

1 Nuläge

1.1 Ordnande av hälso- och sjukvård

I Finland är det kommunerna som enligt lag svarar för ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster. Som en skyldighet inom folkhälsoarbetet ska kommunen ordna hälso- och sjukvård för sina invånare. Förutom att ordna primärvård ska kommunen se till att kommunens invånare får den nödvändiga specialiserade sjukvård som sjukvårdsdistrikten svarar för. Bestämmelser om ordnande av hälso- och sjukvård finns i folkhälsolagen (66/1972), lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) och mentalvårdslagen (1116/1990). Syftet med bestämmelserna är att alla medborgare på lika grunder och oberoende av ekonomisk ställning eller boningsort ska ges hälso- och sjukvårdstjänster av så god kvalitet som möjligt.

Enligt 4 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992) kan kommunerna ordna tjänsterna själva, genom avtal med en annan kommun eller andra kommuner, genom att vara medlem i en samkommun som sköter verksamheten eller genom att anskaffa service från staten, en annan kommun, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent. Kommunen kan även ordna tjänster genom att serviceanvändaren ges en servicesedel, med vilken kommunen förbinder sig att, upp till det värde som fastställts för sedeln enligt kommunens beslut, betala de tjänster som serviceanvändaren köper av en privat serviceproducent som kommunen godkänt.

Kommunerna har huvudansvaret för finansieringen av hälso- och sjukvården för dem som bor inom kommunens område. Via

statsandelssystemet finansierar staten ungefär en tredjedel av kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården. Avsikten med de statsandelar som beviljas kommunerna är även att jämna ut de kommunvisa skillnaderna i fråga om kostnaderna och behovet av tjänster. De kalkylerade kostnaderna för den kommunala social- och hälsovården fås genom att addera den kommunala socialvårdens kalkylerade kostnader med hälsovårdens kalkylerade kostnader vilka beräknas separat, samt genom att multiplicera summan av dem med fjärrortstalet, förutsatt att kommunen har ett fastslaget fjärrortstal. De kalkylerade kostnaderna för den kommunala social- och hälsovården bestäms på basis av grundpriser enligt åldersklasser. I socialvården bestäms dessa kostnader dessutom på basis av grundpriserna för arbetslöshet, barnskydd och handikapp samt i fråga om barn under 7 år med beaktande av den dagvårds-koefficient som bestäms på basis av andelen sysselsatt arbetskraft i kommunen. De kalkylerade kostnaderna för hälsovård påverkas av den sjukfrekvenskoefficient som beräknas på basis av antalet arbetsoförmögna.

Patientens ställning inom hälso- och sjukvården behandlas i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992). I folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård finns från och med 2005 bestämmelser om maximitider inom vilka vården bör ordnas. Som ett led i tryggheten av tillgången till vård har social- och hälsovårdsministeriet på basis av sakkunnigas förslag utarbetat gemensamma grunder för den icke-brådskande vården. Det har getts riksomfattande rekommendationer om innehållet i primärvården och den specialiserade sjukvården (god medicinsk praxis). Enligt lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (klientav-

giftslagen, 734/1992) och förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992) kan det tas ut avgifter för de tjänster inom primärvården och den specialiserade sjukvården som kommunerna svarar för.

1.2 Sjukförsäkringens ersättningsprinciper

Den privata hälso- och sjukvården kompletterar det offentliga kommunala servicesystemet. Den lagstadgade sjukförsäkringen ersätter en del av kostnaderna som orsakas av användning av privata hälso- och sjukvårdstjänster, av läkemedelskostnader inom öppenvården samt av resekostnader. Sjukförsäkringen ger patienten möjlighet att söka vård utanför det offentliga servicesystemet och få samhällets stöd för detta.

Med stöd av sjukförsäkringslagen (1224/2004) har en försäkrad rätt att få ersättning för nödvändiga kostnader som orsakats av sjukdom, graviditet eller 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. Som nödvändig sjukvård betraktas vård enligt allmänt godkänd, god vårdpraxis.

Som läkararvode ersätts en sådan undersökning som utförs av en läkare för konstaterande och uteslutande av en eventuell sjukdom eller för bestämmande av vård. Läkararvodet fördelas mellan de tidsbaserade läkarbesöken och de åtgärder som vidtas av läkaren. Vissa åtgärder ersätts endast om separat fastställda medicinska förutsättningar uppfylls.

Sådan sjukvård som ska ersättas när vården ges av en tandläkare, är vård av mun och tänder, undersökning av mun och tänder en gång i kalenderåret samt regleringsvård när det är fråga om vård som är nödvändig för behandlingen av någon annan sjukdom än en tandsjukdom. Ersättning betalas inte för tandprotetiska åtgärder eller tandtekniska kostnader. Med undersökning av mun och tänder utförd av tandläkare avses odontologisk undersökning, diagnostisering och planering av vården i samband denna.

Undersökningar och behandlingar på ordination av läkare ersätts om de har ordinerats på grund av behandling av sjukdom eller om de har varit nödvändiga för att konstatera en eventuell sjukdom. Som undersökning och vård ersätts radiologiska undersökningar, laboratorieundersökningar, sjukvårdsåtgärder, undersökningar utförda av en psykolog, fysioterapi samt behandlingar med cytostatika. Även radiologiska undersökningar eller laboratorieundersökningar på ordination av tandläkare samt vård som getts av munhygienist ersätts. Ersättning för undersökning eller vård som har ordinerats på en gång betalas för högst 15 undersöknings- eller vårdtillfällen, förutsatt att undersökningen har utförts eller vården har getts inom ett år efter det att ordinationen getts. En ordination som getts av en tandläkare för vård hos en munhygienist är dock i kraft två år.

Ersättningen för undersökningar och vård på ordination av läkare eller tandläkare beräknas enligt de belopp för taxor som fastställts på basis av sjukförsäkringslagen. Ersättningen för sådan vård som getts av en munhygienist motsvarar dock beloppet enligt den fastställda taxan. Om det arvode som tagits ut är mindre än den taxa som fastställts, beräknas ersättningen enligt det belopp som motsvarar arvodet. Bestämmelser om grunderna och maximibeloppen för ersättningstaxorna för läkar- och tandläkararvoden samt undersökningar och vård finns i statsrådets förordning (1336/2004), och utifrån dessa bestämmelser fastställer Folkpensionsanstalten ersättningstaxorna. Enligt sjukförsäkringslagen baserar sig grunderna för ersättningstaxorna samt de ersättningstaxor som ska fastställas 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.

Ersättningen för läkar- eller tandläkararvodet är högst 60 procent av beloppet på den fastställda ersättningstaxan. Taxan höjs med 50 procent om vården har getts av en specialläkare och vården hör till specialläkarens specialitet. Taxan för vård som getts av en specialtandläkare höjs med 30 procent, om vården hört till specialtandläkarens specialitet. Taxorna eller kostnaderna för en av

en läkare eller tandläkare på en gång ordinerad undersökning eller behandling ersätts med 75 procent till den del kostnaderna överstiger sammanlagt 13,46 euro.

Sjukförsäkringsersättningarna betalas ur sjukvårdsförsäkringen. De försäkrade och staten finansierar sjukvårdsförsäkringen med lika stora finansieringsandelar. De försäkrade betalar sjukförsäkringens sjukvårdspremie på basis av den förvärvsinkomst som ska beskattas i kommunalbeskattningen. År 2009 betalades det ersättningar för sjukvård för sammanlagt 1 747,8 miljoner euro. Läkemedlersersättningarnas andel av de sjukvårdser-sättningar som betalades var 1 244,8 miljoner euro, dvs. nästan tre fjärdedelar. För privatläkararvoden betalades 73,6 miljoner euro. För privattandläkararvoden betalades något mera, nämligen 124,9 miljoner euro. För undersökningar och vård betalades 70,3 miljoner euro i ersättningar.

1.3 Begränsningarna i fråga om erhållande av ersättning samt gränsdragningen mellan den offentliga och privata hälso- och sjukvården

Enligt 2 kap. 3 § i sjukförsäkringslagen ersätts inte ur sjukförsäkringen sådana avgifter som tagits ut med stöd av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården, kostnader för sjukvård som en kommun eller en samkommun anordnat i enlighet med 4 § i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården eller sådana sjukvårdskostnader som uppkommit när privata hälso- och sjukvårdstjänster har ordnats i den kommunala social- och hälsovårdens lokaler. Ersättning enligt sjukförsäkringslagen betalas därmed inte om den offentliga hälso- och sjukvårdsproducenten till exempel har köpt tjänsterna av en privat serviceproducent eller ordinerat patienten för vård eller undersökning till den privata sektorn. Ersättning betalas dock när en privat serviceproducent skickar ett prov för analys till ett laboratorium inom den offentliga hälso- och sjukvården och tar ut en avgift för detta. Ersättning betalas inte om det till en privat serviceproducent har getts eller hyrts ut lokaler inom social- och hälsovården, dvs. lokaler som är i

social- och hälsovårdens ägo eller besittning. Ersättning betalas inte trots att patienten har betalat en avgift för den vård som getts av den privata serviceproducenten. Syftet med bestämmelsen är att det inbördes förhållandet mellan den offentliga hälso- och sjukvården och den privata hälso- och sjukvården som ersätts ur sjukförsäkringen ska vara klart och tydligt med tanke på reglering, arbetsfördelning och finansiering.

Begränsningarna i fråga om ersättning ingick redan i den statsandelsreform som trädde i kraft vid ingången av 1990-talet (RP 216/1991), genom vilken kommunernas frihet i fråga om att ordna social- och hälsovårdstjänster utvidgades. I samband med reformen betonades åtskillnaden mellan finansieringen av den offentliga och den privata hälso- och sjukvården. Kostnader för offentlig hälso- och sjukvård var inte till någon del avsedda att ersättas ur sjukförsäkringen. Det fogades ett nytt 3 mom. till 11 a § i sjukförsäkringslagen (364/1963) enligt vilket det för kostnader för sådan sjukvård som ordnas enligt 4 § 1 mom. 4 punkten i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården inte betalas ersättning till den försäkrade eller kommunen i enlighet med sjukförsäkringslagen. Enligt denna punkt i lagen betalades inte någon ersättning om det de facto var fråga om ett sådant arrangemang som avsågs i denna bestämmelse. I Folkpensionsanstaltens anvisningar förtydligades hurdana arrangemang som i själva verket kunde anses vara sådana som inte omfattas av ersättning. Enligt anvisningarna betalades inte ersättning om vården hade getts vid en hälsovårdscentral eller ett offentligt sjukhus, om den offentliga hälso- och sjukvården hade köpt tjänsterna av en privat serviceproducent eller om den offentliga hälso- och sjukvården hade skickat en patient eller ett prov som tagits på patienten för undersökning eller vård hos en privat serviceproducent. Enligt anvisningarna hade man inte rätt att få ersättning för vård som gavs vid en verksamhetsenhet som helt eller delvis ägts eller bolagiserats av en kommun eller en annan offentlig hälso- och sjukvårdsinstans.

Efter reformen uppkom det problem i fråga om gränsdragningen. I besvärinstanserna slog man fast Folkpensionsanstaltens riktlinje

om att ersättning för vård som ges i den offentliga social- och hälsovårdens lokaler inte betalas. Trots att en privat aktör betalade hyra för lokalerna och tog ut en avgift av privatklienten ansåg man att verksamheten fungerade delvis genom bidrag av staten. I besvärinstanserna godkändes däremot att ersättning enligt sjukförsäkringslagen betalades för vård som gavs i andra kommunala lokaler än i social- och hälsovårdens lokaler. De motiveringar som angavs för godkännandet av denna ersättning var att kommunen inte hade fått statsbidrag för lokalerna som hyrdes ut och att det var fråga om ett statsbidrag som var riktat till något annat än till hälso- och sjukvård. Efter ställningstagandena och förhandlingarna i besvärinstanserna stärktes tolkningen om att en patient inte har rätt till ersättning ur sjukförsäkringen när en kommun eller samkommun till en privat serviceproducent hyr ut mottagningslokaler i en hälsovårdscentral eller annan social- och hälsovårdsenhet eftersom det med tanke på sjukförsäkringslagen är fråga om ett sådant arrangemang som avses i 4 § 1 mom. 4 punkten i denna lag. I enskilda fall beviljades dock ersättning ur sjukförsäkringen för tandläkararvoden som togs ut av tandläkare med privatmottagning vid hälsovårdscentralerna i Houtskär och Korpo. Beviljandet av ersättningen baserade sig på en tolkning av lagen om främjande av skärgårdens utveckling (494/1981). Det ersättningsarrangemang som undantagsvis gällde kommuner i skärgården var dock inte avsett att vara permanent, och avslutades därför den 31 december 2003.

Genom att hälso- och sjukvårdens service-system blivit mångsidigare har gränsen mellan den offentliga och den privata hälso- och sjukvården samt mellan den kommunala hälso- och sjukvården och sjukförsäkringens ersättningssystem blivit alltmer oklar. Sjukförsäkringslagens 11 a § medförde att olika tolkningar blev möjliga och detta äventyrade därmed de försäkrades rättsskydd. En arbetsgrupp vid social- och hälsovårdsministeriet utredde denna gränsdragning år 2003 och lade fram ett förslag om att ersättning enligt sjukförsäkringslagen ska beviljas alltid då vård har getts eller en undersökning har utförts vid en sådan enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster som avses i la-

gen om privat hälso- och sjukvård och som har beviljats tillstånd av länsstyrelsen, oberoende av om enheten är helt eller delvis i kommunens ägo. Arbetsgruppen ansåg att det var ändamålsenligt att styra sjukförsäkringsersättningarna till den privata hälso- och sjukvårdsverksamheten oberoende av serviceproducentens ägandeförhållanden och att den kommunala andelen inte borde få vara ett hinder vid beviljande av sjukförsäkringsersättning.

Den bestämmelse som utvecklades genom tolkningar och beslutspraxis, och som begränsar ersättningen för vård som ges i offentliga lokaler, togs dock in i 2 kap. 3 § 3 punkten i lagen i samband med en totalrevidering av sjukförsäkringslagen. Enligt denna bestämmelse avses med social- och hälsovårdens lokaler både sådana lokaler som är i social- och hälsovårdens ägo och sådana som är i dess besittning. Trots att en försäkrad hade betalat en avgift till en privat serviceproducent som gett vård hade den försäkrade inte rätt att få ersättning enligt sjukförsäkringslagen för sådan vård som hade getts av en läkare, en tandläkare eller en annan yrkesutbildad person i dessa lokaler. Med stöd av klarläggande bestämmelser skulle en gränsdragning mellan de åtgärder och tjänster som ordnas av den kommunala hälso- och sjukvården och de åtgärder och tjänster som ersätts enligt sjukförsäkringslagen enligt regeringspropositionen kunna stöda utvecklingen av arbetsfördelningen mellan organisationer, och därmed möjliggöra en förnuftig fördelning av resurserna. I praktiken medförde reformen därmed inte några ändringar i sak i jämförelse med hur lagen tillämpades tidigare.

Trots denna strikta gränsdragning mellan den offentliga hälso- och sjukvården och den privata hälso- och sjukvård som ersatts ur sjukförsäkringen, ersattes kostnader för läkararvoden för patienter i specialavgiftsklass och för sjukhusens privatpatienter ända från det att sjukförsäkringen trädde i kraft till februari 2008. En av de främsta avsikterna med specialavgiftsklassen var att ge patienten möjlighet att välja den läkare som ska vårda honom eller henne och att erbjuda läkare ett ekonomiskt incitament. Det blev möjligt att i specialavgiftsklassen ta ut sådana avgifter av

patienterna som var större än klientavgifterna, och läkaren som vårdade patienten fick rätt att som arvode få en ersättning som motsvarade den tilläggsavgift som betalades av patienten. Att läkaren gav vård i specialavgiftsklassen förutsatte att läkaren hade beviljats rätt till detta av länsstyrelsen. Vård i specialavgiftsklassen kunde ges endast på bäddavdelningar och specialavgiftsklassen gällde inte psykiatriska sjukhus.

Systemet med specialavgiftsklassen avskaffades stegvis och slutligen helt vid utgången av 2008. Bakgrunden till detta var att Finlands hälso- och sjukvårdssystem förändrades efter att specialavgiftsklassen togs i bruk, och främst gällde denna förändring patientens rätt att välja. Enligt 33 § 2 mom. i lagen om specialiserad sjukvård ska en patient inom gränserna för vad ett ändamålsenligt ordnande av enhetens verksamhet tillåter om möjligt beredas tillfälle att bland läkarna på sjukhuset välja den läkare som ska vårda honom eller henne. På motsvarande sätt ska enligt 6 § i patientlagen vården och behandlingen ges i samförstånd med patienten. På basis av dessa bestämmelser ska alla patienter som tas in på sjukhus ha möjlighet att på samma grunder välja behandlande läkare utan att särskilt behöva betala för denna valmöjlighet. Att valet av behandlande läkare var bundet till att patienten sökte vård i specialavgiftsklassen ansågs försämma jämlikheten mellan patienterna och försätta de personer som använder sig av kommunal hälso- och sjukvård i en ojämlig ställning med tanke på patientens möjligheter att betala de tilläggsavgifter som i jämförelse med vårdavgiften är höga.

I samband med att specialavgiftsklassen slopades gavs sjukhus möjligheten att förverkliga specialpoliklinikverksamheten. Enligt 9 § i klientavgiftslagen kan vid sjukhus som drivs av samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ordnas specialpoliklinikverksamhet på vardagar efter klockan 16.00 samt på lördagar och söndagar, och under dessa tider kan för undersökningar och vård i samband med detta tillämpas högre avgifter än vad som är normalt inom specialpoliklinikverksamheten. Avgiften som tas ut för vården går i sin helhet till sjukhuset och ersätts inte ur sjukförsäkringen.

Genom att möjliggöra specialpoliklinikverksamhet ville man skapa nya möjligheter för sjukhuspersonalen att skaffa tilläggsinkomster och på samma gång strävade man efter att öka den effektiva användningstiden av sjukhusets lokaler och anordningar. Enligt 9 § 2 mom. i klientavgiftslagen ska användningen av specialpolikliniktjänster bygga på att den som använder en tjänst självmant och frivilligt har sökt sig till polikliniken för undersökning eller vård och på att patienten är medveten om specialpoliklinikens avgiftspraxis. Dessutom ska patienten ha möjlighet att få den vård som sjukvårdsdistriktet svarar för, på så sätt att avgiften bestäms i enlighet med klientavgiftslagen. Specialpoliklinikverksamheten har inte tagits i bruk och därför har man ingen kunskap om hur den fungerar.

2 Bedömning av nuläget

Enligt en utvärdering som gjordes av OECD år 2005 klarar sig Finlands hälso- och sjukvårdssystem bra i internationell jämförelse. Kostnaderna för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet är enligt utvärderingen under god kontroll. Finländarna är dessutom nöjdare med hälso- och sjukvården än medborgarna i många andra OECD-länder. Enligt OECD är de problematiska aspekterna i Finlands system förutom läkemedelskostnadernas ökning och de långa värdköerna samt tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal, även att finansieringssystemet för hälso- och sjukvården har så många kanaler.

År 2009 var antalet arbetande läkare i Finland ca 16 287, av vilka ca 47,4 procent arbetade på sjukhus, 21,8 procent på hälsovårdscentraler, 6,2 procent inom företagshälsovården och 11,1 procent på privatmottagningar. Ca 5,6 procent av läkarna arbetade med undervisning och forskning och med andra uppgifter ca 5,6 procent. Det totala antalet läkare har så gott som fördubblats under 20 år. Sedan 1995 har antalet arbetande läkare ökat med en fjärdedel.

Enligt den utredning om vårdgarantin som gjordes i mars 2010 bor över en tredjedel av befolkningen i sådana områden där det tidvis är problem med att få direkt kontakt till en hälsovårdscentral. I hela landet sker dock bedömningen av vårdbehovet i huvudsak inom

tre vardagar. Ungefär en fjärdedel av befolkningen får tid till en läkarmottagning inom två veckor. Nästan en femtedel av befolkningen måste dock vänta över fyra veckor. Sämst är läget i Östra Savolax och i områdena i Västra Österbotten och Lappland, där över två tredjedelar av befolkningen måste vänta över fyra veckor vid icke-brådskande vårdbehov. Situationen är bäst i områdena kring Kajaland och Mellersta Österbotten där i genomsnitt alla de som är i behov av vård får en tid till en läkarmottagning inom två veckor. Något mer än hälften av befolkningen bor i ett område med en sådan hälsovårdscentral där det varje vecka eller oftare uppkommer en sådan situation när det inte finns en läkartid att ge. Vid utgången av april 2010 fanns det 3 048 personer som hade väntat över ett halvt år på tillgång till specialiserad sjukvård, vilket är 700 mindre än vid årsskiftet. I nio sjukvårdsdistrikt förbättrades situationen, i fyra förblev den ungefär på samma nivå som tidigare och i sex försämrades den. Vårdköerna för de som hade väntat länge ökade mest i Södra Karelen, Birkalands och Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt.

Under våren 2010 har antalet sådana personer som väntar över tre månader på icke-brådskande vård inom mun- och tandvården ökat. Enligt den utredning som gjordes i mars 2010 hade ca 35 000 personer väntat över tre månader på tillgång till tandläkarvård. Den senaste hösten var antalet personer som hade väntat över tre månader ca 27 000. I mars väntade ca 35 000 finländare på att få tillgång till tandläkarvård, medan antalet väntande på var ca 27 000 på hösten. Även antalet sådana personer som hade väntat länge på vård, dvs. över ett halvt år, var i mars nästan lika stort (ca 7 500) som i oktober senaste år (ca 7 600). Antalet klienter inom mun- och tandvården som hade väntat över ett halvt år var störst i områdena i Birkalands, Södra Karelen samt Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt.

Särskilt läkarbristen har försvårat förverkligandet av vårdgarantin vid hälsovårdscentralerna. Läkarbristen på hälsovårdscentralerna har ökat trots ökningen i det totala antalet läkare eftersom antalet läkare har ökat endast inom den specialiserade sjukvården.

Särskilt i östra och norra Finland har hälsovårdscentraler svårigheter med att rekrytera läkare och tandläkare samt specialpersonal (talterapeuter, psykologer). Även tandläkarresurserna varierar avsevärt i olika regioner. I Norra och Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt bor ca 70 procent av befolkningen i ett område med en sådan hälsovårdscentral där alla tjänster är besatta. I områdena för Södra Karelen och Södra Savolax sjukvårdsdistrikt bor däremot största delen av befolkningen i ett område med en sådan hälsovårdscentral där över 20 procent av tjänsterna är obesatta.

Produktionen av hälso- och sjukvårdstjänster har blivit mångsidigare och antalet privata hälsovårdstjänster har ökat under 2000-talet. Kommunerna har till exempel börjat bilda bolag tillsammans med privata serviceproducenter för tillhandahållande av hälsovårdstjänster. Ett kommunalt delägarskap i ett privat bolag som tillhandahåller hälso- eller sjukvårdstjänster anses inte längre vara ett hinder för att få ersättning enligt sjukförsäkringssystemet. Som ett exempel kan nämnas Coxa Oy sjukhus med vård som gäller artificiella leder, som är verksamt i Tammerfors. Det ägs förutom av sjukvårdsdistriktet och kommunerna även av Terveysraho Oy (Sitra) och Invalidistiftelsen. Vård som ges vid denna enhet ersätts ur sjukförsäkringen när en privatpatient söker vård utan ordination av kommunen. Ett positivt beslut om att bevilja ersättning fattades därför att sjukhuset Coxa Oy är beläget i en helt separat byggnad i förhållande till centralsjukhusets fastighet som ägs av sjukvårdsdistriktet och därför att sjukhuset finansieras även med privata medel. Även skötseln av hälsovårdscentraler har i sin helhet getts till privata företag genom köpta privata tjänster. En hälsovårdscentral som sköts privat är dock enligt sjukförsäkringssystemet jämförbar med en kommunal hälsovårdscentral.

Tillgången till privata hälso- och sjukvårdstjänster är i regel god. I mars 2009 var antalet arbetande privatläkare sammanlagt ca 6 700, vilket är ca 30 procent av hela läkarkåren. Antalet läkare som arbetade som privatläkare på heltid var sammanlagt ca 1 850. Av dessa hade 85 procent mottagning på en privat läkarcentral eller ett motsvaran-

de verksamhetsställe, medan var tionde hade egen mottagning. Antalet privatläkare som arbetar på heltid är störst i södra Finland. Många av läkarna vid hälsovårdscentralerna och sjukhusen arbetar även som privatläkare. År 2009 hade ca 3 800 läkare utöver sin huvudsyssla dessutom en privatmottagning som bisyssla.

Specialläkarnas andel av alla privatläkare är stor. Av dem som har en tjänst som huvudsyssla har 80 procent rätt att utöva specialläkaryrket, och av dem som har en tjänst som bisyssla har ca 85 procent denna rätt. Av de privatläkare som har en tjänst som huvudsyssla utgörs de största specialläkargrupperna av allmänläkare, psykiater, ögonläkare samt specialläkare i kvinnosjukdomar och förlossningar. Bland de privatläkare som har en tjänst som bisyssla finns förutom de ovan nämnda dessutom många specialläkare i kirurgi, inremedicin, radiologi, pediatrik, ortopedi och öron-, näs- och strupsjukdomar.

Sådana läkare som arbetar vid sjukhus kan beviljas rätt att använda sjukhusets anordningar och vårdpersonal vid mottagning av privatpatienter och vid undersökning av dessa patienters prover. I praktiken har denna rätt beviljats endast specialläkare. För rätten att ha privatmottagning tas av läkaren ut en ersättning vars bestämningsgrunder varierar i olika sjukvårdsdistrikt. Av de privatläkare som har en tjänst som bisyssla har ca två av tre sin huvudsyssla på ett sjukhus och ca 11 procent på en hälsovårdscentral, medan över 7 procent arbetar med undervisning och forskning. De privatläkare som har en tjänst som bisyssla har privatmottagning i genomsnitt 5 timmar i veckan vid sidan om sitt huvudsakliga arbete.

På basis av den gällande lagstiftningen finns det inte några hinder för att privat hälso- och sjukvård ordnas i den offentliga hälso- och sjukvårdens lokaler. En kommun eller en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt kan till exempel hyra ut lokaler som är tomma till en privat tjänsteleverantör. Det är dock svårt att få information om lokalers användning, användningsnivå och hyrning eller om sådana lokaler som står tomma. Med undantag av verksamheten på jour- och bäddavdelningar används hälsovårdscentralens lokaler huvudsakligen under dagtid. Sjukhu-

sen har däremot verksamhet dygnet runt, trots att till exempel vård- och operationslokaler främst används under dagtid.

Enligt den gällande lagstiftningen har en patient inte rätt till ersättning ur sjukförsäkringen om vården har getts i den offentliga social och hälsovårdens lokaler. Begränsningen baserar sig på syftet att regleringen, arbetsfördelningen och finansieringen mellan den offentliga hälso- och sjukvården och den privata hälso- och sjukvård som ersätts ur sjukförsäkringen ska vara klar och tydlig. En förvägran av ersättning för sådan vård som ges i offentliga lokaler kan dock leda till otillfredsställande situationer med tanke på den enskilda försäkrade och yrkesutövaren. När den försäkrade vårdas hos en privat tjänsteleverantör är han eller hon ofta omedveten om begränsningarna i fråga om att få ersättning.

3 Nuläge och föreslagna ändringar

Enligt regeringsprogrammet för Matti Vanhanens andra regering möjliggörs en effektivare användning av de offentliga lokalerna, utan att det påverkar den sjukförsäkringsersättning som klienten får. Detta mål kan uppnås genom att skapa förutsättningar för uthyrning av lokaler inom hälso- och sjukvården för privata tjänsteleverantörers användning och genom att göra det möjligt att betala sjukförsäkringsersättning för vård som getts i offentliga lokaler.

I denna proposition föreslås det att sjukförsäkringslagen ändras på så sätt att det kan betalas sjukförsäkringsersättning även för sådan privat hälso- och sjukvård som ges i den kommunala social- och hälsovårdens lokaler. Betalningen av ersättningen kan enligt förslaget möjliggöras genom att slopa den begränsning i 2 kap. 3 § 3 punkten i sjukförsäkringslagen som gäller beviljande av ersättning i fråga om sådan vård som ges i den kommunala social- och hälsovårdens lokaler. Det föreslås att ersättning ska kunna betalas för vård som ges av en privat tjänsteleverantör, dvs. i lokaler som av en kommun eller samkommun hyrs ut till en läkare, tandläkare eller annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Enligt förslaget ska ersättning kunna betalas även för vård som ges av

en tjänsteleverantör som arbetar inom den offentliga hälso- och sjukvården i sådana lokaler som hyrs ut av en kommun eller en samkommun.

Det föreslås att ersättning beviljas för läkar- och tandläkararvoden samt för kostnader till följd av sådan undersökning eller vård på ordination av läkare eller tandläkare som utförts eller getts av en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i sjukförsäkringslagen, dvs. en sjukskötare, hälsovårdare, barnmorska, fysioterapeut, laboratorieskötare, specialtandtekniker, munhygienist eller psykolog. Avsikten med propositionen är inte att ändra sjukförsäkringslagens allmänna ersättningsprinciper i fråga om kostnader för sjukvård. Det föreslås att det tillämpas samma ersättningsprinciper och ersättningsnivå för ersättning av den vård som ges i offentliga lokaler som för annan vård som ersätts ur sjukförsäkringen.

Enligt förslaget förutsätter en betalning av ersättning för vård som getts i offentliga lokaler att den som hyr ut lokalerna har lämnat uppgifter om de serviceproducenter med vilka hyresvärden ingått avtal om uthyrningen av lokalerna för den privata hälso- och sjukvårdens användning. Det föreslås att ett nytt 3 mom. fogas till 2 kap. 3 § i sjukförsäkringslagen enligt vilket hyresvärden ska lämna specificerade uppgifter till Folkpensionsanstalten om hyresgästen samt om verksamhetsstället och hyresavtalets längd. På basis av de uppgifter som lämnats ska Folkpensionsanstalten enligt förslaget föra register över de privata tjänsteleverantörer som tillhandahåller tjänster i offentliga lokaler.

Enligt det nya föreslagna 3 mom. i 2 kap. 3 § i sjukförsäkringslagen ska den som hyr ut lokalerna se till att uthyrningen inte äventyrar den lagstadgade verksamheten inom den kommunala social- och hälsovården. Hyresvärden bör ansvara för att lokalerna hyrs ut på ett ändamålsenligt sätt med avseende på ordnandet av hälso- och sjukvården och förverkligandet av vårdgarantin. Vid uthyrningen av lokalerna bör man fästa avseende vid de statsstöd som riktas till lokalerna och till verksamheten i dem, bevarandet av gränsdragningen mellan den privata och den offentliga hälso- och sjukvården samt ansvarsfrågor och patientens ställning. Hyresvärden

bör vid uthyrningen av den offentliga hälso- och sjukvårdens lokaler se till att de privata hälso- och sjukvårdstjänsterna inte äventyrar verksamheten inom den offentliga hälso- och sjukvården, patienternas tillgång till offentlig vård eller förverkligandet av vårdgarantin. Den offentliga hälso- och sjukvården bör till exempel alltid ha tillgång till den offentliga hälso- och sjukvårdens lokaler vid behov. Före uthyrning bör hyresvärden även försäkra sig om att kommunen eller samkommunen inte behöver lokalerna för förverkligandet av vårdgarantin. Dessutom ska hyresvärden till exempel med hjälp av utrymmes- och tidsarrangemang se till att patienten förstår om han eller hon vårdas inom den offentliga eller inom den privata hälso- och sjukvården.

Den kommunala myndighet som hyr ut de offentliga lokalerna ansvarar för att serviceproducenter inom den privata hälso- och sjukvården utses på ett öppet och icke-diskriminerande sätt. Enligt förslaget ska alla godkända tjänsteleverantörer inom den privata hälso- och sjukvården ha möjlighet att hyra lokalerna utan att detta påverkar patienternas rätt till ersättning för sjukvård. Det föreslås att den privata tjänsteleverantör som tillhandahåller tjänster i den offentliga hälso- och sjukvårdens lokaler på nuvarande sätt ska ansöka om ett tillstånd för tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster av regionförvaltningsverket, eller om ett nationellt tillstånd av Valvira. En självständig yrkesövare ska enligt förslaget i stället för att ansöka om tillstånd lämna en skriftlig anmälan om självständig yrkesutövning till regionförvaltningsverket.

Hyran som tas ut för lokaler, anordningar och personal ska bestämmas på så sätt att det inte riktas ett ersättningsfritt statsbidrag till företaget genom att man tar ut en hyra som är lägre än gängse hyra, eftersom detta försätter företaget i en bättre ställning på marknaden i förhållande till dess konkurrenter och därmed snedvrider eller riskerar att snedvrider konkurrensen på marknaden. För att förhindra att konkurrensen snedvrids bör det av hyresgästen tas ut alla sådana kostnader som användningen av lokalerna och anordningarna orsakar. De kostnader som påverkar hyrans bestämningsgrunder och storlek bör vara transparenta.

Enligt den gällande 2 kap. 3 § 1 mom. 6 punkten ersätts inte sjukvårdskostnader med stöd av sjukförsäkringslagen för den tid en försäkrad avtjänar fängelsestraff i en sådan straffanstalt som avses i 2 § i lagen om verkställighet av straff (39/1889), med undantag av förvandlingsstraff för böter, eller är internerad i tvångsinrättning med stöd av 1 § i lagen om internering av farliga återfallsförbrytare (317/1953). Lagen om verkställighet av straff (39A/1889) har upphävts genom fängelselagen (767/2005) och lag om internering av farliga återfallsförbrytare har upphävts genom lag 786/2005. Enligt 10 kap 1 § i fängelselagen ska Fångvårdsväsendet ordna eller på något annat sätt garantera hälso- och sjukvård samt medicinsk rehabilitering som motsvarar fångarnas medicinska behov. Kostnader för nödvändig hälsovård betalas enligt 10 kap 7 § i fängelselagen av statens medel. Det föreslås att 2 kap. 3 § 1 mom. 6 punkten i sjukförsäkringslagen ändras så att sjukvårdskostnaderna inte ersätts med stöd av sjukförsäkringslagen om kostnaderna betalas enligt 10 kap. 7 § i fängelselagen av statens medel. Den föreslagna bestämmelsen motsvarar nuvarande praxis. Den föreslagna punkten blir paragrafens 1 mom. 5 punkten. Den gällande paragrafens 1 mom. 4 punkten blir 3 punkten, 5 punkten 4 punkten, 7 punkten 6 punkten och 8 punkten 7 punkten. Den föreslagna paragrafen motsvarar i övrigt gällande paragrafen.

4 Propositionens konsekvenser

4.1 Ekonomiska konsekvenser

År 2009 betalades sjukvårdsersättningar för sammanlagt 1 747,8 miljoner euro, av vilka andelen av ersättningar för läkar- och tandläkararvoden samt vård- och undersökningar var ca 269 miljoner euro. Sjukvårdsersättningarna betalas ur sjukvårdsförsäkringen, som finansieras med lika stora andelar av staten och de försäkrade.

Reformens verkningar på användningen av lokalerna och mängden sjukvårdsersättningar går inte att bedöma entydigt. I början beräknas reformen inte märkbart öka utbudet på privata hälso- och sjukvårdstjänster, utan re-

dan verksamma yrkesutövare inom den privata hälso- och sjukvården skulle eventuellt kunna flytta till den kommunala hälso- och sjukvårdens lokaler. Reformen i sin helhet beräknas öka ersättningarna för läkar- och tandläkararvoden samt vård- och undersökningar med 0,5—1 procent. Detta beräknas öka utgifterna för sjukvårdsersättningar med ca en miljon euro årligen, av vilket statens finansieringsandel beräknas vara 500 000 euro och de försäkrades 500 000 euro. Ökningen av utgifterna för sjukförsäkringens sjukvårdsersättningar förutsätter inte att sjukvårdsavgifterna höjs.

4.2 Konsekvenser för servicesystemet och tillgången till tjänster

Den gällande lagstiftningen förhindrar inte att lokaler hyrs ut till privata tjänsteleverantörer. Patienten har dock inte rätt till sjukförsäkringsersättning för privata hälso- och sjukvårdskostnader om vården getts i den kommunala social- och hälsovårdens lokaler. Genom att den begränsning som gäller erhållandet av ersättning slopas kan uthyrningen både till utomstående serviceproducenter och till den egna personalen inom den offentliga hälso- och sjukvården öka i någon mån. Reformen kan därmed öka användningen av den kommunala social- och hälsovårdens lokaler. Den privata serviceproducenten inom hälso- och sjukvården kan i och med reformen få möjlighet att ordna verksamhet även på sådana orter där det finns få privata lokaler som är lämpliga för hälso- och sjukvård.

Att en arbetstagare inom hälso- och sjukvården har möjlighet att ha privatmottagning i den egna arbetsplatsens lokaler och att den vård som ges där ersätts, kan bidra till att en läkare, tandläkare eller en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården förbinder sig till en tjänst inom den offentliga hälso- och sjukvården på orter där tillgången till yrkeskunnig personal är problematisk. I och med att privatmottagningen finns på den egna arbetsplatsen förkortas dessutom avstånden, och tjänsterna kommer närmare klienterna. Å andra sidan kan reformen även uppmuntra arbetstagare inom den offentliga hälso- och sjukvården att övergå till den privata hälso- och sjukvården, vilket kan för-

svaga den offentliga sektorns konkurrenskraft i fråga om personal.

Enligt beräkningar kommer dock reformens inverkan på utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster att vara liten åtminstone i början. På grund av bristen på hälso- och sjukvårdspersonal kommer reformen knappast att ge upphov till nya tjänsteleverantörer. Reformen kan närmast leda till att redan verksamma tjänsteleverantörer inom den privata sektorn flyttar sin verksamhet till den offentliga hälso- och sjukvårdens lokaler.

Orsaken till den begränsning i sjukförsäkringslagen av ersättning för vård som ges i den offentliga hälso- och sjukvårdens lokaler är att man strävar efter att gränsen mellan den offentliga hälso- och sjukvården och den privata hälso- och sjukvård som ersätts ur sjukförsäkringen ska vara klar och tydlig. Risken med att slopa begränsningen är att gränsdragningen mellan det privata och offentliga hälso- och sjukvårdssystemet blir svåröverskådlig. Om många utomstående företag tillhandahåller tjänster eller om dessa yrkesutövare och företag verkar parallellt i den offentliga hälso- och sjukvårdens lokaler är det risk för att verksamheten och ansvarsområden blandas ihop.

Med tanke på finansiering, arbets- och ansvarsfördelning samt reglering är det viktigt att bevara det ursprungliga syftet med begränsningen av sjukförsäkringsersättningen, dvs. gränsdragningen mellan det offentliga och det privata. På grund av att kriterierna för hur systemet ska fungera inte regleras i lag och Folkpensionsanstalten inte kontrollerar att kriterierna uppfylls vid behandlingen av ersättningsansökningarna är det enligt förslaget den som hyr ut lokalerna som bör ta ansvar för att bevara gränsdragningen mellan den offentliga och privata hälso- och sjukvården.

4.3 Konsekvenser för medborgarnas ställning

Tillgången till privata hälso- och sjukvårdstjänster som ersätts ur sjukförsäkringen är rätt god. Att privat hälso- och sjukvård ges i den offentliga hälso- och sjukvårdens lokaler betyder inte att ojämlikheten inom hälso- och sjukvården ökar. Användningen av of-

fentliga lokaler inom den privata hälso- och sjukvården får inte äventyra patienternas möjligheter att få offentlig hälso- och sjukvård inom de föreskrivna tiderna för vårdgarantin. Med tanke på tryggandet av den enskilda patientens rättsskydd och ställning är det viktigt att patienten ges klar och tydlig information om vilka kostnader som vården föranleder honom eller henne samt om patientens rätt att bestämma om lämnande av patientuppgifter.

Det är i patienternas intresse att rätten till sjukförsäkringsersättning är jämlik, oberoende av i vilka lokaler de privata hälso- och sjukvårdstjänsterna har tillhandahållits. Reformen kan öka utbudet på privatläkartjänster på orter där utbudet är mindre. Genom att till privata serviceproducenter inom hälso- och sjukvården hyra ut sådana lokaler som är färdigt utrustade och bevilja sjukförsäkringsersättning för privat hälso- och sjukvård som getts i dessa lokaler kan tillgången till privata hälso- och sjukvårdstjänster särskilt på glesbygden och mindre orter främjas.

5 Beredningen av propositionen

Enligt regeringsprogrammet för Matti Vanhanens andra regering möjliggörs en effektivare användning av offentliga lokaler, utan att det påverkar den sjukförsäkringsersättning som klienten får. I syfte att genomföra reformen tillsatte social- och hälsovårdsministeriet en arbetsgrupp för perioden 23.4—31.10.2008 med uppgift att utreda erhållandet av ersättning för privat hälso- och sjukvård som ges i offentliga lokaler och att lägga fram förslag till genomförandet av reformen. Arbetsgruppens uppgift var att lägga fram ett förslag till hur de offentliga lokalerna inom hälso- och sjukvården ska kunna användas effektivare genom att ersättningsarna inom sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring utvidgas till att omfatta även sådan privat hälso- och sjukvård som ges i offentliga lokaler. Arbetsgruppens uppgift var även att bereda förslag till de ändringar i lagstiftning som krävs för genomförandet av reformen. Arbetsgruppen hade till uppgift att utreda hur reformen skulle kunna genomföras så ända-

målsenligt som möjligt med beaktande av den offentliga och privata hälso- och sjukvården. Även medborgarnas rätt att behandlas jämlikt, finansieringen av reformen och konkurrensmässiga aspekter skulle beaktas i utredningsarbetet.

Arbetsgruppens förslag var att reformen ska kunna genomföras så att det blir möjligt att bevilja ersättning enligt sjukförsäkringslagen för vård som ges av en privat tjänsteleverantör inom hälso- och sjukvården som hyr den offentliga social- och hälsovårdens lokaler. Arbetsgruppen ansåg att ett villkor för att bevilja ersättning ska vara att den offentliga social- och hälsovårdens lokaler hyrs ut på ett öppet och icke diskriminerande sätt, och att gängse hyra tas ut för lokalerna. Enligt arbetsgruppens förslag bör hyresvärden ansvara för att se till att lokalerna inte hyrs ut till underpris och att de hyrs ut på ett ändamålsenligt sätt med tanke på ordnandet av hälso- och sjukvården samt förverkligandet av vårdgarantin.

Sammanlagt 53 instanser gav sitt utlåtande om arbetsgruppens promemoria. Vid social- och hälsovårdsministeriet gjordes ett sammandrag över utlåtandena. I några av utlåtandena befarade man att den föreslagna ändringen inte medför en effektivisering av användningen av offentliga lokaler, utan att den för den myndighet som hyr ut lokalerna leder till oskäligt arbete i förhållande till den nytta som uppnås och att den från patientens och yrkesutövarnas synvinkel skapar ett alltmer svåröverskådligt servicesystem. I utlåtandena fäste man dessutom uppmärksamhet vid risken med snedvriden konkurrens. Å andra sidan ansåg en del remissinstanser att reformen i bästa fall kan skapa nya relationer av partnerskap mellan privata tjänsteleverantörer och kommunala aktörer. Att ersättning betalas ansågs vara positivt även med tanke på patienterna.

Utgående från arbetsgruppens förslag har regeringens proposition beretts vid social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med Folkpensionsanstalten. Utlåtande om regeringspropositionen har begärts av finansministeriet, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira), Institutet för hälsa och välfärd, Folkpensionsanstalten, Finlands Kommunförbund rf, Finlands Lä-

karförbund rf, Finlands Tandläkarförbund rf, Munhälsovårdsförbundet rf, Finlands Sjuksköterskeförbund rf, Läkarföretagens Förening rf, Finlands Tandhygienistförbund Fthf rf, Social- och hälso-organisationernas samarbetsförening SAF rf, Terveyspalvelualan Liitto ry, Finlands Patientförbund rf, Finlands Fackförbunds Centralorganisation FFC rf, Akava rf, Maa- ja metsätaloustuottajain Keskusliitto MTK ry och Företagarna i Finland rf.

Syftet med att effektivisera användningen av offentliga lokaler understöddes i princip. I de utlåtanden som gavs omregeringspropositionen befarade man dock, liksom i utlåtandena om arbetsgruppens utredning, att beviljandet av ersättning för sådan vård som har getts i offentliga lokaler inte leder till en effektivare användning av de offentliga lokalerna. På grund av förutsättningarna och kraven för uthyrning av lokaler samt för ersättning för vård trodde man att sådan verksamhet skulle komma att bedrivas i mindre skala. Snedvriden konkurrens, en svåröverskådlig gräns mellan offentligt och privat, en ökning av dubbel bundenhet samt hälso- och sjukvårdspersonalens övergång till den privata hälso- och sjukvårdssektorns tjänst ansågs vara riskerna med reformen. Dessutom ansåg man i vissa utlåtanden att frågan ska utredas som en del av en mera omfattande utredning som gäller strukturer och finansiering inom hälso- och sjukvården.

I de utlåtanden i vilka man förhöll sig positivt till reformen föreslogs preciseringar till lagförslaget och motiveringarna. På basis av förslagen gjordes preciseringar i både textens motiveringar och bestämmelser. Förslaget om att laboratorie- och röntgentjänster inte ska omfattas av ersättning slopades eftersom detta var svårt att genomföra. Enligt många remissinstanser är det viktigt att utfärda sådana anvisningar som är exakta när det gäller både uthyrningen av lokaler och hyrans bestämningsgrunder, och detta kommer att beaktas i den fortsatta beredningen.

Den gällande lagstiftningen hindrar inte att den offentliga social- och hälsovårdens lokaler hyrs ut till användning inom den privata hälso- och sjukvården. Syftet med propositionens förslag till ändring av sjukförsäkringslagen är att möjliggöra beviljande av

sjukförsäkringsersättning för privat sjukvård som ges i offentliga lokaler, vilket kan förbättra tillgången till privata hälso- och sjukvårdstjänster på orter som har få lämpliga lokaler för hälso- och sjukvårdsverksamhet. Omfattningen och inverkan av reformens ibruktagande är svåra att bedöma på basis av den utredning i ärendet som gjorts vid beredningen och i arbetsgruppen eller de utlåtanden om regeringspropositionen som getts. Därför bör man följa och bedöma reformens genomförande och inverknings och vid behov vidta åtgärder för att ändra lagstiftningen.

6 Samband med andra propositioner

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2011 och avses bli behandlad i samband med den.

7 Ikraftträdande

Lagen föreslås träda i kraft den 1 mars 2011.

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

Lag

om ändring av 2 kap. 3 § i sjukförsäkringslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i sjukförsäkringslagen (1224/2004) 2 kap. 3 §, sådan den lyder delvis ändrad i lag 437/2010, som följer:

2 kap.

Gemensamma bestämmelser om sjukvårdersättningar

3 §

Begränsningar i fråga om erhållande av ersättning

Med stöd av denna lag ersätts inte

1) avgifter som med stöd av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) tagits ut för kommunala hälsovårdstjänster,

2) kostnader för sjukvård som en kommun eller en samkommun anordnat i enlighet med 4 § i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992),

3) kostnader för läkemedelsbehandling som ges vid öppen mottagning i samband med kommunal sjukvård,

4) sjukvårdskostnader för den tid en försäkrad får offentlig institutionsvård eller motsvarande vård,

5) sjukvårdskostnader om kostnaderna ersätts enligt 10 kap. 7 § i fängelselagen (767/2005),

7) vård dags-, poliklinik- och expeditonsavgifter eller andra motsvarande avgifter som har tagits ut för privata hälso- och sjukvårdstjänster.

I 4 och 5 punkten avses med sjukvårdskostnader även kostnader för läkemedel.

För att kostnader för privata hälso- och sjukvårdstjänster som ordnas i den kommunala social- och hälsovårdens lokaler ska ersättas förutsätts att hyresvärden har lämnat

specificerade uppgifter till Folkpensionsanstalten om den serviceproducent som ingått hyresavtalet samt uppgifter om verksamhetsstället och hyresavtalets längd. Den som hyr ut lokalerna ska se till att uthyrningen inte äventyrar den lagstadgade verksamheten

inom den kommunala social- och hälsovården.

Denna lag träder i kraft den 20 .
Åtgärder som verkställigheten av lagen förutsätter får vidtas innan lagen träder i kraft.

Helsingfors den 8 oktober 2010

Republikens President

TARJA HALONEN

Minister Stefan Wallin

Lag**om ändring av 2 kap. 3 § i sjukförsäkringslagen**

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i sjukförsäkringslagen (1224/2004) 2 kap. 3 §, sådan den lyder delvis ändrad i lag 437/2010, som följer:

*Gällande lydelse**Föreslagen lydelse*

2 kap.

2 kap.

Gemensamma bestämmelser om sjukvårdsersättningar**Gemensamma bestämmelser om sjukvårdsersättningar**

3 §

3 §

*Begränsningar i fråga om erhållande av ersättning**Begränsningar i fråga om erhållande av ersättning*

Med stöd av denna lag ersätts inte

Med stöd av denna lag ersätts inte

1) avgifter som med stöd av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) tagits ut för kommunala hälsovårdstjänster,

1) avgifter som med stöd av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) tagits ut för kommunala hälsovårdstjänster,

2) kostnader för sjukvård som en kommun eller en samkommun anordnat i enlighet med 4 § i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992),

2) kostnader för sjukvård som en kommun eller en samkommun anordnat i enlighet med 4 § i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992),

3) *sådana sjukvårdskostnader som uppkommer när privata hälso- och sjukvårdstjänster har ordnats i den kommunala social- och hälsovårdens lokaler,*

3) kostnader för läkemedelsbehandling som ges vid öppen mottagning i samband med kommunal sjukvård,

4) sjukvårdskostnader för den tid en försäkrad får offentlig institutionsvård eller motsvarande vård,

4) sjukvårdskostnader för den tid en försäkrad får offentlig institutionsvård eller motsvarande vård,

6) sjukvårdskostnader för den tid en försäkrad avtjänar fängelsestraff i en sådan straffanstalt som avses i 2 § i lagen om verkställighet av straff (39/1889), med undantag av förvandlingsstraff för böter, eller är internerad i tvångsinrättning med stöd av 1 § i lagen om internering av farliga återfallsförbrytare (317/1953),

5) *sjukvårdskostnader om kostnaderna ersätts enligt 10 kap. 7 § i fängelselagen (767/2005),*

7) kostnader för anskaffning av vårdtillbehör, hjälpmedel och proteser i samband med

6) kostnader för anskaffning av vårdtillbehör, hjälpmedel och proteser i samband med

*Gällande lydelse**Föreslagen lydelse*

sjukvård eller som en försäkrad annars behö-
ver, *och inte heller*

8) vårddags-, poliklinik- och expeditons-
avgifter eller andra motsvarande avgifter som
tagits ut för privata hälso- och sjukvårdstjän-
ster.

I 5 och 6 punkten avses med sjukvårdskost-
nader även kostnader för läkemedel.

sjukvård eller som en försäkrad annars behö-
ver,

7) vårddags-, poliklinik- och expeditons-
avgifter eller andra motsvarande avgifter som
har tagits ut för privata hälso- och sjukvårds-
tjänster.

I 4 och 5 punkten avses med sjukvårds-
kostnader även kostnader för läkemedel.

*För att kostnader för privata hälso- och
sjukvårdstjänster som ordnas i den kommu-
nala social- och hälsovårdens lokaler ska er-
sättas förutsätts att hyresvärden har lämnat
specificerade uppgifter till Folkpensionsan-
stalten om den serviceproducent som ingått
hyresavtalet samt uppgifter om verksamhets-
stället och hyresavtalets längd. Den som hyr
ut lokalerna ska se till att uthyrningen inte
äventyrar den lagstadgade verksamheten
inom den kommunala social- och hälsovår-
den.*

Denna lag träder i kraft den 20 .

*Åtgärder som verkställigheten av lagen
förutsätter får vidtas innan lagen träder i
kraft.*