

Etuuspalvelut
10.10.2025

Ilmoittautumislomake sairausvakuutuslain 3 a luvun mukaiseen valinnanvapauskokeiluun liittymisestä suorakorvausmenettelyllä

Sairausvakuutuslain 3 a luvussa säädetään hoito- ja tutkimuskorvauksista 65 vuotta täyttäneille. Määräaikainen sääntely on voimassa 1.9.2025 - 31.12.2027. Kyseessä on kokeilu, jolla toteutetaan pääministeri Petteri Orpon hallituksen hallitusohjelman kirjausta perusterveydenhuollon saatavuuden parantamisesta ja hoitojonojen purkamisesta kohdentamalla yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksia 65 vuotta täyttäneiden vakuutettujen yleislääkäripalveluihin.

Sairausvakuutuslain 3 a luvun mukaisten sairaanhoitokorvausten maksamiseen palveluntuottajalle suorakorvausmenettelyllä sovelletaan [runkosopimuksen](#) ehtoja. Suorakorvausmenettelyä käytetään sairausvakuutuslain mukaan korvattavissa sairaanhoitokustannuksissa. Suorakorvausmenettelyn käyttäminen edellyttää aina Kelan kanssa voimassa olevaa suorakorvaussopimusta.

Palveluntuottaja voi halutessaan ilmoittautua mukaan 65 vuotta täyttäneiden valinnanvapauskokeiluun. Edellytyksenä on, että palveluntuottajalla on voimassa oleva suorakorvaussopimus Kelan kanssa. Kokeilu alkaa 1.9.2025. Sopimuksen mukaan Kela maksaa 3 a luvun mukaisista kustannuksista sairaanhoitokorvaukset palveluntuottajalle suorakorvausmenettelyllä. Tällöin palveluntuottaja perii asiakkaalta enimmäishinnan mukaiset kustannukset 65 vuotta täyttäneen asiakkaan valinnanvapauskokeiluun liittyvästä lääkärintaustaanottokäynnistä ja kokeilun mukaisella lääkärin vastaanotolla määrättyjen tiettyjen laboratorio- ja kuvantamistutkimusten kustannuksista, joista on vähennetty sairausvakuutuslain mukainen korvaus.

Palveluntuottaja hakee hänelle kuuluvan korvauksen Kelasta sopimuksen mukaisesti tekemällä tilityksen.

Valinnanvapauskokeiluun liittyvän sopimuksen solmimiseksi palveluntuottajan (yksityinen elinkeinonharjoittaja tai yritysmuotoinen palveluntuottaja) tulee olla yhteydessä Kelaan lähettämällä tämä ilmoittautumislomake suojatulla sähköpostilla osoitteeseen sh_suorakorvaussopimukset@kela.fi. Sähköposti otsikoidaan aiheella – **65 vuotta täyttäneiden valinnanvapauskokeiluun liittyvään sopimukseen ilmoittautuminen**. Lisätietoja saat tarvittaessa Kelan puhelinpalvelun viranomaislinjan numerosta 020 692 235 /suomi ja 020 692 239/ruotsi, ma-pe klo 9 - 15.

Jos palveluntuottajalla ei ole vielä Kelan kanssa suorakorvaussopimusta, tulee palveluntuottajan olla yhteydessä Kelaan suorakorvausopimuksen solmimiseksi. Sekä suorakorvausmenettelyä että valinnanvapauskokeilua koskevat sopimukset voi tehdä tarvittaessa samalla kertaa.

Lisätietoja suorakorvausmenettelystä <https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-terveydenhuolto-sairaanhoitokorvaukset-suorakorvausmenettely-sopimuksen-tekeminen>

Kela laatii ilmoittautumislomakkeessa olevien tietojen pohjalta sopimusluonnoksen, joka lähetetään palveluntuottajalle allekirjoitettavaksi. Täytä kaikki tämän lomakkeen kohdat huolellisesti. **Alla olevat tiedot ovat pakollisia.**

Palveluntuottajan nimi: _____

Y-tunnus: _____

Osoite: _____

Hyvinvointialue, jolla toimitte: _____

Yrityksen kotisivujen verkko-osoite: <https://> _____

Yrityksen kotisivujen verkko-osoite lisätään kela.fi-sivuille palveluntuottajien hakutoimintoon, josta asiakas voi hakea valinnanvapauskokeilussa mukana olevia yksityisiä elinkeinonharjoittajia tai yrityksiä. Asiakas pääsee siirtymään palveluntuottajan verkkosivuille suoraan Kelan hakutoiminnosta.

Haluan tehdä 65 täyttäneiden valinnanvapauskokeiluun liittyvän sopimuksen

- ☐ Yksityisenä elinkeinonharjoittajana (ammatinharjoittaja).
Ohessa valvontaviranomaisen (Avi/Valvira) rekisteröintipäätös palvelupisteeseen, johon suorakorvaussopimusta haetaan. Lääkärin sv-numero/elinkeinonharjoittajan rekisteröintinumero: _____

- ☐ Yritysmuotoisena palveluntuottajana / laitoksena.
Ohessa valvontaviranomaisen (Avi /Valvira) rekisteröintipäätös niistä palvelupisteistä, joihin suorakorvaussopimusta haetaan. Kela antaa tilitysmenettelyssä käytettävän sv-numeron. Mikäli aiempi suorakorvaussopimus on voimassa, palveluntuottaja/laitosnumero _____

Sopimuksesta vastaavan ja allekirjoittavan henkilön yhteystiedot:

Suorakorvaussopimus lähetetään allekirjoitettavaksi sähköisesti nimenkirjoitusosoikeuden omaavalle henkilölle. Allekirjoituspyyntöä varten tarvitaan sähköpostiosoite ja puhelinnumero.

Sopimuksen allekirjoittajan nimi: _____

Puhelinnumero: _____

Sähköposti: _____

Tilitys- ja korvausasioista vastaavan henkilön yhteystiedot:

Nimi: _____

Puhelinnumero: _____

Sähköposti: _____

Sähköpostiosoite, mistä Kela voi pyytää tilitykseen liittyvät lisäselvitykset ja lähettää tiedotteet (ei henkilökohtaista): _____

Tilityspäätökset ja -ilmoitukset lähetetään toimipisteen osoitteeseen (lomakemenettely) tai sähköisessä tilitysmenettelyssä tilitysilmoitukset näytetään tilitystietojen välityspalvelussa (eKevi).

Asiakasta koskevat päätökset (hylky/osahylky) postitetaan edelleen palveluntuottajalle myös sähköisessä tilitysmenettelyssä.

Muu osoite tilityspäätösten lähettämiseksi:

Nimi: _____

Osoite: _____

Sopimukseen liittyvät tiedot:

Lähtökohtaisesti valinnanvapauskokeilua koskeva sopimus voi alkaa aikaisintaan tämän lomakkeen toimittamispäivästä. Palveluntuottajalla tulee olla valvontaviranomaisen rekisteröintipäätös voimassa ja Kelalla kaikki tarvittavat tiedot sopimuksen tekemiseen. Sopimusta ei solmita takautuen.

Mistä lukien toivot valinnanvapauskokeiluun liittyvän sopimuksen olevan voimassa (jos myöhäisempi, kuin lomakkeen toimittamispäivä): _____

Muuta lisätietoa:

Palveluntuottaja sitoutuu tuottamaan SVL 3 a luvun mukaan korvattavia palveluja (valittava vähintään yksi):

- ☐ Yleislääketieteen alaan kuuluvia lääkärinvastaanottopalveluita
- ☐ Laboratoriotutkimuksia
- ☐ Radiologiset tutkimukset
- ☐ Kliinisen fysiologian tutkimukset

Valinnanvapauskokeiluun liittyvä sopimus tulee käyttöön seuraavalle vastaanotolle/seuraaville vastaanotoille:

Toimitan suorakorvaussopimukseen liittyen tilitystiedot:

- ☐ lomakkeilla
- ☐ sähköisellä tilitysmenettelyllä. **Edellyttää aiempaa sähköistä suorakorvaussopimusta Kelan kanssa.**

Käytössä oleva [Kelan hyväksymä tietojärjestelmä](#): _____

Suorakorvaustietojen kysely terveydenhuollon palveluntuottajille (PALSO) kyselypalvelussa käytetään Kelan hyväksymää tietojärjestelmää (pakollinen sähköisessä tilitysmenettelyssä):

Kun tiedot ovat saapuneet Kelaan, olemme teihin yhteydessä.

Paikka: _____

Aika: _____

Allekirjoitus: _____